

Lilla Bacsa & Raisa Huotari

KULTTUURISENSITIIVINEN SEKSUAALITERVEYSOHJAUS

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

KULTTUURISENSITIIVINEN SEKSUAALITERVEYSOHJAUS

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Lilla Bacsa & Raisa Huotari
Opinnäytetyö
Kevät 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä(t): Lilla Bacsa ja Raisa Huotari
Opinnäytetyön nimi: Kulttuurisensitiivinen seksuaaliterveysohjaus
Työn ohjaaja(t): Eija Niemelä Ja Satu Rainto
Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Kevät 2017

Sivumäärä: 39+5

Maahanmuuttajataustaiset asiakkaat ovat merkittävästi lisääntyneet Suomessa ja tuovat erilaisia haasteita Suomen terveydenhuollolle. Yksi merkittävä haaste on maahanmuuttajapotilaiden ohjaus ja heidän seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hyvän potilasohjauksen keskeisiä tuntomerkkejä ja haasteita maahanmuuttaja-asiakkaan seksuaaliterveysohjauksessa. Tutkimuksen tavoitteena on tarjota hoitotyöntekijöille keinoja ja työkaluja hyvään kulttuurisensitiiviseen potilasohjaamiseen. Tutkimus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Hakuprosessista saatiin kymmenen alkuperäistutkimusta, joista tehtiin laadullinen sisällönanalyysi.

Tutkimuksista selvisi, että seksuaaliterveys on tärkeää maahanmuuttaja-asiakkaille ja he ovat halukkaita saamaan siitä lisää tietoa. Tutkimuksista tuli myös ilmi, että maahanmuuttajat kaipaavat ohjausta ja lisätietoa muun muassa perhesuunnitteluun tai kohdunkaulan syöpäseulontaan liittyen.

Tulokset kertoivat, että vuorovaikutusta häiritseviä tekijöitä ovat muun muassa yhteisen kielen puuttuminen tai osallistujien erilainen kulttuuri- ja uskontotausta. Tuloksista ilmeni myös, että tulkkipalvelujen käyttäminen, avoin ja ennakkoluuloton asenne maahanmuuttajan kulttuuri- ja uskontotaustaa kohtaan sekä asiakkaan tarpeista nouseva, rohkaiseva, seksuaalisuuteen myönteisesti suhtautuva ohjaus ovat kulttuurisensitiivisen seksuaaliterveysohjauksen perusta.

Lisää tutkimusta ja materiaalia tarvitaan käytännön maahanmuuttajien seksuaaliterveysohjaukseen. Tavoitteeksi voisi jatkossa ottaa seksuaalisuuden puheeksi ottamisen keinojen laatimisen potilaiden kanssa, joille seksuaalisuus on tabu. Myös lukutaidottomien, vähän koulutettujen seksuaaliterveysohjausmateriaalin kehittäminen tulisi tarpeeseen.

Asiasanat: seksuaaliterveys, maahanmuuttaja, kulttuurisensitiivisyys, potilasohjaus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Program in Nursing and Health Care – Option of Midwifery

Author(s): Lilla Bacsa & Raisa Huotari

Title of thesis: Culturally sensitive sexual health counselling

Supervisor(s): Eija Niemelä & Satu Rainto

Term and year when the thesis was submitted: May 2017

Number of pages: 39+5

There has been a significant rise in the number of patients with immigrant background in Finland, and it brings various challenges for the Finnish health care. One of the most significant challenges is the immigrant patients' counselling and promotion of sexual and reproductive health.

The aim of this research was to describe the central characteristics of a good counselling and the challenges in the sexual counselling of immigrant patients. The aim of the research was to offer the healthcare professionals tools for a culturally sensitive patient counselling. The research was carried out as a systematic literature review. The literature was analyzed with qualitative content analysis. The total number of research articles reviewed was 10.

The results showed that sexual health is important for the immigrant patients and they are willing to learn more about it. The research also showed that the immigrants would need counselling and more information related to family planning and cervical cancer screening among others.

The results showed that the lack of a common language and the different cultural and religious backgrounds cause disturbance in interaction. The results also showed that the basis of culturally sensitive counselling is using interpreter services when needed, open and unprejudiced attitude towards the immigrant's cultural and religious background, which is based on the patient's needs, encouraging and has a positive attitude towards sexuality.

More research and materials are needed for immigrant sexual health counselling. In the future the aim should be finding ways to talk about sexuality with patients for whom sexuality is a taboo. There is also a need for sexual health counselling materials for the illiterate and the less educated.

Keywords: sexual health, immigrants, culturally sensitive care, patient education, counselling

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KULTTUURISENSITIIVINEN POTILASOHJAUS JA SEKSUAALITERVEYS.....	8
2.1	Hoitotyön tutkimuksen käsitys kulttuurista ja sen merkityksestä asiakassuhteissa.....	8
2.2	Onnistuneen potilasohjauksen kriteerit ja tavoitteet.....	11
2.3	Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistäminen	13
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	16
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	17
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	17
4.2	Alkuperäistutkimusten valintakriteerit ja arviointi	18
4.3	Laadullinen, aineistolähtöinen sisällönanalyysi.....	23
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
5.1	Kulttuurisensitiivinen potilasohjaus seksuaaliterveysasioissa	27
5.1.1	Kielivaikeudet ja ennakkoluulot.....	27
5.1.2	Kulttuurin, uskonnon ja yhteisön merkitys.....	28
5.2	Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän hoidon ja ohjauksen tarpeet.....	30
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	32
7	POHDINTA.....	33
7.1	Tulosten tarkastelu	33
7.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	37
7.3	Kehittämissideoita	38
	LÄHTEET.....	40
	LIITE 1	45

1 JOHDANTO

Eurooppa on muuttumassa yhä kansainvälisemmäksi. Moni muuttaa pois kotimaastaan ja lähtee esimerkiksi töiden vuoksi muualle asumaan. Toiset joutuvat lähtemään omasta kotimaastaan, koska elämisen olosuhteet ovat muuttuneet sotien vuoksi lähes mahdottomiksi. Vuonna 2014 yhteensä 3,8 miljoonaa ihmistä muutti johonkin EU:n jäsenvaltioon, ja näistä muuttajista 1,6 miljoonaa oli muun kuin EU-maan kansalainen (Eurostat 2016, viitattu 28.3.2017). Tämän lisäksi vuosien 2015 - 2016 aikana Euroopan unioniin on saapunut 1,3 miljoonaa turvapaikanhakijaa (Eurostat 2017, viitattu 28.3.2017). Tämän seurauksena vuonna 2015 Suomeen on saapunut 32 476 turvapaikanhakijaa. Tämä määrä on lähes yhdeksän kertaa suurempi, kuin vuonna 2014 (Maahanmuuttovirasto 2015, viitattu 28.3.2017). Maahanmuuttajataustaisten asukkaiden lisääntyvä määrä tuo Suomen terveydenhuollolle haasteita. Yksi merkittävä haaste on maahanmuuttajapotilaiden ohjaus ja heidän seksuaali- ja lisääntymisterveytensä edistäminen (Yle 2011, viitattu 29.3.2017).

Potilasohjaus on tärkeä osa terveydenhuoltoa ja sen merkitys on jatkuvasti kasvamassa. Tutkimukset todistavat, että hyvä potilasohjaus lisää potilaiden positiivista asennoitumista hoitoon ja vastuunottoa sairauden hoidosta sekä vaikuttaa positiivisesti potilaiden tyytyväisyyteen ja mielialaan (Kääriäinen 2007; 82-87; Lipponen 2008, 3-6). Maahanmuuttajien ohjaaminen ei ole aina helppoa. Usein tilannetta vaikeuttaa yhteisen kielen puuttuminen. Tämän lisäksi toisen kulttuuritaustan tuntemattomuus voi herättää sekä potilaassa että hoitohenkilökunnassa ennakkoluuloja ja epävarmuutta. Varsinkin kun kyseessä on niin herkkä asia kuin seksuaalisuus ja seksuaaliterveys. (Wathen 2007, 39-41.)

Suomessa asuvista ulkomaalaistaustaisista ihmisistä yli puolet on hedelmällisessä iässä olevia, ja on tärkeää, että seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut ovat heillekin saatavilla. Maahanmuuttajien seksuaalisuuteen vaikuttaa monta taustatekijää kuten esimerkiksi kulttuurinen sekä uskonnollinen tausta, sukupuoli tai seksuaalihistoria. Heidän seksuaaliterveyteensä liittyy myös erityispiirteitä: naisten raskausajan seurantaan, ehkäisyneuvontaan, perhesuunnitteluun tulee kiinnittää

erityistä huomiota. Kulttuurisensitiiviset ohjaustaidot ovat edellytys maahanmuuttajapotilaiden hyvälle hoidolle (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017, viitattu 28.3.2017).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata hyvän potilasohjauksen keskeisiä tunto-merkkejä ja haasteita silloin kun maahanmuuttaja-asiakas tarvitsee apua seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Tutkimuksen tavoitteena on tarjota hoitotyöntekijöille keinoja ja työkaluja hyvään potilasohjaamiseen ja opettamiseen maahanmuuttaja-asiakkaan seksuaaliterveyteen liittyvät tarpeet huomioiden.

2 KULTTUURISENSITIIVINEN POTILASOHJAUS JA SEKSUAALITERVEYS

2.1 Hoitotyön tutkimuksen käsitys kulttuurista ja sen merkityksestä asiakassuhteissa

Terveystieteiden tutkimuslaki (30.12.2010/1326, 10§) velvoittaa kunnat huolehtimaan, että kaikilla kunnan alueella asuvilla on yhdenmukaiset palvelut. Toisaalta yhdenvertaisuuslaki (30.12.2014/1325, 8§) muistuttaa, että ketään ei saa syrjiä muun muassa alkuperän, kielen tai uskonnon perusteella. Ja kuten laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, 3§) säädetään, potilaalla on oikeus saada laadukasta ja hyvää hoitoa, huomioon ottaen hänen yksilöllisiä tarpeitaan, riippumatta hänen äidinkielestään tai kulttuuritaustastaan.

Vaikka nämä yllä mainitut raamit ovat selkeät ja ohjaavat palvelutarjoajia, ei kulttuurista puhuttaessa voi olla törmäämättä moniulotteisiin ja päällekkäisiin käsitelmäkäsitelmiin. Kulttuuri käsitteenä on laaja. Jo pelkästään suomalaisen hoitotyön tutkimuksen parissa puhutaan muun muassa monikulttuurisuudesta, trans- ja interkulttuurisuudesta, puhumattakaan muusta länsimaisesta hoitotyön tutkimuksesta. Asiayhteydestä riippuen nämä käsitteet ovat joko synonyymisiä tai ne rajavat omaa pientä kenttäänsä tieteenalan sisällä, jolloin ne tyypillisesti myös jakavat mielipiteitä siitä, mikä käsite kuvaa parhaiten aikamme hoitotyön vaatimuksia (Juntunen 2011, 22).

Potilaan kulttuurin huomioimisella hoitotyössä on pitkät perinteet maissa, joissa maahanmuutto on yleistä. Tästä syystä ensimmäiset ja tunnetuimmat hoitotyön kulttuurista ulottuvuutta kuvaavat teoriat ovat syntyneet Pohjois-Amerikassa 1950-luvulta alkaen. Leiningerin 1967 julkaisema teoria *The Theory of Culture Care Diversity and Universality* on eräs tunnetuimmista. Se on sittemmin saanut osakseen kritiikkiä kulttuureja vertailevasta näkökulmastaan, joka pikemminkin vahvistaa stereotyyppisiä kuin näkisi kulttuurin muuttavana prosessina ja ryhmien välisenä suhteena, huomioisi etnisten ryhmien sisällä olevaa vaihtelua tai näkisi asiakkaat yksilöinä (Juntunen 2011, 23-25).

Leininger kuitenkin tunnisti, että hoitohenkilökunnan kulttuurisen tiedon ja osaamisen puute on hyvän hoidon esteenä, ja hän sai hoitajat huomaamaan kulttuurin merkityksen hoitotyössä. (Jun-

tunen 2011, 22; Sitzman & Wright Eichenberger 2017, 93-4). Hänen teoriansa tavoitteena oli edistää toimenpiteitä, jotka ovat harmoniassa yksilön tai ryhmän kulttuurien, uskomusten, käytäntöjen ja arvojen kanssa. Leininger käyttää teoriassaan käsitettä *culturally congruent care* (kulttuurisesti yhtenäinen hoito). Hänen mukaan käsite tarkoitti sitä, että hoitaja ja potilas keksivät yhdessä uuden tai edellisestä poikkeavan hoitotavan potilaalle. Tämän lisäksi hän on teoriassaan korostanut muun muassa sitä, että kulttuurisesti suotuisa hoitamista tapahtuu vain silloin kun kulttuurisesti yhtenäisen hoidon arvot, ilmaisut tai kuviot ovat hoitajalle tuttuja ja näitä käytetään hoitotyössä sopivasti ja tietoisesti. Näiden lisäksi kulttuurisesti pätevä (*culturally competent*) hoitaja tiedostaa hoitajan ja potilaan välisiä mahdollisia kulttuurisia eroja, kysyy potilaan kulttuuritaustasta ja hoitaa häntä tämän sosiaaliset, ekonomiset ja kulttuuriset tarpeet huomioon ottaen. Kulttuurisesti pätevä hoitaja kunnioittaa kulttuurisia eroja ja pyrkii kehittämään tietotaitoaan ja herkkyyttä muita kulttuureja kohtaan (Sitzman & Wright Eichenberger 2017, 93-97).

Kulttuurinen kompetenssi tai pätevyys (*cultural competence*) on määritelty moneen otteeseen vuosien aikana. Campinha-Bacote teoksessaan *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services* (1998) kuvaa kulttuurisen kompetenssin jatkuvana prosessina, jossa hoitotyöntekijä pyrkii jatkuvasti saavuttamaan taidon työskennellä onnistuneesti, huomioon ottaen potilaan kulttuuritaustan. Campinha-Bacote on kehittänyt mallin, jossa hän esittää miten kulttuurinen kompetenssi rakentuu viidestä eri, mutta yhtä tärkeästä komponentista. Ensimmäinen komponentti on *cultural awareness* eli kulttuurinen tietoisuus, mikä tarkoittaa yksilön itsetutkiskelua ja kokemusta omasta kulttuuri- ja ammattitaustasta. Toinen on *cultural knowledge* eli kulttuurinen tieto tarkoittaa tiedon hankimista erilaisista kulttuureista ja kulttuurieroista. Kolmantena komponenttina on *cultural skill* eli kulttuurinen osaaminen. Tämä tarkoittaa kykyä kerätä olennaisia kulttuuriin sidoksissa olevia tietoja potilaan ongelmaan liittyen sekä tarkkaa kulttuuriin perustuvaa lääkärin arviointia. Neljäs komponentti on *cultural encounters* eli kulttuurinen kohtaaminen, jolla tarkoitetaan eri kulttuuritaustaisten potilaiden suoraa kohtaamista. Viimeinen komponentti on *cultural desire* eli kulttuurinen halu: hoitohenkilöllä on halu muuttua kulttuuritietoiseksi, kulttuuri-osaavaksi, kulttuurista kohtaamista tuntevaksi hoitajaksi. Komponentit ovat toisistaan riippuvaisia ja riippumatta siitä, mistä komponentista käsin hoitotyöntekijä astuu prosessiin, kaikki viisi pitää käsitellä tai kokea saavuttaakseen kulttuurisen kompetenssin (Campinha-Bacote 2002, 181-184).

Purnellin (2002) mukaan kulttuurisesti pätevä hoitotyöntekijä kehittää tietojaan omasta olemassaolostaan, tunteista, ajatuksista ja ympäristöstä, ilman että näillä olisi negatiivinen vaikutus potilaan hoitoon. Hänen mukaansa kulttuurinen kompetenssi on hoidon soveltamista potilaan kulttuu-

ritaustan pohjalta ja tästä syystä se on sekä tietoinen että epäsuora prosessi. Purnell (1998) on kehittänyt mallin, jonka avulla voi rakentaa ja kehittää kulttuurista kompetenssia. Malli perustuu muun muassa seuraaviin oletuksiin: kulttuurit ovat erilaisia, niitä ei voida arvioida hyvä-huono-akselilla; erilaisissa kulttuureissa on aina samanlaisuuksia; kulttuurilla on voimakas vaikutus yksilön suhtautumiseen terveydenhoitoon. Yksi perusolettamus oli Campinha-Bacoten esittämä ajatus, että kulttuurinen kompetenssi on jatkuva prosessi. Mallissa yksilö kuuluu yhteiskuntaan, sen sisällä yhteisöön ja tämän sisällä perheeseen. Lisäksi yksilön käyttäytymistä, asennetta terveyteen ja terveydenhoidon tarpeita määrittää 12 piirrettä, jotka liittyvät toisiinsa. Nämä piirteet ovat: perintö, kommunikaatio (kieli, murteet), perheroolit ja järjestys (kuka johtaa perhettä, sukupuoli-roolit), työvoima-asiat, biokulttuurinen ekologia (etninen tausta, rodullinen alkuperä), korkean riskin käyttäytyminen (alkoholi, huumeet, fyysinen aktiivisuuden puute jne.), ravitsemus, raskauden ja synnyttämisen käytännöt, kuolemaan liittyvät rituaalit, hengellisyys, terveyden hoitamisen käytännöt ja hoitohenkilökunta. Mallin avulla on helppoa hahmottaa, mihin yhteisöihin yksilö kuuluu ja millaiset piirteet ovat hänen käyttäytymisensä tai asenteidensa taustalla. Malli toimii työkaluna hoitohenkilökunnalle, jotta he voisivat oppia katsomaan yksilöä myös ylempien yhteisöjen jäsenenä ja ymmärtää, mikä kaikki voi vaikuttaa yksilön (terveys)käyttäytymiseen. Näin hoitohenkilökunta kehittää mallin avulla omaa kulttuurista kompetenssiaan (Purnell 2002, 193-196).

Voidaan siis sanoa, että kulttuurinen kompetenssi tarkoittaa kulttuurispesifisiä taitoja ja osaamista. Yleisesti ottaen taitoa havaitaan erilaisten uskomusten, arvojen ja kokemusten eroavaisuuksia ja tietää, miten nämä vaikuttavat käytännössä. Kulttuurinen kompetenssi on taitoja, jotka varustavat henkilöä työskentelemään onnistuneesti eri kulttuuritaustasta tulevien kanssa, eli se mahdollistaa kulttuurisensitiivisen työskentelyn (Heikkilä 2011, viitattu 16.4. 2017). Kulttuurisensitiivinen työote tarkoittaa eri arvoperustojen kunnioitusta sekä mielenkiintoa toisten näkemyksiä kohtaan, eroavaisuuksien kunnioittamista ja niiden tärkeyden tunnistamista (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 4-9; Heikkilä 2011, viitattu 16.4. 2017). Kulttuurisensitiivisellä otteella työskentelevä henkilö tietää, että kulttuuri vaikuttaa jokaiseen ja ei arvioi hyvä-huono asteikolla sen vaikutuksia ohjattavan käyttäytymiseen tai arvoihin ja toimintaan (Schubert 2007, 204; Haavikko & Bremer 2009, 35-36).

2.2 Onnistuneen potilasohjauksen kriteerit ja tavoitteet

Potilasohjaustilanteet ovat monitahoisia vuorovaikutustilanteita. Sosiaali- ja terveysalalla ohjauksen tavoite- ja laatuvaatimukset ovat yhteiskunnallisesti määriteltäviä sekä lain ja asetuksin säänneltyjä (ks. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, sairaanhoitajien eettiset ohjeet). Ohjaaminen hoitotyössä on sidoksissa lakien lisäksi ammattikäytänteiden, suositus- ja opaskirjojen laajaan verkostoon. Keskeiset lait eivät viittaa hoitotyöhön liittyvään ohjaamiseen, vaan yleisluontoisesti määrittelevät perustehtäviä terveyteen liittyen. Suomessa olemassa olevat lukuisat laatukriteerit, oppaat ja suositukset eivät määrittele tarkasti asiakasohjauksen laatukriteereitä, vaan antavat suuntaa toiminnalle ja toiminnan kehittämiseksi (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, & Renfors 2007, 13-17).

Ohjauksen laadusta ei ole olemassa kriteerejä, jotka olisivat hyväksytyjä yleisesti, mutta niin kuin muiden asiakkaan hoitoon liittyvien osa-alueiden, ohjauksenkin on oltava laadukasta. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakasta ohjataan asianmukaisesti ja hyvin. Laadukas ohjaus vaatii myös sopivia ja asianmukaisia resursseja, kuten riittävää henkilöstöä, aikaa ja tiloja. Hoitajien riittävät ohjausvalmiudet ovat myös välttämättömiä, samoin oikein ajoitettu ja mitoitettu ohjaus (Kyngäs ym. 2007, 20-21).

Potilasohjaus määritellään kirjallisuudessa usealla eri tavalla. Ohjaus on muun muassa asiakkaan, mahdollisesti hänen omaistensa, ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa kaikkien osapuolten taustatekijöihin, arvoihin ja odotuksiin. Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksen olennaiset piirteet ovat: asiakkaan ja hoitajan taustatekijät, vuorovaikutteinen ohjaus sekä aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta. Potilasohjauksella pyritään myös tukemaan potilaita heidän terveyttään koskevien tavoitteidensa saavuttamisessa sekä voimavaraistumisessa. Ohjaaminen on myös prosessi, jonka taustalla ei ole ainoastaan yhtä ohjausteoriaa, vaan useita poikkitieteellisiä näkökulmia ohjaamiseen ja ihmisenä elämiseen (Kyngäs ym. 2007, 25; Leino-Kilpi & Kulju 2012, 4-9; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011; 13-21; Lahtinen 2006, 6-8).

Ohjauksen tavoitteena on, että sen avulla toteutuisi potilaiden omien voimavarojen tukeminen. Tämä vaatii aktiivisuutta myös potilaalta. Potilaskeskeisen ohjausmallin mukaan potilas on moniulotteinen kokonaisuus, hän on tasa-arvoinen ja aktiivinen oman hoitonsa tavoitteiden asettami-

nessa. Hän on myös aktiivinen ongelmanratkaisija ja päätöksentekijä. Potilaan oma vastuu omasta hoidosta, tiedon hankinnasta ja paranemisesta ei kuitenkaan poista ammattilaisen vastuuta: potilaan kannalta tarvittava tieto on oltava tarjolla ymmärrettävässä muodossa. Potilaalle on annettava luotettavaa tietoa, ja ammattilaisen vastuulla on näyttää ja tarjota potilaalle luotettavia tiedonlähteitä (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 4-9).

Kääriäisen (2007) mukaan ohjaus voi lisätä potilaiden positiivista asennoitumista ja sitoutumista hoitoon, vastuunottoa sairauden hoidosta, ja se voi lisätä myös itsehoitoa, jos ohjaus on potilaslähtöistä, laadukasta ja riittävää sekä resurssit ovat asianmukaiset. Lipponen (2008) toteaa, että riittävä ohjausta ennen sairaalaan tuloa vaikuttaa potilaiden tyytyväisyyteen ja mielialaan. Hän korostaa myös riittävän ohjauksen tärkeyttä koko hoitoprosessin ajan, koska lopussa hoidon jatkuminen jää potilaan omalle ja hänen omaistensa vastuulle. Kun ohjaus toteutuu hyvin, sillä on positiivista vaikutusta potilaiden terveyteen ja sitä edistävään toimintaan sekä kansantaloudellisiin säästöihin.

Silloin kun annetaan tai saadaan tietoa seksuaalisuudesta joko virallisesti (koulun opetuksen kautta, terveyskeskuksessa vastaanotolla jne.) tai epävirallisesti (omilta vanhemmilta tai kokemuspohjalta), toteutuu seksuaalikasvatus tai -ohjaus (Väestöliitto 2016b, viitattu 12.4.2017). Seksuaaliterveyteen liittyvä ohjaus ei poikkea muista terveyteen liittyvästä ohjaustilanteista esimerkiksi laadukkuudeltaan, mutta seksuaalisuus on intiimi asia, josta ei aina ole helppo puhua. Seksuaaliterveyteen liittyvä ohjaus alkaa siis seksuaalisuuden puheeksi ottamisesta. On olemassa valmiita malleja, joiden avulla seksuaalisuuden puheeksi ottaminen onnistuu helpommin. Jack Annonin kehittämä PLISSIT-malli (1976) on esimerkki eräästä tunnetuimmasta työkalusta puheeksi ottamiseen. Luvan antaminen, normalisointi ja salliminen (*permission*) helpottaa keskustelun aloittamista. Kohdennetun tiedon antaminen (*limited information*) auttaa keskittymään olennaiseen asiaan. Jos tarve vaatii, voi asiakkaalle antaa erityisohjeita (*specific suggestions*) ja lopuksi jos näyttää siltä, että asiakas tarvitsee, voi ehdottaa intensiivistä terapiaa (*intensive therapy*) (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b, viitattu 12.4.2017).

Hyvä potilasohjaus sisältäen seksuaaliterveysohjauksen, kuuluu myös maahanmuuttajille, mutta maahanmuuttajien ohjaaminen tuo ohjaajalle haasteita. Ohjaus toteutuu parhaiten, jos ohjaaja ja ohjattava puhuvat samaa kieltä ja tulevat samasta kulttuurista sekä kohteliaan ja sopivan kommunikaatiotavan säännöt ovat tuttuja. Mutta jos vastaanotolle saapuu henkilö, joka edustaa jotain muuta kulttuuria kuin suomalaista, ohjaustilanteet voivat muuttua haastavammaksi. Toisesta kult-

tuurista tulevalla asiakkaalla voi olla esimerkiksi erilainen käsitys sairaudesta ja terveydestä. Ohjaajan tai ohjattavan heikko kielitaito tai yhteisen kielen puuttuminen voi tehdä tilanteen vielä vaikeammaksi. Maahanmuuttajia ohjattaessa ilmenevät usein myös sukupuolirooleihin liittyvät erilaisuudet, uskontoon liittyvät vakaumukset tai suomalaisesta eroava temperamentti aiheuttaen ajoittain ongelmia vuorovaikutuksessa ja toisen ymmärtämisessä (Wathen 2007, 39-41).

2.3 Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistäminen

Seksuaalisuudesta puhutaan, kun on kyse esimerkiksi seksuaalisesta kehityksestä, biologisesta sukupuolesta, suvun jatkamisesta tai seksuaalisesta suuntautumisesta. Seksuaalisuus on ihmisyiden olennainen osa lapsi-ikästä vanhuuteen asti. (Väestöliitto 2016a) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2016b) mukaan seksuaalisuus on se, mitä me olemme ja seksi tarkoittaa sitä, mitä me teemme. Seksuaalisuuteen vaikuttaa moni, keskenään vuorovaikutuksessa oleva asia, niin kuin esimerkiksi biologiset, sosiaaliset, poliittiset tai uskonnolliset tekijät (WHO 2016, viitattu 12.10.2016).

Seksuaalisuuteen liittyvää fyysistä, emotionaalista, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia on seksuaaliterveys. Se tarkoittaa seksuaalisuuteen liittyviä turvallisia ja nautinnollisia kokemuksia, ilman pakottamista tai väkivaltaa. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää, että henkilön seksuaalioikeuksia kunnioitetaan (WHO 2016, viitattu 12.10.2016). Nämä oikeudet kuuluvat kaikille ihmisille. Ihmisillä on oikeus toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan ilman väkivaltaa, riistoa tai pakottamista. Seksuaalioikeuksiin kuuluvat muun muassa kumppanin valinnan oikeus, oikeus hyvään seksuaaliterveyteen tai oikeus saada seksuaalikasvatusta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a, viitattu 12.10.2016).

Myös maahanmuuttajilla on oikeus hyvään seksuaaliterveyteen. Tämän ryhmän seksuaalisuuteen ja terveyteen vaikuttaa kuitenkin useita eri tekijöitä, niin kuin esimerkiksi muuttosyy, koulutus ja kielitaito, ikä, sukupuoli, kulttuurinen- ja uskonnollinen tausta. Tästä syystä maahanmuuttajien seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyden edistämiseen liittyy myös erikoiskysymyksiä ja haasteita. Maahanmuuttajilla on esimerkiksi enemmän ei-toivottuja raskauksia, mikä johtuu raskauden ehkäisyyn liittyvän perusteellisen tiedon puutteesta. Maahanmuuttajat saattavat kokea myös enemmän väkivaltaa kuin kantaväestö, mikä vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin ja sen kautta seksuaaliterveyteen. Maahanmuuttajien kulttuuri- ja uskontotaustasta riippuen tapa ymmärtää ja puhua

seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä voi olla hyvinkin erilainen kuin suomalaisilla. Kulttuuri- ja uskontotaustasta riippuen tietyissä maahanmuuttajayhteisöissä myös ympärileikkaus on hyväksytty ja välttämättömänä pidetty tapa. Naisten ympärileikkauksella on paljon terveydelle haitallisia vaikutuksia. Se saattaa aiheuttaa kovaa kipua, infektioita, vitritsanpidetysoongelmia, kovia yhdyntäkipuja, vaikeuksia kuukautisvuodon ja virtsaamisen kanssa. Se lisää myös riskiä synnytyskomplikaatioihin (Väestöliitto 2009, viitattu 11.4.2017; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017, viitattu 11.4.2017; Gele, Johansen & Sundby 2012).

Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistäminen on tärkeää Suomessa. Väestöliitto on selvittänyt vuonna 2009 maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymispalveluiden tilannetta ja laatinut toimintasuunnitelman palveluiden parantamiseksi. Toimintasuunnitelma liittyy Sosiaali- ja terveysministeriön aloittamaan ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen laatimaan Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaan (2007-2011). Toimintaohjelmassa maahanmuuttajien tarpeita huomioivia ehdotuksia olivat esimerkiksi ohjausmateriaalien tuottaminen eri kielillä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyen (kuten raskaus, synnytys, ehkäisy, sukupuolitaudit, abortti ja ympärileikkausasiat), sekä nettisivujen selkokielisyyteen panostaminen. Ohjelmassa ehdotettiin myös koulutettujen ja ammattitaitoisten tulkkien käyttämistä terveydenhuollossa. Myös tulkkien kouluttamiseen on panostettava esimerkiksi laajentamalla heidän seksuaaliterveyteen liittyvää sanastoaan. Ehdotettiin myös täydennyskoulutusten järjestämistä monikulttuurisuudesta hoitohenkilökunnalle sekä monikulttuurisuuden opintojen lisäämistä ammattikorkeakouluihin (Väestöliitto 2009, viitattu 11.4.2017).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaa 2014 - 2020 päivitettiin vuonna 2014. Siinä määriteltiin tavoitteita seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi erilaiset kohderyhmät huomioiden ja ehdotettiin toimenpiteitä tavoitteiden saavuttamiseksi. Edistämisen tavoitteeksi asetetaan yleisellä tasolla, että väestö tietää, mitkä tekijät edistävät tai toisaalta heikentävät seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Keskeisellä sijalla on ihmisten oikeus ajantasaiseen ja saatavilla olevaan tietoon. Edelliseen toimintaohjelmaan verrattuna tässä ohjelmassa yhdeksi keskeiseksi tulevaisuuden kehittämiskohteeksi nostetaan juuri maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a, viitattu 13.9.2016)

Koska toimintaohjelmassa todetaan, että väestön tiedon tasosta ei ole kattavasti tietoa, ohjelman tavoitteena on saada lisää tietoa väestökyselyjen avulla aikuisväestön, kuten myös maahanmuut-

tajataustaisten seksuaali- ja lisääntymisterveystietoudesta ja -käyttäytymisestä. Terveydenhuollon ammattilaiset jakavat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää osaamistaan aikaisempaa monipuolisemmin parantaakseen väestön lisääntymis- ja seksuaaliterveystietoutta. Ohjelmassa koetaan tärkeäksi sukupuolesta ja kulttuuritaustasta johtuvan eriarvoisuuden vähentäminen väestön seksuaali- ja lisääntymisterveydessä ja tiedontasossa. Näiden lisäksi seksuaali- ja lisääntymisterveystutkimuksissa huomioidaan sukupuolien ja seksuaalisuuden moninaisuutta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a, viitattu 13.9.2016).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa ja kuvata hyvän potilasohjauksen keskeisiä tuntomerkkejä ja haasteita silloin kun maahanmuuttaja-asiakas tarvitsee apua seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa.

Tutkimuksen tavoitteena on tarjota hoitotyöntekijöille keinoja ja työkaluja hyvään potilasohjaamiseen ja opettamiseen maahanmuuttaja-asiakkaan seksuaaliterveyteen liittyvät tarpeet huomioiden.

Tutkimuskysymykseksi muodostuu:

Mitä ovat keskeiset tuntomerkit maahanmuuttajan kulttuurisensitiivisessä potilasohjauksessa seksuaaliterveysasioissa?

Tutkimuksessa kulttuurisensitiivisyydellä tarkoitetaan hoitohenkilöstön maahanmuuttaja-asiakkaan kulttuuritaustan huomioivaa työtettä. Kulttuurisensitiivisyyden rinnalla tässä tutkimuksessa käytetään myös toista samaa tarkoittavaa termiä; kulttuurinen kompetenssi, jota tarkastellaan tässä erityisesti potilasohjauksen yhteydessä.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö toteutetaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Menetelmänä kirjallisuuskatsaus kerää, analysoi ja syntetisoi aikaisempaa tutkimusta. Siten kirjallisuuskatsaus helpottaa uuden tiedonetsijän työtä vetäessään yhteen useiden alkuperäistutkimusten tuloksia ja rakentaessaan kokonaiskuvaa valitusta aiheesta. Tutkimuksen tekijä on siten omalla työllään varmistanut, että lukijan huomio kiinnittyy vain laadukkaisiin tutkimustuloksiin. Toisaalta tämä tiivistämistehtävä asettaa kirjallisuuskatsaukselle tarkat laatukriteerit, jotta katsauksen tuloksiin voidaan luottaa. Laatukriteereillä tarkoitetaan muun muassa tutkimusprosessin läpinäkyvyyttä ja toistettavuutta. Toistettavuus varmistetaan tutkimusprosessin yksityiskohtaisella kuvaamisella (Aveyard, Payne & Preston 2016, 1-2).

Perinteisesti kirjallisuuskatsauksella on ollut empiirisiä tutkimuksia tukeva tehtävä. Se on luonut kokonaiskuvaa tutkimusaiheen piirissä tehdystä aikaisemmasta tutkimuksesta, ja katsauksen avulla on luotu perusteita tutkimuskysymykselle. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sen sijaan on itsenäinen tutkimusmenetelmä, joka pyrkii löytämään vastauksia itse tutkimuskysymykseen. Yksiselitteinen ja selkeä tutkimuskysymys on siksi oleellisen tärkeä tekijä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Tutkijoiden täytyy tarkasti tietää, mihin he alkuperäistutkimuksia hakiessaan pyrkivät, jotta asetettu tutkimuskysymys saisi vastauksen (Aveyard ym. 2016, 10-14). Fokusoimaton tai liian laaja tutkimuskysymys tuottaa laajan joukon alkuperäistutkimuksia, joiden joukkoon tutkija helposti hukkaa oman fokuksensa tai hänellä ei ole resursseja arvioida koko aineistoa metodin edellyttämällä tavalla. Toisaalta tiukasti rajattu tutkimuskysymys tuottaa aineistoa vain niukasti tai ei ollenkaan (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25-27).

Aikaisempi tutkimus, joka on kirjallisuuskatsauksen aineisto, haetaan ennalta valikoitujen hakutermin ja avainsanojen pohjalta. Hakutermeistä ja avainsanoista muodostetaan hakulausekkeita. Nämä hakutermit, avainsanat ja lopulta hakulausekkeet muotoutuvat puolestaan niin että asetetut tutkimuskysymykset saisivat vastaukset hakuihin osuneesta lähdeaineistosta. Siksi tutkimuskysymyksissä esiintyvät keskeiset käsitteet ja niiden mahdolliset synonyymit on syytä määritellä

mahdollisimman aukottomasti jo tutkielman teoreettista taustaa esittelevässä osuudessa. Tämä kirkastaa osaltaan tutkijalle katsauksen tavoitetta (Aveyard ym. 2016, 13, 67-68).

Nimensä mukaisesti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimusprosessin tulee edetä systemaattisesti. Tällä tarkoitetaan aineiston hakemiseen käytettyjen sisäänotto- ja ulossulkukriteereiden yksityiskohtaista kuvaamista, käytettyjen tietokantojen nimeämistä ja hakutulosten tarkkaa kirjaamista. Kaikkia hakukriteereihin osuneita artikkeleita käsitellään tasapuolisesti samoilla arviointikriteereillä. Arvioinnin tarkoituksena on erotella tutkimuskysymysten kannalta relevantti ja laadukas tutkimus huonompi laatuiseksi ja niistä tutkimuksista, jotka eivät osuvasti käsittele tutkimuskysymyksiä (Aveyard ym. 2016, 2-5).

Lopulliset kirjallisuuskatsauksen aineistoon mukaan otetut alkuperäistutkimukset analysoidaan ja analyysin pohjalta rakennetaan synteesi. Analyysivaiheessa mukaan valitut alkuperäistutkimukset järjestellään ja luokitellaan. Luokittelun pohjana voidaan käyttää esimerkiksi tutkimuksen tarkoitusta, asetelmaa, tutkimusmenetelmää, tuloksia ja heikkouksia sekä vahvuuksia. Tutkimusten väliltä etsitään yhtäläisyyksiä ja eroja, mikä tarkoittaa, että tutkimuksia tulkitaan (Aveyard ym. 2016, 93-94; Niela- Vilén & Hamari 2016, 30). Viimeiseksi synteesiä verrataan tutkimuskysymyksiin, jolloin voidaan pohtia myös sitä, onko tutkimusprosessissa jäänyt jotakin oleellista huomaimatta.

4.2 Alkuperäistutkimusten valintakriteerit ja arviointi

Alkuperäistutkimuksia haettiin seuraavista sähköisistä tietokannoista: Ebsco, Science Direct, Andor, Pubmed ja ProQuest. Nämä tietokannat valikoituivat käyttöön, koska ne olivat helposti tutkijoiden saavutettavissa ja yleisesti tunnettuja sekä laajoja tietokantoja. Suomenkielisiä hakutermejä käytettiin suomalaisessa artikkelitietokannassa Medic, mutta koehaut osoittivat, että tulokset jäivät sieltä heikoiksi. Siksi kaikki varsinaiset haut tehtiin kansainvälisiin tietokantoihin englanninkielisillä hakusanoilla.

Mitä tulee hakusanoihin ja niistä muodostuvien hakulausekkeiden muotoilemiseen, alustavasti tehtiin muutamia koehakuja keskeisimmiksi koetuilla hakusanoilla. Näitä olivat tutkimuskysymyksestä nousevat keskeiset käsitteet *potilasohjaus*, *seksuaaliterveys*, *kulttuurisensitiivisyys* ja *maa-*

hanmuuttaja ja näiden englanninkieliset vastineet. Keskeisimpiä aihekokonaisuuksia on näin ollen neljä. Lehtiö & Johansson (2016) suosittelivatkin, että neljää aihekokonaisuutta enempää ei hakulausekkeisiin otettaisi mukaan.

Koska koehaut tuottivat niukasti tai liian runsaasti tuloksia, pyydettiin hakujen täsmentämiseen informaattikon apua. Hänen tuellaan ja vihjeiden pohjalta päätettiin yllä mainitut tietokannat, joissa pitäydyttäisiin, mutta laajennettiin myös hakusanoja jonkin verran. Keskustelujen ja koehakujen pohjalta päädyttiin *sexual health* termin rinnalle hakusanaksi ottaa mukaan myös *reproductive health* ja *immigrant* termin rinnalle termit *migrant*, *refugee* ja *asylum seeker*. Näytti, että näillä termeillä kuvailtiin koehakuihin osuneiden tutkielmien abstrakteissa juuri halutunlaisia kohderyhmiä. Koska *seksuaaliterveys/sexual health* on hyvin laaja aihealue, jota on myös tutkittu tietyiltä osa-alueiltaan, kuten hiv:n, AIDS:n ja seksuaalisen väkivallan osalta paljon, päädyttiin hauissa rajaamaan muun muassa nuo osa-alueet pois. Rajaamisella pyrittiin tiivistämään valittua teemaa ja keskittämään hakuja ennen kaikkea potilasohjauksen näkökulmaan.

Aluksi ongelmalliseksi hakujen osuvuuden kannalta koettiin myös termit *patient education* ja *patient teaching*, koska vaikutti, että potilasohjauksesta puhuttaessa englanninkielisissä julkaisuissa valinta noiden termien merkityksen välillä ei ole yhtä yksiselitteinen kuin mitä suomen kielen termi *potilasohjaus* pystyy ilmaisemaan. Kolmanneksi vaihtoehdoksi mainittujen rinnalle hyväksyttiin myös *counselling*. Kaikki hakusanat on esitelty taulukossa 1.

TAULUKKO 1

Käytetyt suomen- ja englanninkieliset hakusanat

Hakusanat suomeksi	Hakusanat englanniksi
potilasohjaus potilasneuvonta ohjaus	patient education patient teaching counselling
seksuaaliterveys lisääntymisterveys seksuaalisuus	sexual health reproductive health sexuality
kulttuurisensitiivisyys kulttuurinen kompetenssi	culture sensitivity culturally sensitive care
maahanmuuttaja	migrant immigrant refugee displaced asylum seeker

Koska koehaut osoittivat, että neljä aihekokonaisuutta yhdistettynä yhteen hakuun tuottaa hyvin vähän hakutuloksia, karsittiin lopullisissa hauissa aihekokonaisuuksia kolmeen tai kahteen. Näin ollen hakulausekkeita muodostui useita erilaisia, joilla saatiin haettua relevantteja alkuperäisartikkeleita halutuista teemoista. Kaikista voimakkaimmin hakutuloksia rajoitti kulttuurisen kompetenssin/-sensitiivisyyden aihekokonaisuus. Siksi sitä ei voinut tuloksetta juuri yhdistää muihin hakusanoihin. Tämän vuoksi tuota aihekokonaisuutta päädyttiin etsimään aineistoon alkuvaiheessa valituista alkuperäisartikkeleista pääasiallisesti artikkeleita lukemalla.

Yllä mainittujen hakukriteereiden lisäksi hakuja rajattiin taulukossa 2 olevien sisäänotto- poissulkukriteereiden mukaisesti.

TAULUKKO 2

Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Tutkimus on tieteellinen julkaisu.	Tutkimus ei ole tieteellinen tai se on opinnäytetyö tai pro-gradu tutkielma.
Tutkimus on vertaisarvioitu.	Tutkimusta ei ole vertaisarvioitu.
Tutkimus on saatavana englannin-, suomenkielellä	Tutkimus ei ole saatavilla englanniksi, suomeksi.
Tutkimus on ilmestynyt vuoden 2007 jälkeen.	Tutkimus on ilmestynyt ennen vuotta 2007
Tutkimus on saatavilla ilmaiseksi ja koko tekstinä.	Tutkimus ei ole saatavilla ilmaiseksi tai siitä on vain osia saatavilla.
Tutkimuksessa tutkitaan USA:aan, Kanadaan, Australiaan tai Eurooppaan tulleisiin maahanmuuttajiin liittyviä seikkoja.	Tutkimuksessa tutkitaan johonkin muuhun maahan, kuin USA:aan, Kanadaan, Australiaan tai Eurooppaan tulleisiin maahanmuuttajiin liittyviä seikkoja.
Tutkimus käsittelee seuraavia aikuisten maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen, lisääntymisterveyteen liittyviä seikkoja mukaan lukien seksuaalivähemmistöt: perhesuunnittelu, raskauden ehkäisy, abortti, raskauden, synnytykseen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvä hoito, seksuaalikäyttäytyminen, gynekologiset tai urologiset syövät, ympärileikkaus	Tutkimus käsittelee seuraavia aikuisten maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen, lisääntymisterveyteen liittyviä seikkoja: HIV ja AIDS, muut syövät kuin gynekologiset tai urologiset syöpäsairaudet, seksuaalista väkivaltaa, äitien kuolleisuus, vauvojen kuolleisuus ja vammat, seksuaalioikeudet
Tutkimus käsittelee maahanmuuttajien ohjaamiseen liittyvää informaatiota maahanmuuttajien terveyden edistämiseksi.	Tutkimus käsittelee jonkun muun ryhmän kuin maahanmuuttajien ohjaamiseen liittyvää informaatiota ryhmän terveyden edistämiseksi.

Tietokannat jaettiin kahden tutkijan kesken tasan. Tutkijat tekivät hakuja itsenäisesti. Abstraktien perusteella valituista teksteistä keskusteltiin yhdessä ja pohdittiin, sopiiko tutkimus mahdollisesti tähän tutkimukseen. Sen jälkeen valitut artikkelit luettiin perusteellisesti ja kriittisesti kokonaan, jolloin niiden lopullista sopivuutta arvioitiin edelleen. Tuossa vaiheessa artikkeleista etsittiin myös potilasohjauksen aihepiiriin liittyvää sisältöä. Lukuprosessissa kiinnitettiin huomiota alkuperäistutkimusten tavoitteisiin, saatuihin tuloksiin ja siihen, ottaako tutkimus kantaa tutkimuskysymykseen (Liite 1). Näin ollen kirjallisuuskatsaukseen valittujen alkuperäisartikkeleiden arviointi oli jatkuvaa koko hakuprosessin ajan. Tässäkin vaiheessa katsauksen sisäänottokriteereihin tehtiin rajauksia myös alkuperäistutkimusten laatuun ja tieteellisyyteen liittyen: tutkimusten piti olla vertaisarvioitu

tieteellinen tutkimus. Tutkimuksia haettaessa haulle asetettiin rajoituksia edellä mainittujen kriteerien mukaisesti, mikäli tietokannan asetukset mahdollistivat tämän. Kaikki käytetyt hakulausekkeet ja niillä saadut hakutulokset on esitelty taulukossa 3.

Aineistoon mukaan hyväksytyistä 10 artikkelista yksi poimittiin mukaan niin sanotulla "berry picking"-tekniikalla. Tämä tarkoittaa, että tutkija hyödyntää myös sattumanvaraisesti, eri kanavia pitkin vastaan tulevia, mutta aiheeseen liittyviä artikkeleita. Tämä hakutekniikka on sopiva myös systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen, jos se säilyy systemaattista hakua täydentävänä strategiana (Aveyard, Payne & Preston 2016, 82). Tässä tutkimuksessa käytetyssä Pubmed-tietokannassa on ominaisuus, joka ehdottaa tietokannan käyttäjälle tämän tekemien hakujen pohjalta samantyyppisiä artikkeleita kuin mitä hakulausekkeet ovat tuottaneet (Similar articles-valikko). Tuosta valikosta artikkeli poimittiin mukaan ensin otsikon perusteella, minkä jälkeen sitä arvioitiin samoilla kriteereillä kuin muitakin artikkeleita. Alla olevassa taulukossa artikkeliin viitataan +1 -merkinnällä.

TAULUKKO 3

Tietokannat, hakulausekkeet ja mukaan otettujen artikkelien määrät

Tietokannat	Hakulauseke	Tulokset yhteensä	Sisään otetut tekstit otsikon perusteella	Sisään otetut tekstit abstraktin perusteella	Sisään otetut tekstit kokotekstin perusteella
EBSCO	("sexual health" OR "reproductive health") AND TI (refugees OR migrants OR immigrants OR displaced OR asylum seekers) Limiters - Full Text; Published Date: 20070101-20171231; Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	92	21	12	3
	"multicultural care" OR "culturally sensitive care" Limiters - Full Text; Published Date: 20070101-20171231; Scholarly (Peer Reviewed) Journals Search modes - Boolean/Phrase	75	6	3	1
SCIENCE DIRECT	("sexual health" OR "reproductive health") and (refugees OR migrants OR immigrants OR displaced OR asylum seekers). Published Date: 20070101-20171231	111	19	4	0
PROQUEST	(Sexual health OR reproductive health) AND (immigrants OR migrants OR refugees) AND (patient education OR counselling OR patient teaching) Filters: Publication Date: 2007-2017 Document Type: Article Source Type: Scholarly Journals Language: English Databases: Full Text Peer Review Location: USA, Canada, UK	17	1	1	1
PUBMED	(((((("Sexual health"[Title/Abstract] OR "reproductive health"[Title/Abstract])) AND (refugees[Title/Abstract] OR asylum seekers[Title/Abstract] OR displaced[Title/Abstract] OR migrants[Title/Abstract] OR immigrants[Title/Abstract])) NOT HIV) NOT rights) NOT violence) Free, full text v. 2007-2016	47	8	2	1
	(Sexual health OR reproductive health) AND (immigrants OR migrants OR refugees) AND (patient education OR counselling OR patient teaching) All fields Filters: Free full text. Published in the last 10 years	33	6	3+1 (Pubmedin "similar articles"-valikosta)	3+1
Yhteensä		375	61	26	10

4.3 Laadullinen, aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Laadullisen aineiston käsittelyn tarkoituksena on muodostaa kattava ja luotettava kokonaiskuva tutkimuksen aiheena olevasta ilmiöstä ja saada siitä teoreettinen kokonaisuus. Analysoitava aineistomme oli sekä tutkimusmetodeiltaan että teemoiltaan hyvin monipuolinen, näin analyysin

menetelmäksi tarvittiin sellainen, jolla pystytään kuvailemaan, yhdistämään ja jäsentämään sekä kvalitatiivisten että kvantitatiivisten tutkimusten tulokset. Tämän takia tässä katsauksessa analyysimenetelmäksi valittiin laadullinen, aineistolähtöinen sisällönanalyysi (Kangasniemi & Pölkki 2016, 80; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-93).

Alkuperäistutkimusten hakuprosessissa löydettiin kymmenen tutkimusta, jotka sopivat kirjallisuuskatsauksemme sisäänottokriteerien perusteella ja joista saatiin vastauksia tutkimuskysymykseen. Artikkeleista kahdeksan oli laadullisia tutkimuksia, kahdessa tutkijat käyttivät sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää. Määrällistä tutkimusmetodia käytettiin yhdessä tutkimuksessa. Kaikki tutkimukset olivat englanninkielisiä ja ne oli julkaistu viimeisten 10 vuoden aikana. Tarkempaa tietoa alkuperäisartikkeleista on liitteessä 1.

Tuomen & Sarajärven (2009) analyysirungon mukaan analyysi pitää aloittaa päättämällä, mikä tutkimuksessa kiinnostaa tutkijaa. Tässä analyysissä kiinnostuksen kohde on maahanmuuttajien kulttuurisensitiivinen ohjaus seksuaaliterveysasioissa.

Analyysiprosessin seuraava askel on aineiston läpikäyminen ja kiinnostavien osien merkitseminen ja erottaminen. Tämä vaihe toteutettiin lukemalla aineisto tarkasti ja huolellisesti läpi. Ensimmäistä läpilukua ohjasi tutkimuskysymys: teksteistä pyrittiin löytämään kaikki tutkimuskysymykseen mahdollisesti vastausta antava kuvaus tai kertomus. Seuraavaksi nämä kohdat luettiin uudestaan läpi, ne suomennettiin ja koottiin tähän tarkoitukseen tehtyyn taulukkoon, eli aineistoa redusoitiin. Se tarkoittaa sitä, että teksteissä keskityttiin vain tutkimuskysymyksen kannalta kiinnostaviin, olennaisiin asioihin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92). Tässä työssä taulukkoon (liite 1) kirjattiin tutkimusten metodologian ja tulosten lisäksi huolellisesti näkyviin ne sisällöt, jotka kuvaivat maahanmuuttaja-asiakkaiden hoidon tai ohjauksen tarpeita ja ohjauksessa esiin tulleita haasteita. Näiden teemojen pohjalta pystytään oletettavasti tavoittamaan sekä aineiston se sisältö, joka käsittelee tutkimuskysymyksen aiheita, että se, jonka pohjalta voidaan tutkijan luovuutta hyödyntäen edetä analyysiprosessin seuraavaan vaiheeseen.

Tuomen & Sarajärven (2009) analyysirungon mukaan seuraava askel on aineiston ryhmittely. Ryhmittelyllä tarkoitetaan, että aineistosta etsitään samankaltaisuuksia. Samankaltaisuuksien etsiminen ja niiden ryhmittely on aina luovaa ja tutkijan subjektiiviseen päättelykykyyn nojaavaa työtä, jota tutkimuskysymys ohjaa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 102). Ryhmittelyvaiheessa samankaltaisia merkityksiä käsitteellistetään, jolloin niille annetaan yhteinen otsikko. Tässä tutkimuksessa

aineiston merkityksellisiksi tulkitut, toistuvat kuvaukset muodostavat seitsemän ryhmää. Ryhmät on esitelty taulukossa 5. Ne tiivistävät samankaltaiset merkitykset niin sanotuiksi alaluokiksi. Esimerkiksi *“language barriers”*, *“difficulties of understanding”*, *“they did not understand...”* alkuperäisilmaisut pelkistettiin ilmaisuksi *ongelmia ymmärtämisessä*. *“Language barriers can be largely overcome by having the services of - - interpreters...”*, *“the partner had also acted as interpreter...”* alkuperäisilmaisut yhdistettiin ilmaisuun *tulkin läsnäolon tärkeys*. Tuloksena näistä kahdesta samankaltaisuutta ilmaisevasta, kielitaitoon liittyvästä ymmärtämisen ja itseilmaisun vaikeudesta, pelkistettiin ja ryhmiteltiin *kommunikaatio-ongelmat*-alaluokka. Kaikki alaluokat ovat vastaavanlaisen alkuperäisilmaisujen keräys- ja pelkistelyprosessin tuloksia.

Seuraavassa vaiheessa aineistoa abstrahoidaan eli käsitteellistetään lisää. Tämä työvaihe tapahtuu yleensä osittain jo ryhmittelyn kanssa samaan aikaan. Abstrahoinnin tavoitteena on luoda teoreettisia käsitteitä tai johtopäätelmiä alkuperäisestä aineistosta. Abstrahointivaiheessa löytyi kaksi aineistoamme kuvaavaa teemaa: kulttuurisensitiivinen potilasohjaus ja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät hoidon ja ohjauksen tarpeet. Näitä muodostuneita käsiteloukkia nimitetään sisällönanalyysin mukaisessa tutkimusperinteessä yläluokiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-111).

TAULUKKO 4
Luokittelutaulukko

ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	TUTKIMUSKYSYMYS
Hoitohenkilökunnan näkemykset, asenteet ja ennakkoluulot Kommunikaatio-ongelmat Potilaan kulttuuritaustan ja uskonnon vaikutukset	Kulttuurisensitiivinen potilasohjaus	Mitä ovat keskeiset tuntomerkit maahanmuuttajan kulttuurisensitiivisessä potilasohjauksessa seksuaaliterveysasioissa?
Seksuaalisuudesta puhuminen Ehkäisy ja sukupuolitaudit Kohdunkaulan syöpäseulonta Naisten ympärileikkaus	Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä hoidon ja ohjauksen tarpeita	

Viimeisen vaiheen, eli yhteenvedon tavoitteena on muodostaa luotettava ja kattava kokonaisuus, vastauksena tutkimuskysymykseen. Työmme sisällönanalyysi tapahtui taulukossa 4 mainitun luokittelun pohjalta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92).

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Kulttuurisensitiivinen potilasohjaus seksuaaliterveysasioissa

Tutkimuksista tuli voimakkaasti esille, että maahanmuuttaja-asiakkaat toivovat hoitohenkilökunnalta kulttuurisensitiivistä asennetta. Potilaan hoidon tulisi olla hyvää riippumatta potilaan uskonnollisesta tai kulttuurisesta taustasta. Tämä ei tarkoita sitä, ettei kulttuuri- tai uskonnollista taustaa oteta ollenkaan huomioon, vaan juuri päinvastoin: hoitohenkilökunnan pitäisi kunnioittaa ja suhtautua hyväksyvästi muihin kulttuureihin, jolloin heiltä vaaditaan ennakkoluulotonta, monipuolista ymmärrystä. Tämän lisäksi pitäisi olla halukas oppia lisää sekä tutustua vieraisiin kulttuureihin. Asiakkaat haluavat, että heitä kohdellaan ohjaustilanteessa tasa-arvoisesti ja syrjimättä (Bloomer & Al-Mutair 2013; Cashman, Eng, Simán & Rhodes 2011; Ruddock & Turner 2007; Shirpak, Maticka-Tyndale & Chinichian 2007).

Maahanmuuttaja-asiakkaita ajatellaan usein "ongelmapotilaina", työtä häiritsevinä tekijöinä (Ruddock & Turner 2007). Hoitohenkilökunnan kulttuurinen orientaatio ja kiinnostus voi auttaa voittamaan maahanmuuttajapotilaan hoitamisessa ja ohjaamisessa esiin nousevia vaikeuksia ja esteitä. Samoin helposti lähestyttävyyden ja luonnollinen käytös hoitotilanteessa, läsnäolo ja avoimuus voivat auttaa maahanmuuttaja-asiakasta rentoutumaan ja luottamaan hoitajiinsa (Cashman ym. 2011; Ruddock & Turner 2007; Nachtigall, Castrillo, Shah, Turner, Harrington & Jackson 2009; Åkerman, Essén, Westerling & Larsson 2017).

5.1.1 Kielivaikeudet ja ennakkoluulot

Yhteisen kielen puuttuminen on yksi yleisimmistä haasteista maahanmuuttajien ohjaamisessa (Kurth, Jaeger, Zemp, Tschudin, & Bischoff 2010). Seksuaalisuudesta tai seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista puhuminen, varsinkin kun sanat puuttuvat, on vaikeaa. Puutteellinen kielitaito voi estää potilaita tuomasta omaa ongelmaansa esille, koska he eivät uskalla kysyä asiasta kielitaidon epävarmuuden vuoksi. Puutteellinen kielitaito ja siitä johtuvat ymmärtämisen vaikeudet voivat johtaa vaarallisiin väärinkäsityksiin ja jopa hoitovirheisiin (Nachtigall ym. 2009; Shirpak ym.

2007). Aineistosta käy selvästi ilmi, että tulkista voisi olla useasti apua, mutta sitä palvelua käytetään paljon harvemmin kuin tarve olisi. Tulkkipalvelujen käyttämisestä kysyttäessä informantit kertoivat, ettei mahdollisuutta tulkin käyttöön kukaan koskaan tarjonnut (Nachtigall ym. 2009; Åkerman ym. 2017).

Kommunikaatioon ja ymmärtämiseen vaikuttaa myös se, kuinka paljon potilas tietää kyseessä olevasta asiasta. Vähemmän kouluja käyneillä asiakkailla tieto voi olla hyvinkin puutteellista (Hunter & Kelly 2012). Toinen syy tiedon puuttumiselle voi olla, ettei potilaan kotimaassa ole tapana puhua esimerkiksi seksuaaliterveysasioista siinä laajuudessa kuin länsimaissa tehdään. Tästä syystä voi käydä niin, että maahanmuuttaja-asiakas saa tietoa omasta tilastaan ja hoidon mahdollisuuksista vasta silloin, kun hän päätyy länsimaisen terveydenhoidon piiriin (Vahabi & Lofters 2016; Shirpak ym. 2007). Lisäksi aineistosta kävi ilmi, että myös ohjausmateriaali olisi syytä muotoilla asiakaslähtöisesti. Käytetyllä sanastolla, kuvilla ja mainitulla uuden tiedon tason sopivalla syvyydellä on merkitystä viestin välittymisen kannalta. Lääketieteellisen terminologian välttäminen ja asiakkaan itsensä suosiman sanaston kuten myös havainnollistavien esineiden käyttäminen parantaa ymmärtämistä. Asiakas itse on paras oman oppimisensa asiantuntija. Häneltä voi kysyä, mitä hän tietää, mitä hän haluaa tietää ja kuinka hän toivoo, että häntä ohjataan (Hunter & Kelly 2012; Cashman ym. 2011).

5.1.2 Kulttuurin, uskonnon ja yhteisön merkitys

Aineistossa tuotiin esiin esimerkkinä kulttuurin vaikutuksesta ohjaustilanteeseen muslimiyhteisöjen vaikeus puhua seksuaalisuudesta ja kuinka naisen seksuaalisuus on tabu (Vahabi & Lofters 2016). Vaikka noista teemoista olisi vaikea puhua, potilaat kokevat seksuaaliterveyden tärkeäksi ja haluavat tietää siitä lisää (Hunter & Kelly 2012; Cashman ym. 2011). Tässäkin asiassa asiakkaat toivovat, että heidän kulttuuriaan ja uskontoaan kunnioitetaan ja niihin suhtaudutaan hyväksyvästi (Hunter & Kelly 2012; Cashman ym. 2011; Vahabi & Lofters 2016).

Alkuperäistutkimuksista tuli esille, että potilaan kulttuuri- tai uskontotausta voi tuoda haasteita potilasohjaukseen. Tämä voi korostua, jos kysymys on seksuaalisuudesta tai seksuaaliterveydestä. Erilaisilla yhteisöillä on omia tapoja suhtautua seksuaalisuuteen ja siihen liittyviin seikkoihin. Mainituissa muslimiyhteisöissä jopa sukupuolielimistä on vaikea puhua, koska ne puheenaiheena viittaisivat puhujan seksuaaliseen aktiivisuuteen. Seksuaalisuudesta puhuminen on tabu myös

esimerkiksi uskonnollisissa katolisissa latinoyhteisöissä (Cashman ym. 2011; Vahabi & Lofters 2016).

Näiden seikkojen takia vastaanotolla puhuminen seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista voi olla hyvinkin vaikeaa. Aineiston tulokset viittasivat siihen, että potilaat toivovat hoitohenkilökunnalta ymmärrystä, ettei kaikissa kulttuureissa puhuta intiimiasioista yhtä avoimesti. Esimerkiksi muslimityttö, joka asuu vielä kotona ja on käymässä vastaanotolla äitinsä kanssa, kokee todella kiusalliseksi, jos häneltä kysytään suoraan, onko hän seksuaalisesti aktiivinen (Vahabi & Lofters 2016). Näiden tilanteiden takia potilaat kaipaavat sellaista hoitajaa tai lääkäriä, jolla on samanlainen kulttuuritausta kuin heillä itsellään. Maahanmuuttaja-asiakkaiden mielestä tällaiset lääkärit tai hoitajat ymmärtäisivät heitä ja heidän tapojaan elää ja kommunikoida. Eikä heidän tarvitsisi tuntea häpeää tai pelkoa, miten heille vastaanotolla puhutaan tai miten heitä siellä kohdellaan (Cashman ym. 2011; Vahabi & Lofters 2016).

Tietyissä kulttuureissa yhteisön rooli on todella tärkeä. Näin ollen yhteisön mielipide tai painostus voi voimakkaasti määrittää henkilön näkemyksiä, ajatuksia ja asenteita seksuaalisuudesta tai seksuaaliterveydestä. Alkuperäistutkimuksista kävi ilmi, että esimerkiksi sekä miesten että naisten suhtautuminen naisten ympärileikkaukseen riippuu voimakkaasti yhteisön mielipiteistä ja näkemyksistä (Gele ym. 2012; Johansen 2016). Samoin se, hakeeko naisasiakas hoitoa vaivaansa, osaako hän käyttää palveluja tai osallistuuko hän esimerkiksi yleisiin gynekologisten syöpien seulontoihin, voi riippua puolison, läheisten tai yhteisön mielipiteestä, tietotasosta tai muusta kystä auttaa lähimmäistään hakeutumaan hoitoon. Jos lähiomainen oli maahanmuuttaja-asiakkaan uuden kotimaan kansalainen ja puhui maan kieltä, oli omaisesta yleensä suuresti tukea maahanmuuttajakumppanilleen: puoliso etsi tietoa sairauksista ja palveluista, varasi vastaanottoaikoja, saattoi hoitoon ja toimi tulkkina. Toisaalta kävi ilmi, että maahanmuuttaja-asiakas saattoi itse kokea tällaisen riippuvuuden merkinä itsenäisyytensä menettämisestä. Riippuvuudesta oli maahanmuuttajan mielestä myös konkreettista haittaa siinä tapauksessa, että puoliso ei ollut kiinnostunut olemaan avuksi tai tämä ei itsekään tuntenut palvelurakenteita (Cashman ym. 2011; Åkerman, Essén, Westerling & Larsson 2016).

5.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän hoidon ja ohjauksen tarpeet

Artikkeleista maahanmuuttajia kiinnostaviksi seksuaaliterveyden alueiksi nousivat muun muassa perhesuunnittelu, sukupuolitaudit, kohdunkaulan syöpä ja siihen liittyvä seulonta. Artikkeleista on nähtävissä myös, että maahanmuuttajat tarvitsevat paljon ohjausta ja neuvontaa näissä asioissa (Cashman ym. 2011; Vahabi & Lofters 2016; Åkerman ym. 2016).

Valaisevana esimerkkinä tuli esiin länsimaissa tavallinen papa-näyte, jolla seulotaan kohdunkaulan solumuutoksia silmällä pitäen syöpäriskiä. Tuo solunäytteen ottaminen koetaan muslimikulttuurissa hankalaksi toimenpiteeksi. Muslimiyhteisöissä näet ajatellaan, että tutkimusta on turha tehdä naimattomille naisille, koska heillä ei oletettavasti ole ollut seksuaalisuhteita, joissa he olisivat altistuneet solumuutoksia aiheuttaville viruksille. Lisäksi koe kajoaisi naisen sisäsynnyttiin tavalla, joka vaarantaisi naisen hyvin tärkeäksi koetun neitsyyden. Näissä yhteisöissä uskotaan, että avioliitossa eläminen estää kohdunkaulan syövän kehittymisen, koska seksin nähdään kuuluvan vain avioliittoon, jolloin virus ei pääsisi leviämään liiton sisälle. Tällöin sisäänrakennettuna ajatuksena on myös, että virukselle ja syöväälle pääsevät altistumaan vain vapaamielistä sukupuolielämää harjoittavat henkilöt. Näin ollen naimattomalle musliminaiselle papakokeeseen osallistumista ehdottava länsimainen hoitaja tulee tietämättään loukanneeksi naisen arvoja ja sukupuolisiveyttä (Vahabi & Lofters 2016; Shirpak ym. 2007).

Artikkeleissa nousi myös esille yksi erikoisryhmä: ympärileikatut naiset. Vaikka moni länsimaassa asuva ympärileikattu nainen päättää, ettei halua ympärileikata omaa tytärtään, aineisto osoitti, että ympärileikatun naisen sosiaalista statusta arvostetaan edelleen huomattavasti korkeammalle kuin leikkaamattoman naisen. Tämä naisen ympärileikkauksesta johtuva arvonnousu koetaan jopa tärkeämpänä leikkaamista puoltavana tekijänä kuin mitä leikkaamisesta seuraavat terveysongelmat koetaan leikkaamista estävänä. Syynä naisten ympärileikkaamisen jatkuvaan suosioon voidaan nähdä juuri yhteisössä oleva arvotausta ja käsitys naisen seksuaalisuudesta (Gele ym. 2012; Johansen 2016).

Alla olevaan taulukossactutkimuksen tulokset tiivistettynä:

TAULUKKO 5.

*Maahanmuuttajien kulttuurisensitiivisen ohjaamisen keinot ja tuntomerkit
seksuaaliterveysasioissa*

Hoitaja on:	Kielenkäyttö on:	Ohjaus on:
<ul style="list-style-type: none">• avoin• helposti lähestyttävä• kiinnostunut• hyväksyvä• luonnollinen• on läsnä• kulttuuria ja uskontoa kunnioittava• ei diskriminoi• ei tuomitse• ennakkoluuloton• kohtelee tasa-arvoisesti	<ul style="list-style-type: none">• selkeää• yksinkertaista	<ul style="list-style-type: none">• Asiakkaan tarpeista nousevaa• perusteellista• motivoivaa• rohkaisevaa• ei uhkailevaa• seksuaalisuuteen positiivisesti suhtautuvaa• esineet, kuvat käytössä kun tarve vaatii

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Maahanmuuttaja-asiakkaat toivovat tasa-arvoista kohtelua hoitotilanteessa. Samoin kuin he kunnioittavat ja oppivat hyväksymään uuden maan tavat ja arvot, he toivovat myös, että heidän kulttuurinsa ja uskontonsa säännöt ja näkemykset hyväksyttäisiin uudessa maassa. Maahanmuuttajat olisivat tyytyväisiä hoitoon, jos tämä hyväksyntä ja avoimuus heitä ja heidän kulttuuri- ja uskontotaustaansa kohtaan näkyisi myös hoitotilanteissa.

Hoitotilanteet voivat olla haastavia ilman yhteistä kieltä tai jos yhteisen kielen osaaminen on heikkoa. Tästä johtuva epävarmuus voi johtaa siihen, että oikea ongelma ei tule hoitotilanteessa esille. Huonosta kielitaidosta ja heikosta sanaston osaamisesta voi syntyä väärinkäsityksiä, joiden johdosta voi tapahtua jopa hoitovirheitä. Tulkin palvelua olisi käytettävä aina, kun herää epäily, että asiakkaan kielitaito ei riitä ongelman kertomiseen tai ohjaamisen ymmärtämiseen.

Vaikka tietyissä kulttuureissa tai uskonnoissa seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä asioista puhuminen on tabu, maahanmuuttaja-asiakkaat ovat halukkaita oppimaan seksuaali- ja lisääntymisterveydestä lisää. He kokevat nuo asiat tärkeiksi ja ovat avoimia myös puhumaan seksuaaliterveyteen liittyvistä kysymyksistä. Koska maahanmuuttajat eivät ole tottuneet puhumaan seksuaalisuudestaan niin avoimesti, kuin esimerkiksi länsimaissa, hoitohenkilökunnan on löydettävä keino puhua näistä asioista eri kulttuuri- ja uskontotaustaisten potilaiden kanssa, unohtamatta toisen vaatimattomuutta ja näkemystä seksuaalisuuteen liittyen.

Maahanmuuttajat tarvitsevat ohjausta perhesuunnitteluun, sukupuolitauteihin, gynekologisiin syöpiin ja syöpäseulontoihin liittyen. Ohjauksessa on kiinnitettävä huomiota asiakkaan olemassa olevaan osaamiseen ja tiedontasoon kyseessä olevaan terveysongelmaan liittyen ja rakentaa ohjauksen sisältöä sen pohjalta. Ohjauksessa hoitohenkilökunnan positiivinen ja kannustava asenne on yhtä tärkeä kuin faktatiedon kertominen.

Ympärileikatut naiset ja ne perheet jotka kuuluvat ympärileikkausta hyväksyviin yhteisöihin, tarvitsevat perusteellista tietoa ympärileikkauksen vaikutuksista terveyteen. Tämän lisäksi vielä tärkeämpää olisi löytää keinoja vaikuttaa siihen arvopohjaan, joka ylläpitää ympärileikkauksiperinnettä.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineistona oli kymmenen alkuperäistutkimusta, jotka käsittelivät länsimaista kulttuuria edustavan hoitohenkilökunnan kohtaamia Afrikasta, Kauko-idästä, Etelä-Amerikasta ja Lähi-idästä kotoisin olevien maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa. Aineiston hoitohenkilökunta edusti aina länsimaista kulttuuria. Potilaat olivat sen sijaan lähtöisin joko tästä eroavasta kulttuurista tai edustivat erilaista uskontoa. Potilaiden äidinkieli oli aina joku muu kuin hoitohenkilökunnan äidinkieli. Kaikki alkuperäistutkimukset oli tehty joko Pohjois-Amerikassa tai Euroopassa.

Aineistosta etsittiin kuvauksia ja kertomuksia, joiden voitiin nähdä vastaavan tutkimuskysymykseen: Mitä ovat keskeiset tuntomerkit maahanmuuttajan kulttuurisensitiivisessä potilasohjauksessa seksuaaliterveysasioissa? Etsityn vastauksen lisäksi aineistosta voitiin sisällönanalyttisin keinoin hahmottaa joukko maahanmuuttaja-asiakkaiden hoidon ja ohjauksen tarpeita. Nuo tarpeet liittyvät läheisesti maahanmuuttajien kulttuurisensitiivisen seksuaaliohjauksen tuntomerkkeihin, eikä niitä sen vuoksi voinut jättää huomioimatta analyysiprosessin aikana tai tuloksissa. Tulihan tuloksissa esille myös, että asiakkaat toivovat ohjauksen olevan heidän omista tarpeistaan käsin toteutettua.

Suomalaisen terveyden- ja sairaanhoidon perustehtäviä ja tavoitteita määritellään lainsäädännön keinoin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Lait ja asetukset eivät kuitenkaan ota suoraan kantaa potilasohjauksen laadun varmistamisen keinoihin. Laadukkaan ohjaamisen määrittäminen on ammatti- ja työyhteisökohtaisten toiminta- ja eettisten ohjeiden, sekä oppaiden ohjaamaa (Kts. sairaanhoitajien eettiset ohjeet.). Nuo ohjeet ja oppaat antavat toiminnalle ja kehitystyölle suuntaa.

Tutkitusti hyvän ohjauksen yleisiä piirteitä ovat tavoitteellisuus ja potilaslähtöisyys. Tavoitteena on potilaan omien voimavarojen hyödyntäminen, jolloin potilaan rooli passiivisesta hoidon vastaanottajasta muuttuisi aktiiviseksi oman hoidon asiantuntijaksi (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 4-9). Jos oh-

jausta toteutetaan potilaan omista tarpeista käsin, on näyttöä, että potilaan asenne hoitoa kohtaan on positiivisempaa, hän on sitoutunut ja ottaa vastuuta omasta terveydestään tai sairauden hoidosta (Kääriäinen 2007, 82-87).

Erityisesti potilaslähtöisyyttä korostivat myös aineistosta esiin nousseet tulokset. Maahanmuuttaja-asiakkailta oli heistä itsestään lähtöisin olevia hoidon ja ohjauksen tarpeita ja halu olla aktiivisia tekijöitä omassa hoidossaan. Terveys ja hyvinvointi ovat tärkeitä arvoja ja elämänlaatuun vaikuttavia asioita etniseen taustaan katsomatta (Cashman 2011; Gele ym. 2012; Hunter & Kelly 2012; Vahabi & Lofters 2016). Lisäksi kävi ilmi, että maahanmuuttaja-asiakas saattaa jopa kärsiä uudessa kotimaassaan siitä passiivisesta roolista, johon olosuhteet hänet ajavat (Åkerman ym. 2016). Tämän huomioiminen vaatii hoitavalta henkilökunnalta kykyä ja rohkeutta ottaa asioita itsepintaisestikin puheeksi, vaikka asiakas ei itse ottaisi esiin uusia huolia. Koska tiedetään, että maahanmuuttajalle passiivisuus, erityisesti eristäytyminen, lisää terveysriskejä (Åkerman ym. 2016) on hoitohenkilökunnan pyrittävä avoimella ja empaattisella työotteellaan kannustamaan asiakasta aktiivisuuteen oman hoitonsa suhteen.

Jos hoitohenkilökunta ja asiakas voivat käyttää yhteistä kieltä, on ohjaus tutkitusti parempaa kuin silloin kun yhteistä kieltä ei ole (Wathen 2007, 39-41). Kielitaidon puute osoittautui myös aineistossa merkittäväksi ohjaustilanteita vaikeuttavaksi tekijäksi sekä suoranaiseksi hoidon esteeksi. Kielivaikeudet koettiin yhteistyösuhdetta vaikeuttaviksi sekä hoitohenkilökunnan että asiakkaiden näkökulmasta (Hunter & Kelly 2012; Kurth ym. 2010; Nachtigall ym, 2009; Åkerman ym. 2016). Puutteet koetussa kielitaidossa tekivät asiakkaista lähtökohtaisesti epävarmoja hoitohenkilökunnan kanssa toimiessaan, eivätkä he aina edes yrittäneet ottaa puheeksi omia tarpeitaan (Cashman ym. 2011; Åkerman ym. 2016). Todetuista kielivaikeuksista huolimatta tulkin palveluja ei aina edes tarjottu asiakkaalle (Åkerman ym. 2016). Jos tulkipalveluja ei ole, on maahanmuuttaja-asiakkaan kanssa syytä käyttää yksinkertaista kieltä ja välttää lääketieteellistä terminologiaa. Viestintätilanteissa kannattaa suosia kuvia ja muita havainnollistamisvälineitä (Cashman ym. 2011; Hunter & Kelly 2012). Koska tuloksista ilmeni, että asiakkaat pyrkivät ymmärtämään ohjausta ja siinä käytettyjä materiaaleja äidinkielestään käsin, voidaan todeta, että materiaaleja kehittäessä maahanmuuttaja-asiakkaita ei voida kohdella heterogeenisenä ryhmänä (Hunter & Kelly 2012). Tehokkuutta viestintään saadaan suunnittelemalla materiaalit eri maahanmuuttajaryhmät ja heille tyypilliset viestintätavat huomioiden. Tämäkään näkemys ei kuitenkaan ole täysin ongelmaton, koska se ei huomioi maahanmuuttajaryhmien sisäisiä alaryhmiä ja yksilöllistä vaihtelua. Siksi juuri *potilaslähtöisyys* eli asiakkaan yksilöllisyyden huomioiva ohjaus ja hoito olisi paras

vaihtoehto. Asiakkaan yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden tavoittamiseksi tarvitaan keskustelua ohjaajan ja asiakkaan kesken. Ei ole ollenkaan naiivia olettaa, että terveydestään ja hoidostaan kiinnostunut maahanmuuttaja-asiakas haluaa kertoa tarpeistaan ja kulttuuritaustaansa liittyvistä erityispiirteistä, jotka mahdollisesti rajoittavat viestintätapoja.

Toinen aineistossa kuvattu, ja läheisesti viestintää hankaloittava, tarve oli asiakkaan tietotason epämääräisyys: jos asiakkaalla on perustiedoissaan, esimerkiksi ihmisen anatomiasa ja fysiologiassa, aukkoja, hänen on vaikea ymmärtää uutta ohjaussisältöä (Hunter & Kelly 2012). Puutteelliset tiedot voivat vahvistaa kantaväestön ja maahanmuuttajien välisiä ennakkoluuloja (Shirpak ym. 2007), hidastaa hoitoon hakeutumista ja lisätä terveysongelmia (Cashman ym. 2011; Gele ym. 2012; Vahabi & Lofters 2016, Åkerman ym. 2016). Maahanmuuttajien tietotasojen kartoittaminen ja tasoittaminen on eräs hoitotyön ajankohtaisista haasteista. Suomessa tietoa on kerätty erityisesti nuorten kohdalla kouluterveyskyselyjen avulla. Niistä on saatu näyttöä, että maahanmuuttajanuorten tietotaito on heikompaa kuin kantasuomalaisten nuorten, mutta he arvioivat osaamisensa todellisuutta paremmaksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a, viitattu 13.9.2016).

Yllä esitetystä syystä johtuen hoitohenkilön on ennen ohjaamista otettava selvälle, mitä asiakas tietää kyseessä olevasta terveysasiasta. Asiakkaan vaatimattomasta koulutustaustasta ei myöskään pidä vetää liian pitkälle meneviä johtopäätelmiä tämän kyvystä omaksua uutta tietoa: tiedonjano ja halu jakaa tietoa eteenpäin voi olla kova. Luku- ja kirjoitustaidoton asiakas voi tarvita tiedontarpeensa tyydyttämiseksi syvempää ja yksityiskohtaisempaa tietoa kuin länsimainen hoitaja tulee edes ajatelleeksi (Hunter & Kelly 2012). Näin ollen pinnallinen tai yksinkertaistettu tieto ei aina kohtaa asiakkaan tarpeiden kanssa. On ehkä paikallaan huomauttaa, että yksinkertaisella ja ammattiterminologiaa välttävällä kielellä voidaan viestiä myös monimutkaisia asioita.

Mitä tulee hoitohenkilökunnan ilmaisemaan työotteeseen, lähes kaikissa aineiston artikkeleista kävi ilmi, että informantit toivoivat hoitajilta ennen kaikkea myönteisyyttä kulttuurieroja kohtaan ja tasa-arvoista kohtelua (Kts. esim. Vasabi & Lofters 2016). Kulttuurisensitiivisellä työotteella tarkoitetaan juuri tietoisuutta kulttuurierojen mahdollisista vaikutuksista hoitosuhteeseen, erilaisten arvoperustojen kunnioittamista ja mielenkiinnon osoittamista eroja kohtaan (Leino-Kilpi & Kulju 2012, 4-9). Suomessa tähän velvoittaa myös lainsäädäntö (Yhdenvertaisuuslaki 30.12.2014/1325, 8§; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3§). Siinä missä hoitohenkilökunta on asemansa vuoksi velvollinen toteuttamaan työtään kulttuurisensitiivisesti, ei

asiakkaalla luonnollisesti ole samanlaista velvollisuutta. Tämä voi olla lisähaaste ohjaus- ja hoitosuhdetta rakentaessa (Shirpak ym. 2007).

Eräs ratkaisu voisi olla maahanmuuttajataustaisten lääkärin ja hoitajien suosiminen maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa. Erityisesti jos hoitohenkilökunta ja asiakas olisivat vielä samasta kulttuuripiiristä, keskinäinen ymmärrys ja hoidon laatu paranisivat. Käytännössä siihen ei todennäköisesti ole mahdollisuuksia. Ehkä todennäköisempänä voisi pitää yhteisen kielitaidon hankkimista puolin ja toisin, niin että suora keskusteluyhteys ilman tulkkia olisi mahdollinen.

Koska hoitohenkilökunta on velvollinen ottamaan esille tabuinakin pidettyjä puheenaiheita, joita juuri seksuaalisuuden piirissä tyypillisesti on, on löydettävä keino rikkoa tabuja ja pystyä puhua maahanmuuttaja-asiakkaille seksuaaliterveysasioista. Ensimmäinen askel oikeaan suuntaan on hoitohenkilökunnan myönteinen ja avoin asenne seksuaalisuutta käsitteleviä aiheita kohtaan.

Toisaalta länsimaiset käsitykset siitä, mitä tietystä kulttuurissa pidetään sopivana tai sopimattomana puheenaiheena, voivat olla myös vääriä. Lisäksi maahanmuuttaja-asiakkaan tiedontarve voi olla suurempi kuin hänen kulttuurissaan esiintyvä tabu, jolloin asiakas voi olla hyvinkin kiinnostunut ja halukas keskustelemaan intiimiasioista hoitajan kanssa, vaikka hän ei kyseisestä asiasta olisi koskaan aikaisemmin voinut keskustella kenenkään kanssa kotimaassaan. On myös huomionarvoista, että hoitohenkilökuntaa eivät aina rajoita samat kulttuurikohtaiset sopivuussäännöt kuin maallikkoja. Tällöin asiakas voi suorastaan odottaa, että hän saa tietoa ja ohjausta seksuaaliterveysasioissa juuri hoitohenkilökunnalta (Hunter & Kelly 2012).

Perhe ja sen hyvinvointi on kaikille naisille tärkeää, myös muslimiyhteisöissä. Kertomalla, että naisten yleiset terveystarkastukset, kuten kohdunkaulasyöpäseulonnot papa-näytteineen voivat olla muiden perheenjäsenten eduksi, naisia voi motivoida käymään seulonnoissa (Vahabi & Lofters 2016). Juuri muslimiyhteisöissä on perinteisesti koettu, että syöpään sairastuminen on pahin mahdollinen ihmiskohtalo, jolloin jopa syövästä puhuminen seulonnoista keskusteltaessa voidaan kokea uhkailevana eleenä. Siksi keskusteluun on hedelmällistä etsiä rakentava ja positiivisia näkökulmia korostava sävy. Jolloin syöpää pelkäävätkin naiset voivat rohkaistua käymään testeissä. Kertomalla tarkasti mitä gynekologisen tutkimuksen tai papa-näytteen ottamisen aikana tapahtuu, voi saada maahanmuuttajanaiset voittamaan pelkonsa ja käymään lääkärissä (Cashman ym. 2011; Vahabi & Lofters 2016).

Perheen hyvinvoinnin tärkeys näkyy myös siinä, mitä tyttöjen ympärileikkauksesta ajatellaan. Tuloksista tuli selville, että moni länsimaissa asuva ympärileikattu nainen päättää, että ei halua ympärileikkauttaa omaa tytärtään. (Gele ym. 2012; Johansen 2016). Mutta aineisto osoitti myös sen, että ympärileikatun naisen sosiaalista statusta arvostetaan edelleen korkeammalle kuin naisen, jota ei ole ympärileikattu. Tämä kertoo, että syy naisten ympärileikkaamisen jatkuvaan suosioon on yhteisössä oleva arvotausta ja käsitys naisen seksuaalisuudesta (Gele ym. 2012; Johansen 2016). Näin valistustyössä terveystarkkailun ymmärtämisen lisäksi painopisteen pitää olla myös naisen seksuaalisuudessa ja siihen liittyvissä statuskysymyksissä, kuten esimerkiksi neitsyyden arvostamisessa (Johansen 2016).

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettava ja eettisesti hyväksyttävä tieteellinen tutkimus syntyy hyvän tieteellisen käytännön vaatimuksia ja sääntöjä noudattaen. Tutkimuksen tekijät ovat vastuussa tutkimuseettisten periaatteiden tuntemisesta ja periaatteiden mukaan toimimisesta. Tämän lisäksi tekijöiden on jatkuvasti arvioitava omaa työtään eettisyyden ja luotettavuuden näkökulmasta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23).

Tieteellistä tutkimusta voidaan sanoa hyväksi, jos sen tekemisen aikana tutkijoita johtaa rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Työprosessin aikana noudatettiin näitä toimintatapoja tutkimusten etsinnässä, hakuprosessin dokumentoinnissa, alkuperäistutkimusten arvioinnissa ja analyysissä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Tutkimuksessa käytettiin vain omilla etsinöillä tulleita ja omilla hakutermeillä saatuja artikkeleita. Lisäksi dokumentoitiin vain niistä saatuja tuloksia. Työprosessin vaiheet sekä tulokset kirjattiin huolellisesti ja tarkasti. Tulokset esitettiin muuttamattomina ja puolueettomina (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017, viitattu 3.4.2017; Hirsijärvi, ym. 2007, 21).

Työn luotettavuus varmistettiin perehtymällä tutkimuskohteeseen ja tutkimusmetodiin ennen tutkimuksen aloittamista. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet määriteltiin tarkasti ja laadittiin täsmällinen ja konkreettinen tutkimuskysymys. Työtä arvioitiin jatkuvasti työn kaikissa eri vaiheissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140; Hirsijärvi ym. 2007, 22).

Hakuprosessi oli monivaiheinen ja etukäteen suunniteltu. Tutkimuksessa käytettiin luotettavina pidettyjä tietokantoja. Myös informaation apua käytettiin hakusanojen laatimiseen ja tietokantojen valitsemiseen. Tutkijat keskustelivat hakuprosessin aikana omista saavutuksistaan, ja seuraavista työvaiheista. Työtehtäviin tehtiin selkeä jako ja molemmat hoitivat omat osuutensa vastuullisesti.

Alkuperäistutkimusten sopivuus ja laatu olivat tärkeitä. Tämän vuoksi sisään- ja poissulkemiskriteerit määriteltiin tarkasti. Työn luotettavuutta lisää, että tutkijoita oli kaksi, ja kaikkien mukaan otettujen artikkelien sopivuutta ja laatua arvioitiin lukemalla ne sekä yhdessä että itsenäisesti. Tuloksia arvioitiin myös yhdessä. Tulosten esittämisessä pyrittiin olemaan mahdollisimman tarkkoja ja välttämään harhaanjohtavien havaintojen kirjoittamista.

Työssämme kunnioitettiin muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia. Pohdintaan kirjoitettiin vain omia näkemyksiä ja ajatuksia. Mikäli jonkun muun henkilön sanoja tai ajatuksia käytettiin omien ajatusten tueksi, tekijä, teos ja saatavuus merkittiin huolellisesti. Tarkkoihin ja huolellisiin viittauksiin pyrittiin koko työprosessin ajan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017, viitattu 3.4.2017).

Työmme epäluotettavuustekijänä voi nähdä mahdollisesti työn ja alkuperäisartikkeleiden eri kielten. Tutkimusta kirjoitettiin suomeksi, mutta siihen analysoitiin vain englanninkielisiä alkuperäistutkimuksia. Vaikka tämä voi johtaa kieliharhaan (Johansson, Axelin, Stolt, & Ääri 2007, 53-54), haut eivät tuottaneet tuloksina suomen- tai ruotsinkielisiä artikkeleita tietokannoista. Eikä tutkijoilla ollut resursseja lukea artikkeleita muilla kielillä. Toiseksi analysoitujen tutkimusten määrä on kohutuullisen pieni, 10 kappaletta. Tähän vaikutti aikataulumme ja tämän opinnäytetyön resurssit.

7.3 Kehittämissideoita

Maahanmuuttajien seksuaaliterveysohjaukseen liittyviä tutkimuksia tarvitaan lisää sekä maahanmuuttajien hoidon parantamiseksi että hoitohenkilökunnan työn helpottamiseksi.

Olisi syytä tutkia, mitkä ovat sopivat ja konkreettiset keinot lähestyä seksuaalisuutta koskevia teemoja sellaisten maahanmuuttajaryhmien kanssa, joiden yhteisöissä seksuaalisuudesta puhuminen on tabu. Samoin olisi hyödyllistä tutkia ja kehittää vähän koulutetuille ja kielitaidottomille asiakkaille sopivaa seksuaaliterveysohjauksen keinoja ja käytännön ohjausmateriaalia.

Lisätutkimus on tarpeen myös ympärileikkaukseen ja sen hyväksyntään liittyen. Erityisesti isälinjan jatkumisen, heimohengen ja naiseuden, naisellisuuden merkityksen vaikutusta pitäisi tutkia lisää. Ympärileikkauksen terveyshaittojen lisäksi näistä asioista olisi myös syytä puhua ja keskustella osallistujien kanssa valistuskampanjoissa.

LÄHTEET

Aveyard, H., Payne, S. & Preston, N. 2016. Post-graduate's Guide to Doing a Literature Review in Health and Social Care. Berkshire: Open University Press

Bloomer, M. & Al-Mutair, A. 2013. Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: Considerations for care. *Australian Critical Care* 26 (2013) 193-196. Hakupäivä 1.4.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23693083>

Campinha-Bacote, J. 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *J Transcult Nurs* 2002; 13; 181. Hakupäivä 11.4.2017 <http://coe.stanford.edu/courses/ethmedreadings10/Process%20of%20Cultural%20Competence.pdf>

Cashman, R. Eng, E. Simán, F. Rhodes, S.D. 2011. Exploring the Sexual Health Priorities and Needs of Immigrant Latinas in the Southeastern United States: A Community-Based, Participatory Research Approach. *AIDS Educ Prev.* 2011 Jun; 23(3): 236–248. Hakupäivä 31.3.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282155/>

Eurostat 2017. Asylum statistics. Hakupäivä 28.3.2017 http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics

Eurostat. 2016. Migration and migrant population statistics. Hakupäivä 28.3.2017 http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics

Gele, A. A., Johansen E. B., Sundby, J. 2012. When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health* 2012 12:697. Hakupäivä 31.3.2017 <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-697>

Haavikko, A. & Bremer, L. 2009. Ulkoisesti erilaisia sisäisesti samanlaisia – Opas mielenterveys-työhön yli kulttuurirajojen. Helsinki: SP-Paino.

Hirsijärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otava

Heikkilä, L. 2011. Kulttuurisensitiivisyys palvelutuotannon haasteena. PaKaste-seminaari. Rovaniemi. Hakupäivä 16.4.2017 http://www.sosiaalikallega.fi/uutiset/Heikkila_Lydia4.10.2011.pdf

Hunter, J. & Kelly, P. J. 2012. Imagined anatomy and other lessons from learner verification interviews with mexican immigrant woman. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012 Nov; 41(6): E1–E12. Hakupäivä 31.3.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508377/>

Huotilainen, M. 2011. Oppiminen muokkaa aivoja. Yle.fi. Hakupäivä 16.9.2016 <http://areena.yle.fi/1-1301855>

Johansen, E. B. R. 2016. Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Culture, Health & Sexuality*, 19:4, 528-542. Hakupäivä 31.3.2017 <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2016.1239838>

Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun Yliopisto

Juntunen, A. 2011. Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön teorian kritiikkiä. Teoksessa K. Koivisto, E. Latvala, L. Vanhanen-Nuutinen & P. Vuokila-Oikkonen (toim.) Tutkimuskohteina hoitaminen ja hoitamaan oppiminen. Professori Sirpa Janhosen juhlakirja. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 1. 22-27. Hakupäivä 16.4.2017 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/55163/Leiningerin.pdf?seque>

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M. Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73/2016, 81-91.

Kurth, E. Jaeger, F. N. Zemp, E. Tschudin, S. Bischoff, A. 2010. Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health* 2010 10:659. Hakupäivä 31.3.2017 <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-659>

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. Renfors, T. 2007. Ohjain hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hakupäivä 7.4.2017 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Lahtinen, M. 2006 Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2006:4, 6-9.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M. Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73/2016, 35-55.

Leino-Kilpi, H. & Kulju, K. 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Hupli, M. Rantinen, S. & Virtanen, H. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. 3-13.

Lipponen, K. Ukkola, L. Kanste, O. Kyngäs, H. 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä toteutetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Hakupäivä 24.1.2017 https://www.pppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf

Maahanmuuttovirasto. 2015. Vuosittainen maahanmuutto- ja turvapaikkapolitiikkaa koskeva raportti SUOMI 2015. Hakupäivä 28.3.2017.
http://www.emn.fi/files/1378/APR_2015_FI_EN_PAINO.pdf

Nachtigall, R. D. Castrillo, M. Shah, N. Turner, D. Harrington, J. Jackson, R. 2009. The challenge of providing infertility services to a low-income immigrant latino population. *Fertil Steril.* 2009 Jul; 92(1): 116–123. Hakupäivä 31.3.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722953/>

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M. Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73/2016, 23-34.

Purnell, L. 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing.* Vol. 13 No. 3, July 2002 193-196. Hakupäivä 11.4.2017
<http://esdhweb.ucl.dk/217435.The%20Purnell%20Model%20for%20Cultural%20Competence.pdf>

Quappe, S. & Cantatore, G. 2007. What is Cultural Awareness, anyway? How do I build it? *The Culturocity.* Hakupäivä 16.4.2017
<http://www.culturocity.com/articles/whatis-cultural-awareness.htm>

Ruddock, C. H. & Turner de S. 2007. Developing cultural sensitivity: nursing students' experiences of a study abroad programme. *J Adv Nurs.* 2007 Aug; 59 (4):361-9. Hakupäivä 31.3.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17608686>

Schubert, C. 2007. Monikulttuurisuus Mielenterveystyössä. Helsinki: Edita

Shirpak, K. R. Maticka-Tyndale, E. Chinichian, M. 2007. Iranian Immigrants' perceptions of sexuality in Canada: A symbolic interactionist approach. *The Canadian Journal of Human Sexuality; Toronto* 16.3/4 (2007): 113-128. Hakupäivä 31.1.2017
<http://search.proquest.com/openview/887c218640ce190255ad5fa94bbfb8c0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=33400>

Sitzman, K. & Wright Eichenberger, L. 2017. Madeleine Leininger's Culture Care: Diversity and Universality Theory. Teoksessa Sitzman, K. & Wright Eichenberger, L. (toim.) *Understanding the work of Nurse Theorists.* Burlington: Jones & Bartlett learning. 93-98. Hakupäivä 11.4.2017
https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=sSvaCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Understanding+the+Work+of+Nurse+Theorists&ots=dQp5o9wdFu&sig=1EiS4L5Lnyg5rGEmF5sRaOxLATO&redir_esc=y#v=onepage&q=Understanding%20the%20Work%20of%20Nurse%20Theorists&f=false

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Seksuaalioikeudet. Hakupäivä 12.10.2016
<https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalioikeudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Valmiita malleja. Hakupäivä 11.4.2017
<https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus-puheeksi/valmiita-malleja>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014 - 2020. 3. tarkennettu painos. Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) Hakupäivä 13.9.2016, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Seksuaalisuus. Hakupäivä 12.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys. Hakupäivä 28.3.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-jamonikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-seksuaali-ja-lisaantymisterveys>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2017. Hyvä tieteellinen käytäntö. Hakupäivä 3.4.2017 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Vahabi, M. & Lofters, A. 2016. Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. BMC Public Health. 2016; 16(1): 868. Hakupäivä 31.3.2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4997745/>

Väestöliitto. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Tarpeita, tietoa ja yhdenvertaisuutta. Helsinki. Hakupäivä 11.4.2017 <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/2f104de8a4744e19bbea091754566ad7/1491895835/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>

Väestöliitto. 2016a. Kokonaisvaltainen seksuaalikasvatus. Hakupäivä 12.10.2016. http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/pienten_lasten_vanhemmat/lapsijaseksuaalisuus/kokonaisvaltainen-seksuaalikasva/

Väestöliitto. 2016b. Seksuaalisuus. Hakupäivä 12.10.2016 <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/>

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima

Wathen, M. 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hakupäivä 7.4.2017 <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/77868/gradu01737.pdf?sequence=1>

WHO. 2016. Defining sexual health. Hakupäivä 12.10.2016 http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Yhdenvertaisuuslaki 30.12.2014/1325

Yle. 2011. Kulttuurierot tuovat haasteita maahanmuuttajien hoitoon Hakupäivä 29.3.2017 <http://yle.fi/uutiset/3-5460487>

Åkerman, E. Essén, B. Westerling, R. Larsson, E. 2017. Healthcare-seeking behaviour in relation to sexual and reproductive health among Thai-born women in Sweden: a qualitative study. *Culture, Health & Sexuality*, 19:2, 194-207. Hakupäivä 31.3.2017
<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13691058.2016.1214746>

LIITE 1

Tutkimuksen tekijät, tutkimusvuosi ja -paikka	Tutkimuksen otsikko	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Ruddock & Turner 2007 Viborg, Denmark	Developing cultural sensitivity: nursing students' experiences of a study abroad programme	saada selville kehittääkö vaihto-opiskelu sairaanhoidajaopintojen osana kulttuurisensitiivistä kompetenssia	kvalitatiivinen syvähaastattelu osallistujat: 7 opiskelijaa jotka olivat vaihdossa harjoittelussa Jamaikalla, Maltalla, Grönlannissa ja Australiassa	Harjoittelu ulkomailla edesauttaa kulttuurisensitiivistä näkemystä.
Shirpak, Maticka-Tyndal & Chinichian, 2007 Windsor, Guleph ,Canada	Iranian Immigrants' perceptions of sexuality in Canada: A symbolic interactionist approach.	tutkia kuinka iranilaiset maahanmuuttajat ymmärtävät ja tulkitsevat kanadalaisen seksuaalisuuden ja millaisia merkityksiä he antavat näkemälleen ja kokemalleen	kvalitatiivinen syvähaastattelu osallistujat: 10 naista, 10 miestä naimisissa olevia heteroja, 22 - 53 -vuotiaita olleet Kanadassa keskimäärin 7 vuotta	Kanadalaisissa ihmis- ja perhesuhteissa ilmenevä yksilönvapaus koettiin uhkana iranilaisille avio- ja perhesuhteille: Avioliitto menettäisi merkityksensä ja vapaa seurustelu rikkoisi puolisoiden välisen luottamuksen. Nuorille naisille/työille myönnettyjen vapauksien koettiin merkittävän varhaisia seksisuhteita.
Nachtigall, Castrillo, Shah, Turner, Harrington & Jackson 2009 San Francisco, Los Angeles, USA	The challenge of providing infertility services to a low-income immigrant latino population	selvittää vähävaraisten latinotaustaisten pariskuntien kokemuksia hedelmälisyshoidoista	kvalitatiivinen syvähaastattelu osallistujat: vähävaraisia latinopariskuntia: 105 naista, 40 miestä	Haasteita ovat viestintä, hoidon jatkuvuus, byrokratia, hoidon saatavuus.
Kurth, Jaeger, Zemp, Tschudin & Bischoff 2010 Basel, Switzerland	Reproductive health care for asylumseeking women - a challenge for health professionals	tutkia, millaista hoitoa pakolaisnaiset saavat Baselin yliopistollisen sairaalan naistenklinikassa, pakolaisten hoidon tarpeita, hoitohenkilökunnan havainnot ja pakolaisten hoitamista	kombinoitu kvantitatiivinen-kvalitatiivinen tutkimus tutkittuna 80:n pakolaisen naisen potilastiedot (diagnoosit ja tutkimukset) myös sosiodemograafiset- ja vakuutus tiedot 10 henkilöä haastateltu hoitohenkilökunnasta	Pakolaisten pääongelmia ovat tutkimuksen mukaan: aborttien korkea määrä huonon ehkäisyn takia ja psykososiaalisia ongelmia pakotetun maahanmuuton ja traumojen takia. Yhteisen kielen puute tuottaa suurinta ongelmaa hoitohenkilökunnalle. Työ on myös henkisesti haastava.
Cashman, Eng, Simán & Rhodes 2011 North-Carolina Winston-Salem, USA	Exploring the Sexual Health Priorities and Needs of Immigrant Latinas in the Southeastern United States: A Community-Based. Participatory Research Approach	tutkia ja saada selville North-Carolinassa asuvien latinojen seksuaaliterveyteen liittyvät prioriteetit	kvalitatiivinen syvähaastattelu osallistujat: 43 yli 18 vuotiasta latino- tai hispanialaista naista	Latinoille seksuaaliterveys on tärkeää, ovat halukkaita puhua asiasta, mutta tarvitsevat ohjausta ja paljon lisätietoa.
Gele, Johansen & Sundby 2012 Oslo, Norway	When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo	tutkia Norjan somaliväestön asennetta naisten ympärileikkaukseen ja sen lopettamiseen liittyen	kvantitatiivinen haastattelu 214 henkilöä haastateltu, metodina: respondent-	Yli 10 vuotta Norjassa asuvasta somaliväestöstä 70 % vastustaa ympärileikkausta. Uskonto on merkittävä ympärileikkauksen-

			driven sampling	teen ylläpitäjä. 81% vastaa- jista ei halua ympärileikata omaa tytärtään.
Hunter & Kelly 2012 Kansas City, Missouri, USA	Imagined anatomy and other lessons from learner verification interviews with mexican immigrant woman	tunnistaa millainen ohjaus- materiaali välittää haluttua viestiä koskien kohdun- kaula syöpää, papa-kokeen tarkoitusta ja tulosten mer- kitystä. Millaisia elementte- jä ohjausmateriaalissa lähes luku- ja kirjoitustaidot- tomat tutkittavat suosivat ja ymmärtävät parhaiten?	kvalitatiivinen haastattelu osallistujat: 45 naista, jotka olleet USA:ssa korkeintaan viisi vuotta ja äidinkielenä espanja. Korkeintaan yhdeksän vuoden perus- koulutus Osallistujilla huono (äi- dinkielinen) luku- ja kirjoi- tustaito	Tutkittavat suosivat tietyn- laisia kuvia ja kääntämistä ymmärtääkseen ohjausma- teriaalin sisältöä. Tutkittavat janosivat uutta tietoa ja jakoivat sitä innokkaasti keskenään.
Johansen 2016 Oslo, Norway	Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Su- danese migrants in Norway	Kokemuksia ja käsityksiä naimisiinmenoa edeltävästä III asteen ympärileikkauk- sen (infibulaati- on)purkamisesta ja sen kulttuurista merkityksestä sekä neitsyydestä	kvalitatiivinen syvähaastattelu osallistujat: 22 naista, 13 miestä 18-65 vuotiaita, osa ollut Norjassa yli vuoden, osa vasta maa- han tulleita	Infibulaatiota ei kyseen- alaistettu kotimaan kultuu- ripiirissä. Sen yhteyttä naisen korkeaan moraalisiin, aviolliseen luotettavuuteen pidettiin kuitenkin kiistämät- tömänä selviönä. Esiaviollinen defibulaatio pilasi naisen statuksen. Purkamista vastustettiin terveysongelmista huoli- matta.
Vahabi & Lofters 2016 Ontario, Canada	Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self- sampling in Ontario, Cana- da	saada selville, miten mus- limit maahanmuuttajanaiset suhtautuvat kohdunkaulan syövän seulontaan ja HPV- testeihin (self-slamping)	kombinoitu kvantitatiivinen- kvalitatiivinen haastattelu osallistujat: 30 ulkomaalla syntynyttä musliminaista, hyvällä englannin kielen taidolla	Musliminaisten kotimaan tavat ja uskomukset vaikut- tavat naisten elämään ja terveyskäyttäytymiseen myös uudessa maassa. Naisten tieto kohdunkaulan syövästä ja seulonnoista on rajallinen ja tarvitsevat kulttuurisensitiivistä seksua- aliterveysohjausta.
Åkerman, Essén, Wester- ling & Larsson 2017 Uppsala, Stockholm, Sweden	Healthcare-seeking beha- viour in relation to sexual and reproductive health among Thai-born women in Sweden: a qualitative study	selvittää Ruotsiin muutta- neiden thain naisten terveys- käyttäytymistä (tarpeita) seksuaali- ja lisääntymis- terveysasioissa ja heidän näkömystään HIV- testauksesta	kvalitatiivinen syvähaastattelu osallistujat: 17 naista yksittäin, 2 naisparia, 24-50 vuotiai- ta, asuneet Ruotsissa alle 5v. Ruotsalainen puoliso.	Naiset eivät tunteneet ruotsalaista palvelujärjes- telmää eivätkä osanneet hakeutua hoitoon, vaikka tarpeita olisi ollut (ehkäisy, lapsettomuus). Heikko kielitaito hidasti hoitoon hakeutumista. Puolison avulla suuri merkitys.