

Laurea- ammattikorkeakoulu
Laurea Tikkurila

Erityispiirteet afrikkalaisen naisen kohtaamiseen suomalaisessa hoitotyössä - kirjallisuuskatsaus

Niina Lahti
Niina Matela
Piia Matilainen
Hoitotyö
Opinnäytetyö
Tammikuu 2011

Niina Lahti, Niina Matela ja Piia Matilainen

**Erityispiirteet afrikkalaisen naisen kohtaamiseen suomalaisessa hoitotyössä
-kirjallisuuskatsaus**

Vuosi 2011 Sivumäärä 36

Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin naistentautien- ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämishanketta 2007-2012. Opinnäytetyö toimii yhtenä osana ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyötä. Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää monikulttuurista hoitotyötä sekä valmistaa Afrikkaan kansainväliseen vaihtoon lähteviä sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita. Monikulttuurisen hoitotyön tietämys auttaa potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutussuhteessa.

Tavoitteena oli tehdä kirjallisuuskatsaus afrikkalaisen naisen kohtaamisesta ja sen erityispiirteistä, jota voidaan myös hyödyntää käytännön hoitotyössä Naistenklinikalla ja Kätilöopiston sairaalassa. Kirjallisuuskatsaus tehtiin syksyn 2010 aikana Turun hoitotieteen laitoksen systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen -mallin mukaisesti soveltaen Metsämuurosen mallia. Haku tehtiin artikkeliviitetietokanta Medicistä, Helkasta, Lindasta sekä terveystietokanta. Hakusanat määritettiin yksityiskohtaisten tavoitteiden mukaisesti asiasanaluokituksen avulla. Tutkijan taulukkoa käytettiin aineiston analysointiin, jonka muuttujat valittiin opinnäytetyön tutkimuskysymysten sekä opinnäytetyön yksityiskohtaisten tavoitteiden perusteella.

Opinnäytetyön aikataulu sovittiin aloituskokouksessa, ja prosessi eteni sovitun aikataulun mukaisesti syksyyn 2010. Vaikka opinnäytetyö tehtiin kehittämään naistenklinikkan toimintaa, varsinaiseen projektiryhmään ei kuulunut naistenklinikkan henkilökuntaa. Opinnäytetyössä on kirjallisuuskatsauksen avulla koottu afrikkalaisen naisen hoitotyötä, sen arviointia ja kehittämistä koskevaa tietoa laajaan kotimaiseen ja kansainväliseen tutkimusnäyttöön perustuen.

Eri kulttuurista tulevien potilaiden kohtaamisessa tarvitaan ennakkoluulottomuutta, eri kulttuurien ymmärrystä sekä vuorovaikutusvalmiuksia - ja taitoja. Ongelmakohtia saattaa syntyä esimerkiksi kielen ymmärtämisessä sekä kulttuurieroissa. Jokaisen hoitajan on hyvä tiedostaa omien käsitystensä ja käytöksensä kulttuurisia sidonnaisuuksia. Kanssakäymistä helpottaa kyky kyseenalaistamiseen omia itsestään selvänä pitäviä asioita kohtaan. Se, mikä on toiselle arkipäivää, voi toiselle osapuolelle olla käsittämätön asia. Maailma kansainvälistyy ja näin ollen kansainvälinen hoitotyö on tulevaisuutta, jota tulisi muokata ennakkoluulottomuudella ja vilpittömyydellä.

Asiasanat: afrikkalaisuus, transkulttuurinen hoitotyö ja uskonto.

Niina Lahti, Niina Matela ja Piia Matilainen

Characteristics in encountering African woman in Finnish healthcare - a literature review

Year	2011	Pages	36
------	------	-------	----

The bachelor's thesis is a part of the quality improvement project 2007-2010 of Laurea University of Applied Sciences and the Helsinki University Hospitals obstetrics and gynecology departments. The thesis is a part of Laurea University of Applied Sciences' research and development work. The purpose of the thesis is to develop multicultural nursing and prepare nursing and public health nurse students for international exchange in Africa. The knowledge of multicultural nursing helps the interaction between patient and nurse.

The purpose of the thesis was to make a literature review about characteristics in encountering an African woman in Finnish healthcare for Kätilöopisto Maternity Hospital and for the Department of obstetrics and gynecology of Helsinki University Hospital. The literature review was made during the fall of 2010 according to the department of health science Turku University's publication Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen and Metsämuuronen's theory. We used Medic, Helka, Linda and Terveysportti resources for research. The headwords were defined according to the detailed purposes of the thesis. Researcher's Chart was used for analyzing research material. The variables in the Researcher's Chart were chosen based on the objectives and research questions of the thesis.

The schedule of the thesis was set in the start meeting and according to that the process continued until the fall of 2010. Despite the fact that the purpose of the thesis is to improve African women's healthcare at Kätilöopisto Maternity Hospital and at the Department of obstetrics and gynecology of Helsinki University Hospital, their personnel did not take part of this thesis. With literature review the thesis collects together wide national and international research about African woman's nursing culture, criticism and its improvement.

Encountering patients from different cultures, you need to be unprejudiced and have interaction skills. You may have problems with language understanding and cultural differences. It is good for all health care professional to be aware of their own cultural behavior limits. The ability to question the self-evident facts helps you to encounter people from different cultures. The things you find ordinary may be totally inscrutable. The internationalization of the world and international nursing is the future that should be faced with an unprejudiced and sincere approach.

Key words: African, transcultural nursing, religion

Sisällys

1	Projektin tausta.....	5
1.1	Potilaan asema ja oikeudet transkulttuurisen hoitotyön näkökulmasta.....	7
1.2	Hoitokulttuuri.....	8
1.2.1	Hoitokulttuuri Suomessa	9
1.2.2	Hoitokulttuuri Tansaniassa	9
2	Tarkoitus ja tavoitteet	12
3	Projektin toteuttaminen	12
3.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	14
3.2	Projektin aikataulu	18
4	Afrikkalaisen naisen hoitotyön kehittäminen.....	19
4.1	Erytyspiirteet afrikkalaisen naisen kohtaamisessa suomalaisessa hoitotyössä ..	19
4.2	Afrikkalaisten naisten odotukset suomalaisesta hoitotyöstä	23
5	Projektin arviointi	25
5.1	Prosessin arviointi.....	25
5.2	Produktin arviointi	26
5.3	Oman osaamisen arviointi ja ammatillinen kasvu	27
	Lähteet	29
	Kuvat	32
	Kuviot	32
	Taulukot	32
	Liitteet.....	33
	Liite 1. Tutkijan taulukko	33

1 Projektin tausta

Opinnäytetyö on osa Laurea ja HUS:n HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan kliinistä hanketta. Laurea-ammattikorkeakoulun kehittämässä LbD-opetussuunnitelmassa tarkoitus on sovittaa yhteen oppimisprosessi ja työelämälähtöinen kehittämistoiminta. Oppiminen tapahtuu tutkimus- ja kehittämishankkeissa työelämän kanssa yhteistyössä. Opinnäytetyö toimii yhtenä osana ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyötä. Opinnäytetyön on tarkoitus lähteä työelämän kehittämistarpeista, sekä sen tulee kehittää työelämän käytänteitä ja luoda uutta osaamistietoa. (Laurea-ammattikorkeakoulu.)

Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön laadunkehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää näyttöön perustuen hoitotyön laatua, ammatillisia kvalifikaatioita ja kehittämishankkeissa oppimista. Hanke on jaettu kahteen alahankkeeseen, anestesia- ja leikkaushoitotyön kehittäminen sekä gynekologisen potilaan hoitotyön kehittäminen. Nämä alahankkeet käsittävät useita eri projekteja. (Liljeblad 2007.)

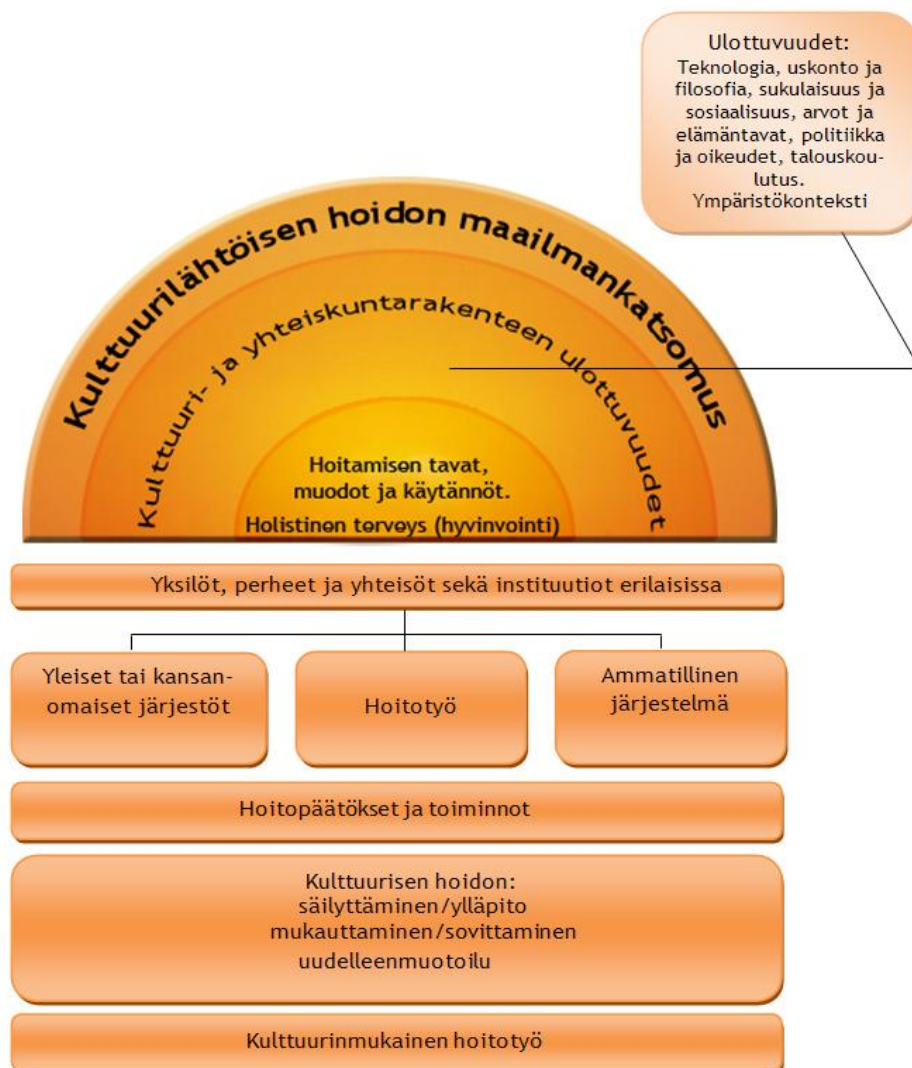
Opinnäytetyö kuuluu Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyö hankkeeseen. (Liljeblad 2007). Opinnäytetyön aihe on erityispiirteet afrikkalaisen naisen kohtaamiseen suomalaisessa hoitotyössä ja sen tarkoitus on kehittää monikulttuurista hoitotyötä suomalaisessa sairaalassa. Laadukas työ edellyttää perehtymistä muiden maiden kulttuureihin ja naisen asemaan eriyhteisöissä. Tätä kouluttautumista voidaan pitää yllä koulutuksilla, ajanmukaisella kirjallisuudella sekä uusiin asioihin perehtymisellä. (Eskola & Hytönen 2005:29-30.)

Olimme kansainvälisessä vaihdossa Tansaniassa viime syksynä. Suoritimme siellä naisten- ja lasten hoitotyön harjoittelujakson. Sieltä saimme idean tehdä opinnäytetyömme afrikkalaisen naisen hoitotyön kehittämisestä Suomessa. Saimme myös itse kokea, miltä tuntuu olla vierassa kulttuurissa ulkomaalaisena. Koimme ongelmia yhteisen kielen puuttumisessa sekä ihonvärin tuomasta erilaisesta suhtautumisesta.

Maailma muuttuu ja kansainvälistyy, niin myös Suomen hoitokulttuuri ja afrikkalaisten naisten lisääntynyt potilasmäärä näkyy hoitotyössä. Erilaisten kulttuurien tuntemus on tärkeää näiden ihmisten hyvän hoitotyön saavuttamiseksi, koska jokaisella meistä on erilainen näkemys terveydestä, sairaudesta ja niiden hoitamisesta. Jos potilasta hoidetaan ilman hänen kulttuurinsa tuntemusta hän voi tuntea itsensä huonosti kohdelluksi ja huonosti ymmärretyksi. Kulttuurinmukainen hoito saa potilaat tuntemaan saavansa hyvää hoitoa, mikä toimii tehokkaana tervehdyttävänä voimana. (Marriner-Tomey 1994:416.) Sairaanhoidajat ovat vastuussa ihmiskunnan terveydellisten ja sosiaalisten elinolojen kehittämisestä maailmanlaajuisesti sekä edistävät samanarvoisuutta, suvaitsevaisuutta ja yhteisvastuullisuutta. (Sairaanhoitajaliitto 2010.)

Kulttuuritausta hoitotyössä tuo haasteita, koska hoitoon hakeutuvilla on eroja odotuksissa hoitotyön suhteen. Inhimillinen hoitaminen on yleismaailmallinen ilmiö, mutta hoitamisen ilmentymät, prosessit, rakenteet ja mallit vaihtelevat kulttuurien mukaan. Hoitamisella on biofysinen, kulttuurinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristöllinen ulottuvuus. Näistä osa-alueista kulttuurin tunteminen tarjoaa laajimmat keinot hoidon tuntemiselle ja ymmärtämiselle. (Marriner-Tomey 1994:417.)

Madeleine Leiningerin laatima niin sanottu auringonnousumalli (The Sunrise Model) kuvaa transkulttuurallisen hoitotyön teorian osa-alueet. Ympyrän yläpuoli kuvaa tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitotyöhön kielen ja ympäristön välityksellä. Nämä tekijät taas vaikuttavat alempana oleviin tekijöihin, kuten kansanomaisiin ja ammatillisiin tekijöihin ja hoitotyön järjestelmiin. Kokonainen aurinko edustaa sitä, mitä hoitotyön ammattihenkilön täytyy ottaa huomioon ymmärtääkseen inhimillistä hoitoa ja terveyttä. Leiningerin teorian peruseriaatteita on, että auringonnousumalli kuvaa ihmistä kulttuuritaustastaan sekä yhteiskuntarakenteestaan erottamattomana. (Marriner-Tomey 1994:420-421.)



Kuvio 1: Kulttuurisen hoidon monimuotoisuutta ja universaalisuutta kuvaava mukaeltu Leiningerin auringonsumalli. (Marriner-Tomey 1994.)

Leininger on määritellyt transkulttuurisen hoitotyön tärkeäksi hoitotyön osa-alueeksi, joka keskittyy eri kulttuurien ja alakulttuurien vertailevaan tutkimiseen ja analysointiin erityisesti hoitamiskäyttäytymisen, hoitotyön sekä terveyttä ja sairautta koskevien arvojen, uskomusten ja käyttäytymismallien osalta ja jonka päämäärä on muodostaa tieteellinen ja humanistinen tietoperusta eri kulttuureille ominaisten ja yhteisten hoitotyön käytäntöjen tuottamiseksi. (Marriner-Tomey 1994:413.)

1.1 Potilaan asema ja oikeudet transkulttuurisen hoitotyön näkökulmasta

Kulttuurista hoitotyötä Suomessa ohjaa lainsäädäntö, jonka eduskunta on hyväksynyt vuonna 1992. Lakipykälän 1992/785 mukaan Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus päästä ilman syrjintää terveydentilaansa koskevaan terveys- ja sairaalahoitoon niiden voimavarojen puitteissa, jotka ovat kulloinkin käytettävissä terveydenhuollossa. Potilaan oikeuksiin kuulu-

vat laadullisesti hyvä ja ihmisarvoa loukkaamaton hoito ja hänen yksilöllisyyttä ja vakaumukseen tulee kunnioittaa (L1992/785). Lisäksi potilaan kulttuuri ja äidinkieli on otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon hoitotilanteissa ja kohtelussa (Valvira 2010).

Potilaan hoidosta on päätettävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Hänellä on oikeus kieltäytyä hoidosta, tutkimuksista ja hoitotilanteista, jolloin häntä on hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla johon hän suostuu. Tällöin potilaan itsemääräämisoikeus korostuu. Potilaslakiin on lisätty potilaan itsemääräämisoikeus, jolloin potilasta koskevissa hoitopäätöksissä on hankittava potilaan nimenomainen, tietoon perustuva suostumus. (Saarni 2005, 38.)

1.2 Hoitokulttuuri

Kansainvälistyvässä maailmassa erilaisten kulttuurien tuntemus kasvaa merkittävästi. Käsitteenä kulttuuri pitää sisällään tiedot, taidot, arvot, uskomukset ja moraalit, jotka jokainen ihminen sisäistää eritavalla. Kulttuurinen hoitotyö on työskentelyä maahanmuuttajataustaisten ihmisten kanssa. Asiakaspalvelutyössä sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla tulee nykypäivänä vastaan useasti ulkomaalaissyntyisiä ihmisiä. (Räty 2002:42-48). Leiningerin mukaan hoitotyön teoriassa tulisi pyrkiä luovasti selvittämään perheiden, yksilöiden ja ryhmien kulttuuriin elämäntapoihin perustuvaa hoitamiskäyttäytymistä, uskomuksia ja arvoja, jotta voitaisiin toteuttaa tehokasta, tyydyttävää ja kulttuurinmukaista hoitotyötä (Marriner-Torney 1994: 414.)

Hoitotyöntekijöiden asenteet eivät välttämättä ole samat kohdatessa maahanmuuttajan tai suomalaisen asiakkaan. Asenteiden vuoksi maahanmuuttajien kohtelu voi olla huonompaa kantaväestöön verrattuna. Maahanmuuttajien tieto omista oikeuksistaan sekä tieto Suomen lainsäädännöstä on huonoa, joten tästä syystä heitä on helpompi kohdella huonommin kuin kantaväestöä. Suuria haasteita luovat myös kieliongelmat asenteiden ohella sekä erilaiset käyttäytymissäännöt. (Kyllönen, Saarnio & Nurmi 2005:26)

Monikulttuurisessa kohtaamisessa tarvitaan paljon ennakkoluulottomuutta, vuorovaikutuskykyä sekä ymmärrystä. Suurimmat vaikeudet saattavat syntyä kielimuurista sekä kulttuurieroista. Hoitajan olisi hyvä tiedostaa omia käsityksiä sekä käytöstänsä kulttuurisissa sidonnaisuuksissa. Omien ennakkoluulojen poistaminen helpottaa kanssakäymistä ulkomaalaissyntyisen henkilön kanssa. Ristiriitoja saattaa myös syntyä siitä, ettemme tunne potilaan kulttuuria sekä taustoja. Tämä saattaa pahimmillaan johtaa hoidosta kieltäytymiseen tai sen keskeyttämiseen. (Heinänen-Child 2008.) Parhaimmillaan potilaan kulttuuritaustan tunteminen auttaa kokonaistilanteen hahmottamisessa sekä antaa rohkeutta ja ideoita uudentyyppisten kysymysten esittämiseen potilaalle ja itselleen (Mölsä & Tiilikainen 2007:456).

1.2.1 Hoitokulttuuri Suomessa

Suomessa potilaita tulee hoitaa vastuullisesti, oikeudenmukaisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Suomen hoitokulttuuri perustuu vastuuseen ihmisen hyvän edistämisestä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008). Hoitokulttuuri tarkoittaa potilaan kokonaisvaltaista käsitystä terveydestä, ja se sisältää myös huolehtimisen henkilökunnan, potilaiden sekä heidän omaistensa terveyden edistämisestä (STM 2006). Erilaiset lait, asetukset sekä arvot ovat muodostuneet osaksi hoitokulttuuriamme. Hoitotyössä lähtökohtana on yksilöllisyyden periaate sillä jokaista ihmistä tulee kohdella ainutlaatuisena yksilönä sekä jokaisella elämällä on tarkoitus. Kokonaisvaltainen terveyskeskeinen hoito sekä itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen on osa suomalaista hoitokulttuuria. Niiden lisäksi hoidossa on otettava huomioon perhekeskeisyys, hoidon jatkuvuuden suunnittelu, omatoimisuus, ammatillisuus ja taloudellisuus. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005:13-15). Moniammatillinen tiimityö on suuri osa suomen nykypäivän hoitokulttuuria. Sairaanhoitajan tulisi osata tehdä hyvää yhteistyötä potilaiden sekä myös eri ammattiryhmien kanssa. Konsultointi on yksi sairaanhoitajan osaamisalue. (Kassara ym. 2005:383.)

1.2.2 Hoitokulttuuri Tansaniassa

Vuonna 2009 Suomessa asuvien ulkomaalaisten määrä oli n. 4,5 % väestöstä (Tilastokeskus 2009). Venäläiset ja virolaiset muodostavat suurimman ryhmän. On mahdotonta arvioida tarkasti kaikkien afrikkalaisten yhteisöjen määrää suomessa, mikä johtuu siitä että osalle on myönnetty jo Suomen kansalaisuus ja osa on jo lähtenyt maasta. Suurin osa kuitenkin asuu pääkaupunkiseudulla. (Adjekughele 2001:6.)

Maanosa	Henkilöä
Eurooppa	152 316
Aasia	44 768
Afrikka	20 432
Amerikka	9849
Oseania	1116
Tuntematon	4702

Taulukko 1: Suomessa asuvat ulkomaalaistaustaiset henkilöt (Tilastokeskus 2009.)

Afrikkalaiset tulevat hyvin kirjavista kulttuureista sekä uskonnollisista taustoista. Tämä johtuu siitä, että heitä tulee eripuolilta Afrikkaa. Näin ollen afrikkalaisten kulttuurien ymmärtäminen on hyvin haastavaa. (Adjekughele 2001:6-8)

Afrikkalaiset yhteisöt ovat Suomessa hyvin monimuotoisia. Heitä asuu Suomessa eri perustein, muun muassa pakolaisina, turvapaikanhakijoina, työntekijöinä, opiskelijoina sekä ihmisiä ketkä ovat naimisissa täällä asuvan ihmisen kanssa. (Korkiasaari 2002.)

Maa	Henkilöä
Somalia	7110
Marokko	1589
Etiopia	1434
Nigeria	1227
Ghana	861

Taulukko 2: Suurimmat afrikkalaiset maahanmuuttaja ryhmät Suomessa (Tilastokeskus 2009)

Vuonna 2009 lasketun aineiston mukaan kolmanneksi suurin maahanmuuttajaryhmä tulee juuri Afrikasta. Tansaniassa syntyneitä Suomessa asuvia on 394. Vuonna 2009 on arvioitu, että Suomessa asuvien Afrikan maiden kansalaisista on naisia 38 prosenttia. (Tilastokeskus 2009). Tästä määrästä puuttuvat ne ketkä ovat jo saaneet Suomen kansalaisuuden. Tämä kuitenkin antaa osviittaa siitä, että suurin osa afrikkalaisista maahanmuuttajista on miehiä.

Tansania sijaitsee Afrikan itärannikolla päiväntasaajan eteläpuolella Intian valtameren äärellä. Pääosa maan väestöstä kostuu bantuihin lukeutuvista afrikkalaisista ja he jakaantuvat yli 120 eri pienempiin etnisiin ryhmiin. Maasait ovat ehkä tunnetuin nilootteihin jakautuva väestön pieni osa. He elävät pienissä yhteisöissä jossa pääelinkeinona on karjanhoito. Suurin ryhmä Tansaniassa on Viktorija-järven eteläpuolella asuvat sukumat, heitä on noin kaksi miljoonaa. Dar es Salaamin paikallinen väestö kuuluu zaramoihin, mutta suurin osa heistä on muualta muuttaneita. Maan väestön vähemmistöä ovat aasialaiset, arabit sekä eurooppalaiset. Tansanian viralliset kielet ovat swahili ja englanti. Englanti toimii maan hallinnon, talouden ja korkeakoulu- opiskelun kielenä. Sansibaarilla puhutaan myös arabiaa. Tansaniassa puhutaan myös paljon erilaisia heimokieliä. Suurimmat uskonnot ovat kristinusko sekä islam. Vaikka Tansaniassa ei ole valtion määräämää virallista uskontoa, ovat nämä kuitenkin suurimmat. (Suomen suurlähetystö 2009.)

Suvaitsevaisuus eri uskontokuntia kohtaan on tunnusomaista Tansanialaiselle kulttuurille. Eri kulttuurit ja tapojen hyväksyminen ovat keskeinen asia. Erityisesti islamilaisuus on osoittanut tämän kyvyn sulautua afrikkalaiseen perinteeseen. Yhteisöllisyys on hallitseva periaate uskonnoissa. Kulttuuri, uskonto, yhteisö ja tavat kuuluvat tiukasti yhteen ja jokapäiväiseen elämään. Perhekäsitys on hyvin erilainen jos vertaa länsimaalaiseen yksilölliseen kulttuurin periaatteeseen. (Suomen suurlähetystö 2009). Sairaaloissa potilashuoneet ovat täynnä potilaan omaisia ja he kuuluvat osaksi potilaan hoitopolkua. Potilaan omaiset hoitavat Tansaniassa potilaan perushoidon ja hoitajat ja lääkärit keskittyvät enemmänkin lääkitsemiseen sekä muuhun kliiniseen hoitoon. Pula hoitohenkilöstöstä vallitsee myös Tansaniassa. Sen lisäksi

suuria ongelmia on välineistön puutteesta ja hygieniasta, ei niinkään ammattitaidosta. Välineistö on vanhaa sekä puutteellista.

Sairaanhoito liittyy suuresti sekä tietoon että taitoon, jotka on hankittu koulussa. Hoito perustuu luonnollisiin äiti-lapsi suhteisiin sekä se heijastaa tuttua kulttuurillista tietoa ja taitoa. Hoito perustuu huolehtimiseen erilaisista tarpeista, terveellisestä ympäristöstä, rohkaisusta ja lohduttamisesta. Hoidon yksi ja ainut päämäärä on potilaan parantuminen ja toipuminen. (Juntunen 2001:7). Oulun Yliopistossa on tehdyn tutkimuksen (Ministry of health 1996) mukaan, Tansaniassa jokaista sairaalaa kohden on noin 7500 ihmistä. Yhtä hoitajaa kohden on noin 1000 ihmistä ja yhtä lääkäriä kohden on noin 23000 ihmistä. Tansanian väkiluvun kasvu on nopeaa ja nykyään luvut ovat jo paljon suurempia, esimerkiksi yhtä lääkäriä kohden on tällä hetkellä 35000 ihmistä. (Suomen suurlähetystö 2009.) Poikkeuksen muodostavat tietysti yksityissairaalat, jossa potilas määrä on huomattavasti pienempi.

Tansanialainen terveydenhoito on kokenut kehityksen monen vaiheen kautta. Tansanialaisen hoitokulttuurin ymmärtäminen vaatii sen historian tuntemista. Afrikkalainen terveydenhuolto on perinteisesti holistista sekä uskontosidonnaista. Uskonto on enemmänkin elämäntapa ja näkyy jokapäiväisessä elämässä merkittävästi. Yhteydessä yksilön hyvinvointiin sosiaalisessa ja henkisessä ympäristössä on myös terveys sekä sairaus. Sairauksien synty usein yhdistetään esi-isien tai henkien loukkaamiseen ja tabujen rikkomiseen. Tässä taas korostuvat perinteet. Vanhojen menetelmien mukaan esi-isien luottamus on ”voitettava” uudelleen. (Ministry of health 1996). Tällaiset uskomukset ovat vieläkin arkipäivää Tansaniassa. Myös kansanparantajat ovat vielä mukana hoitokulttuurissa tänäkin päivänä ja niihin usein jopa turvaututaan ennen sairaalaan hakua.

Suurimmat terveysriskit ovat tarttuvat bakteeritaudit, kuten pneumonia, tuberkuloosi, meningiitti ja ripuli. Loisten ja bakteeritautien vuoksi hakeudutaan yleisimmin lääkärin hoitoon. HIV:n ja AIDS:n esiintyvyys on kasvanut Tansaniassa vuosittain sekä niistä on muodostunut myös suuri uhka terveydelle. Aikuisväestöstä jopa 10% on HIV positiivisia sekä vuonna 1997 rekisteröityjä AIDS tapauksia oli 281/100 000. (Juntunen 2001:33-34.)

Terveydenhuollon erot Suomen ja Tansanian välisessä kulttuurissa voidaan tunnistaa tautien diagnostiikassa, hoidon toteuttamisessa ja hoitotoimenpiteissä, sekä kulttuuriasenteissa. Sosiaalisella asemalla on suuri merkitys. Monet sairaudet ovat myös hyvin kulttuurisidonnaisia (Juntunen 2001, 38). Tyypillinen kulttuurisidonnainen sairaus suomessa on esimerkiksi diabetes, Tansaniassa se taas on malaria.

Sairaalassa hoitohenkilökunnan tietämys hygieniasta ja aseptiikasta oli jokseenkin puutteellista. Suojahansikkaita oli kyllä tarjolla ja niitä käytettiin, mutta desinfektioainetta käsille ei ollut saatavilla. Käsien pesuunkin käytettiin palasaippuuta leikkaussalia myöden. Esimerkiksi

leikkausasut eivät olleet kertakäyttöisiä Suomen tapaan, vaan kaikki leikkausvaatteet pestiin pyykkikoneessa kasvomaskia myöden ja käytettiin uudelleen. Sairaalasta löytyi yksi desinfektio- laite, jolla saatiin leikkausvälineet ”steriileiksi”. Mutta kun välineet otettiin ulos laitteesta, ne käärittiin tavallisessa pesukoneessa pestyyn kangasliinaan ja näin ollen välineet eivät enää olleet steriilejä.

Massana Hospitalissa hoitajat jakautuivat kolmeen eri kastiin. Sairaalan yläkerrassa sijaitsi hoitajakoulu, jonka oppilaat olivat harjoittelussa sairaalassa. Sinipukuiset hoitajat olivat ensimmäisen lukuvuoden opiskelijoita, vihreään pukuun pukeutuneet olivat viimeisen vuoden opiskelijoita sekä valkoisiin asuihin pukeutuneet olivat jo valmiita sairaanhoitajia. Hoitajien toimenkuva sairaalassa oli erittäin moninainen. Hoitajien tehtäviin kuului muun muassa jokapäiväinen siivoaminen ja pölyjen pyyhintä. Aamu aina alkoikin siivoamisella. Sairaalan johtaja Professori Lema oli suuressa ja kunnioitettavassa asemassa sairaalassa. Hän osallistui sairaalassa sisällä olevien potilaiden hoitoon aina keskiviikkoisin yhteisellä potilaskierroilla. Tämän lisäksi hän piti omaa vastaanottoa muina arkipäivinä. Lääkäreiden asema sairaalassa oli hyvinkin korkea ja arvostettu.

2 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoitus on kehittää monikulttuurista hoitotyötä sekä valmistaa Afrikkaan kansainväliseen vaihtoon lähteviä sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoita, sekä kehittää afrikkalaisen naisen hoitotyön laatua HYKS:n naisten- ja lastentautien tulosyksikön alueella. Toteutimme projektin kirjallisuuskatsauksen avulla, minkä tavoite on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Mitä erityispiirteitä afrikkalaisen naisen kohtaamiseen liittyy?
2. Mitä odotuksia afrikkalaisilla naisilla on suomalaisesta hoitotyöstä?

3 Projektin toteuttaminen

Kansainvälinen harjoittelumme tapahtui afrikkalaisessa sairaalassa syksyllä 2009, jossa hankimme kokemusta jonka ohjaamana teimme tämän kirjallisuuskatsauksen. Suomeen paluun jälkeen projektiympäristömme oli HYKS naistentautien toimiala.

Ensimmäisen projektiympäristön sairaala sijaitsee Tansaniassa, Dar Es Salamissa, Mbezi Beach-kaupunginosassa. Sairaala on yksityinen, ja sen johdossa on professori Lema. Potilaat tulevat Mbezi-beachin alueelta sekä naapuri kylistä. Massana Hospital on yksi nopeammin kasvavista yksityisistä sairaaloista Tansaniassa. Sairaalassa vallitsee moniammattillinen ja ammattitaitonen työyhteisö. Henkilökuntaan kuului muun muassa eri alojen lääkäreitä, sairaanhoitajia, kätilöitä ja laboratorio henkilökuntaa.



Kuva 1: Massana hospital, Dar Es Salam, Tansania

Sairaalassa on neljä kerrosta. Ylimmässä kerroksessa on kirjasto ja sairaanhoito-oppilaitos. Kolmannessa kerroksessa on sisätautienosastot sekä lapsivuodeosasto. Toisessa kerroksessa sijaitsee leikkaussali, heräämö, synnytys sali, vastasyntyneiden huone sekä kirurginen vuodeosasto. Ensimmäisessä kerroksessa on ensiapu, lääkäreiden vastaanotot, laboratorio ja apteekki. Vaikka sairaala on yksityinen, suomalaisen sairaalan hygieni- ja varustetasoon verrattuna se oli melko alkeellinen. Sairaalan alkeellisuus ei ollut kiinni hoitohenkilökunnan ammattitaidosta vaan puuttuvasta välineistöstä. Tarvikkeita ei aina ollut riittävästi ja välineistö on vanhaa.



Kuva 2: Leikkaussali Massana Hospitalissa

Naistenklinikka ja Kätilöopiston sairaala ovat osa Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä (HUS). HUS:n ydintehtävänä on tuottaa asiakkaille erikoissairaanhoidon palveluja ja terveyshyötyjä tuloksellisessa yhteistyössä yhteistyökumppaneidensa kanssa. Tavoitteena on antaa hyvää hoitoa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. HUS:in strategian tavoitteina ovat potilaan kohtelu vastuullisesti, suvaitsevaisesti ja oikeudenmukaisesti. (HUS - strategia 2006-2015.)

Naistenklinikalla hoidetaan synnytyksiä, naistentauteja ja vastasyntyneitä. Lisäksi annetaan hedelmöityshoitoja ja sikiödiagnostiikkaa. Sairaala toimii opetussairaalana ja siellä tehdään paljon myös tieteellisiä tutkimuksia. (HUS 2009.) Kätilöopiston sairaalassa hoidetaan synnytysten lisäksi kaikkia naistentautien ja synnytysten alaan kuuluvia sairauksia. Myös se toimii opetussairaalana. (HUS).



Kuvio 2: Opinnäytetyön projektiympäristöt.

3.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Teimme opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksena. Arviointikriteerit muodostimme Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisun systemaattinen kirjallisuuskatsaus (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007:42) ja sen tekeminen sekä Jari Metsämuurosen teoksen Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä (2009) perusteella.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli koota tietoa ja tehdä synteesi saadusta tiedosta kattavasti valitusta aiheesta jo tehtyjen tutkimusten pohjalta. Systemaattinen katsaus on tutkimus, jossa tarkoituksena on tutkimuksen toistettavuus ja virheettömyys. Huolimattomasti tehty katsaus antaa epäluotettavaa tietoa, josta ei ole jatkossa hyötyä tieteenalan ja hoitotyön kehittämisen kannalta. (Johansson ym. 2007:46.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, johon kerätään olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua, syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä retrospektiivisesti ja laajasti. Valittuja tutkimuskysymyksiä voidaan perustella ja tarkentaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. (Lahtinen & Kääriäinen 2006:39.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe on tehdä tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelmassa määritellään tutkimuskysymykset, joihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Ilman kysymysten laatimista ei ole mahdollista löytää vastauksia. Toinen vaihe on hakutermin valinta ja haun suorittaminen. Hakuprosessi on kriittinen vaihe, sillä siinä mahdolliset virheet johtavat katsauksen tulosten vääristymiseen ja antavat epäluotettavan kuvan olemassa olevasta näytöstä. (Johansson ym. 2007:47.) Viimeisessä vaiheessa raportoidaan tulokset ja tehdään mahdolliset johtopäätökset sekä suositukset (Johansson ym. 2007:7.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheita pitää osata arvioida kriittisesti, näin pystytään arvioimaan kuinka luotettavaa saatu tieto on todellisuudessa. Julkaisuharha voidaan estää käyttämällä myös julkaisematonta tietoa. Julkaisemattoman kirjallisuuden käyttö on nykyään tiedon perusteella suositeltavaa. Laatua tulee kuitenkin arvioida samojen periaatteiden kautta kuin julkaistujenkin tutkimusten kohdalla. (Johansson ym. 2007:53.)

Kirjallisuuskatsauksen etukäteissuunnittelua kirjottaessa eri vaiheet kannattaa kirjata tarkasti, koska se auttaa artikkelin kirjoitusvaiheessa sekä lisää katsauksen luotettavuutta. Suositellaan, että integroitua katsausta tekisi vähintään kaksi henkilöä. Tämä vähentää henkilöiden työtaakkaa ja katsauksen subjektiivisuutta. Katsauksen aihe tulisi olla tekijöille tuttu sekä heillä pitäisi olla metodologisia kykyjä arvioida tutkimuksen laadukkuutta. (Johansson ym. 2007:98-99.)

Systemoidun kirjallisuuskatsauksen tekeminen edellyttää tarkkaa tutkijanotetta samalla lailla kuin muukin tieteellinen tutkimustyö. Katsauksen päävaiheita ovat aiheen rajaus, hyväksymis- ja poissulkukriteerien määrittäminen ja kirjallisuushaku. Käytettävien alkuperäistutkimusten hyväksymis- ja poissulkukriteerit on päätettävä jo suunnitteluvaiheessa. Tarkoituksena on valita mahdollisimman edustava joukko luotettavia tutkimuksia. Hyväksymisellä tarkoitetaan sitä, että millaisia tutkimuksia halutaan ottaa mukaan systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Tietojen hakua voidaan jatkaa loputtomiin, jolloin on kannattavaa päättää mistä, millä tavoin ja kuinka kauan. Kirjallisuutta haetaan neljältä eri taholta. Erilaiset tietokannat ovat tärkein

lähde systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimusten etsimiseen. (Metsämuuronen 2009:47.)

Löytyneistä julkaisuista katsotaan tiivistelmät, josta jo huomataan täyttääkö se hyväksymiskriteerit. Toisessa vaiheessa tarkastellaan lähdeluetteloa ja valitaan tutkimukset, jotka täyttävät kriteerit. Kolmannessa vaiheessa eli käsihaussa katsotaan julkaisusarjoja, joissa esiintyy viitteiden perusteella aihepiiriä koskevia artikkeleita. (Metsämuuronen 2009:48.)

Viimeisessä vaiheessa eli harmaan kirjallisuuden vaiheessa yritetään välttää turhaa julkaisu-harhaa. Tätä harhaa voidaan välttää etsimällä tutkimuksia tehokkaasti myös epätavallisista lähteistä esimerkiksi viranomaisten raporteista sekä alan asiantuntijoiden julkaisemattomista tutkimuksista. Mikäli edellä mainitut lähteet täyttävät hyvän tutkimuksen metodologiset vaatimukset, ne voidaan ottaa tutkimukseen mukaan. (Metsämuuronen 2009:47 - 48.)

Määriteltäessä tutkimuskysymyksiä huomioitiin neljä eri tekijää; potilasryhmä tai tutkittava ongelma, tutkittava interventio tai interventiot, interventioiden vertailut ja kliiniset tulokset eli lopputulosmuuttajat (Johansson ym. 2007:47.) Potilasryhmän valitsimme Tansaniassa suorittamamme kansainvälisen vaihdon perusteella. Pelkästään tansanialaisia Suomessa on vähän ja sen takia valitsimme ryhmäksi afrikkalaiset naiset. Suomeen on viime vuosina muuttanut paljon maahanmuuttajia, turvapaikanhakijoita ja opiskelijoita eripuolilta Afrikkaa. Näin ollen tämä luo haasteita suomalaiselle terveydenhuoltohenkilöstölle hoitokulttuurien kohtaamisessa.

Hakusanat on määritetty tutkimuskysymysten mukaisesti. Hakusanoja on muokattu katkaisemalla ja yhdistelemällä, sekä haettu englanninkielisillä vastineilla. Aluksi haimme myös hakusanalla gynekologinen hoitotyö, mutta monikulttuurinen näkökulma jäi puuttumaan, joten hylkäsimme gynekologisen perspektiivin opinnäytetyöstämme. Oheiseen taulukkoon olemme keränneet löytämämme aineiston tietokantojen ja hakusanojen perusteella.

	MEDIC	LINDA	THESEUS	HELKA	TERVEYSPORTTI
afrikkalainen hoitotyö / african nursing	6	2	2	0	0
monikulttuurinen hoitotyö / multi- cultural nursing	1	55	56	3	0
transkulttuurinen hoitotyö / transcultural nursing	2	1	7	0	0
afrikkalainen nainen / african woman	3	18	0	0	0
maahanmuuttaja / immigrant	364	53	304	80	476
uskonto / relig- ion	152	11109	483	268	361

Taulukko 3: Tiedonhaun tulokset hakusanoittain ja tietokannoittain.

Ensimmäisessä vaiheessa valitsimme aineistoon tutkimuksia ja artikkeleita hakusanojen perusteella. Tämän jälkeen luimme abstraktit ja karsimme osan tutkimuksista pois sen perusteella, kuvasivatko ne afrikkalaisen naisen hoitotyön erityispiirteitä. Poissulkukriteerinä oli yli 10 vuotta vanhat lähteet. Otimme mukaan sekä suomen että englanninkielisiä tutkimuksia

	MEDIC	LINDA	THESEUS	HELKA	TERVEYSPORTTI
afrikkalainen hoitotyö / african nursing	0	1	1	0	1
monikulttuurinen hoitotyö / multi- cultural nursing	4	4	1	3	0
transkulttuurinen hoitotyö / transcultural nursing	1	1	0	0	0
afrikkalainen nainen / african woman	0	0	0	0	2
maahanmuuttaja / immigrant	2	0	0	1	1
uskonto / religion	0	0	0	0	0

Taulukko 4: Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto hakusanoittain ja tietokannoittain.

3.2 Projektin aikataulu

Ollessamme kansainvälisessä vaihdossa Tansaniassa syksyllä 2009 suoritimme tiedonhakuja, teimme muistiinpanoja sekä tutkimme kirjallisuutta. Tämän pohjalta aloitimme projektisuunnitelman teon. Projektisuunnitelma seminaarin pidimme toukokuussa 2010 Laurea ammattikorkeakoulussa. Koska opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena, erillistä tutkimuslupaa ei tarvinnut hakea.

Kesällä 2010 suoritimme kirjallisuushakuja Laurea-ammattikorkeakoulun käytössä olevista tietokannoista. Löydetyin aineiston perusteella lähdimme työstämään opinnäytetyötä syksyn aikana. Opinnäytetyön arvioiva seminaari pidettiin 16.12.2010 Laurea-ammattikorkeakoulun Tikkurilan toimipisteessä.



Kuvio 3: Opinnäytetyö projektin aikataulu.

4 Afrikkalaisen naisen hoitotyön kehittäminen

Olemme jaotelleet kirjallisuuskatsauksen tulokset tutkimuskysymysten mukaan. Käytimme teoreettisena pohjana Leiningerin auringonnousumallia (Marriner-Tomey 1994:420-421), jonka perusteella laadimme opinnäytetyöhömmе sopivan kuvion (Kuvio 1), jossa kuvataan afrikkalaista naista hoitotyön asiakkaana. Otimme mukaan tutkimuksia, joissa on kulttuurillisia tekijöitä, kuten sukulaisuus ja sosiaaliset tekijät sekä kulttuuriset arvot ja uskomukset. Lisäksi tarkastelemme tuloksia uskonnon näkökulmasta.

Olemme koonneet tuloksia afrikkalaisen naisen kohtaamiseen liittyvistä erityispiirteistä ja siitä minkälaisia odotuksia heillä on suomalaisesta hoitotyöstä. Tutkimuksia afrikkalaisen naisen odotuksista suomalaisesta hoitotyöstä löysimme melko niukasti.

4.1 Erityispiirteet afrikkalaisen naisen kohtaamisessa suomalaisessa hoitotyössä

Samoihin uskontokuntiin (erityisesti islam) kuuluvien keskuudessa on perheiden ja yksilöiden välillä paljon eroja siinä, kuinka vakavasti uskontoon liittyviä ohjeita noudatetaan ja tulkitaan. (Mölsä & Tiilikainen 2007:454). Tärkeää onkin hoitaa potilaita yksilöllisesti ja keskustella eri vaihtoehtoista. Yleisimmät islamin säännöt tulisi kuitenkin tietää ja ottaa huomioon:

Muslimikulttuurin rajoitukset:
• Alkoholi on kielletty sisäisesti nautittuna, ulkoisesti sallittu desinfiointiin
• Sikaperäiset aineet kielletty (rokotteet, lääkkeet)
• Verituotteet kielletty suun kautta, verensiirrot sallittu
• Vastasyntyneille toisen äidin luovuttama rintamaito kielletty, jos luovuttajaa ei tiedetä
• Abortti on kielletty 120 päivää raskauden alusta lähtien. Jos äidin henki on vaarassa, abortti voi olla sallittu.
• Ehkäisy on sallittu monissa muslimimaissa jos aviopuolisot molemmat hyväksyvät sen
• Peruuttamaton sterilisaatio on kielletty
• Prenataaliset tutkimukset (ultraääni, lapsivesitutkimus, muut laboratoriotutkimukset) ovat sallittu tulevan lapsen hyvinvoinnin varmistamiseksi
• Elinsiirrot ovat sallittuja jos tavoitteena on ihmishengen pelastaminen, ihonsiirteet myös sallittu.
• Kipulääkkeet, myös vahvat opiaatit ovat sallittu, niiden vastustus johtuu yleensä tiedon puutteesta. Uskonto ei kiellä.
• Eutanasia on kielletty, ihmisellä ei ole oikeutta päättää elämästään.
• Häveliäisyssyistä musliminaiset toivovat naislääkäriä

Kuvio 4: Muslimikulttuurin asettamat rajoitukset hoitotyöhön (Maiche 2010:26-82)

Nämä säännöt koskevat myös lääkkeitä. Esimerkiksi rokotteet saattavat sisältää sikaperäistä liivatetta. Vuosittain vietettävä Ramadan vaikuttaa myös suuresti muslimien elämään. Ramadanin aikaan ei saisi juoda eikä syödä auringonnoususta auringonlaskuun. Paasto on sallittua jättää väliin terveydellisistä syistä. (Mölsä & Tiilikainen 2007:455, Maiche 2010:34). Suomalaisessa sairaalassa potilaat vaihtavat ylleen sairaalavaatteet, jolloin on hyvä ottaa huomioon, että musliminaisten pitäisi peittää itsensä lukuun ottamatta kasvoja ja käsiä. Alasti riisuuntumista tulisi välttää, myös tutkimustilanteissa. (Mölsä & Tiilikainen 2007:455).

THL on listannut myös muita maahanmuuttajiin liittyviä erityiskysymyksiä uudessa ”Maahanmuuttajien terveystutkimus” yhteistyöhankkeessaan Väestöliiton kanssa. Hankkeen tarkoitus on parantaa maahanmuuttajien seksuaaliterveyttä vuosina 2007-2011. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä tieto on usein puutteellista ja vääristynyttä. Suhtautuminen ehkäisyyn ja aborttiin vaihtelee kulttuurin ja uskonnon mukaan. Lapsettomuus on usein sosiaalisen epäonnistumisen merkki. Keisarileikkaukset ovat suhteessa yleisempiä kuin kantaväestöllä. Imetys on usein hyvin harvinaista tai lyhytkestoista. Tyttöjen ja poikien ympärileikkaukset tuovat erilaisia haasteita hoitotyölle. (Apter, Eskola, Kettu, Säävälä 2009:8).

Maahanmuuttajat käyttävät eniten synnytykseen ja raskauteen liittyvää sairaalahoitoa korkean syntyvyyden vuoksi. (Degni 2003, 2006, 2008). Lisääntymisterveydestä ja perhesuunnittelukäytännöistä on eniten tietoa Suomessa asuvien somalialaisten osalta. 2/3 osaa tutkimukseen osallistuvista naisista ei käyttänyt mitään raskauden ehkäisymenetelmiä. Syitä olivat uskonnolliset taustat sekä avioliiton tarkoitus. (Degni, Koivusilta, Ojanlatva 2006). Somali-miehistä 63 % kieltäytyi ehkäisystä uskonnollisiin syihin vedoten. (Degni, Mazengo, Vaskilampi, Essen 2008). Malin & Gisslerin tekemän tutkimuksen (2008) mukaan erityisesti alle 25-vuotiailla afrikkalaista syntyperää olleilla naisilla on kantaväestöä enemmän raskauden keskeytyksiä. Tutkimus kertoo myös, että afrikkalais- ja somalinaisilla oli eniten terveystoimintaa sekä vastasyntyneiden kuolleisuus oli merkittävän korkea. (Malin & Gissler 2009). Olisikin tärkeää selvittää mistä korkea kuolleisuus prosentti johtuu sekä kehittää neuvolan toimintaa niin, että riskitilanteet olisi mahdollisuus tunnistaa sekä kuolemat välttää.

Tutkimusten mukaan maahanmuuttajat ovat hyvin tyytyväisiä terveyspalveluihin sekä sen laatuun ja kohteluun. Ongelmia kuitenkin heidän mielestä on kielteisissä asenteissa, ennakkoluuloissa, kieliongelmissa, kulttuuritaustojen ja perinteisten hoitokeinojen tuntemattomuudessa sekä vastaanottoaikojen joustamattomuudessa. (Mölsä & Tiilikainen 2007: 451-456). Aikaisemmissa tutkimuksissa tulee ilmi, että huono palvelu sekä huonot hoitokokemukset vaikuttavat kielteisesti maahanmuuttaja asiakkaan terveydentilaan sekä vähentää palveluiden käyttöä. (Pohjanpää 2003.) Syrjintäkokemukset vähentävät myös tyytyväisyyttä.

Eurooppalaisessa hyvinvointitutkimuksessa ajankohtaisia haasteita ovat terveydenhuoltopalvelujen ja maahanmuuttajien kohtaaminen sekä terveyspalvelun käytännöt (Warnes & Williams 2006:1257-1281.) EUGATE-tutkimus on tällä hetkellä menossa kuudessatoista maassa ja tulokset osoittavat, että maahanmuuttajien terveydenhuollon ongelmakohdat ovat hyvinkin samantaisia. Keskeisemmät ongelmat ovat maahanmuuttajien puutteelliset tiedot järjestelmän toiminnasta, kieliongelmat sekä tulkkausikäytännöt. Myös maahanmuuttajan terveyshistorian puutteellinen tuntemus on suuri ongelma. (Sektoritutkimuksen neuvottelukunta 2009: 78.)

Suomeen tulevista pakolaisista noin kymmenesosa on luku- ja kirjoitustaidottomia, valtaosa naisia. Luku- ja kirjoitustaidottomuudella on niin suuri merkitys hoitosuhteen toimivuudelle, että se tulisi kirjata potilaspapereihin riskitietojen kohdalle. Hoito-ohjeet tulee antaa huolellisesti ja varmistaa potilaalta, että hän on ymmärtänyt ohjeet. (Pakaslahti & Huttunen 2010:285).

Raskauteen liittyy yleisesti ottaen monia uskomuksia, jotka länsimaissa liittyvät yleensä vauvan sukupuoleen, esimerkiksi äidin vatsan pyöreystä voidaan päätellä onko tuleva lapsi tyttö vai poika. Ei-länsimaaisissa yhteisöissä syntymään ja raskauteen liittyvät uskomukset liitetään suvun jatkumisen ja uusiutumisen merkitykseen, turvalliseen raskausaikaan, kivutomaan ja nopeaan synnytykseen ja lapsivuodeaikaan, joka mahdollistaa äidille nopean palautumisen raskauden ja synnytyksen rasituksista. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010: 232 - 233.)

”Tansanialaisessa Ilembulan kylässä raskausaikaan liitettiin seuraavia uskomuksia:

- raskaus kuuluu salata niin kauan kuin mahdollista, ettei kukaan vahingoita äitiä tai lasta
- seksiä ei saa harjoittaa lähellä synnytystä, koska silloin siemenneste kerääntyy lapsen iholle (vauvan ihoa suojaava rasva) ja vastasyntynyt äiti joutuu noloon tilanteeseen
- raskaana oleva nainen ei saa menettää malttiaan eikä suuttua varmistaakseen raskauden turvallisen jatkumisen ja lapsen terveyden
- raskaana oleva ei saa tervehtiä peltotöitä tekeviä ihmisiä, ettei sato heikkene”

(Abdelhamid ym. 2010: 233).

Yleinen uskomus on, että kaikilta pahoilta hajuilta, järkytyksiltä ja epämurkavasta tulee raskaana olevaa naista varjella, lisäksi hänen tulee syödä ruokaa, joka on vahvistavaa ja sisältää paljon eläinproteiineja. Toisaalta taas, jotkut äidit saattavat syödä niukasti, ettei vauva kasva kovin isoksi ja synnytys on helpompaa. Jos raskaudessa tai synnytyksessä tapahtuu jotain poikkeavaa tai lapsi ei synny terveenä, äiti saattaa tuntea syyllisyyttä siitä, ettei ole noudattanut kaikkia uskomuksia tai on rikkonut joitain perinteitä. Myös isien käyttäytymiset uskomusten mukaan saattavat vaikuttaa lapsen terveyteen, esimerkiksi isät eivät saa harrastaa

seksiä muiden kuin vaimon kanssa, jotta synnytys onnistuu hyvin ja lapsi syntyy terveenä. (Abdelhamid ym. 2010: 233 - 234.)

Kaikissa kulttuureissa synnytys nähdään samankaltaisena fysiologisena tapahtumana. Synnytyskipujen hallintakeinot, synnytykseen kohdistuvat odotukset, suositukset synnytyksen aikaan, synnytyspaikka sekä isän ja muun sosiaalisen verkoston tuki vaihtelevat maantieteellisen sijainnin, uskonnon ja henkilökohtaisten näkemysten perusteella. (Abdelhamid ym. 2010: 235.)

Oltuamme Tansaniassa kansainvälisessä harjoitteluvaihdossa, huomasimme kulttuurisia eroja synnytyksissä verrattuna esimerkiksi suomalaisiin synnytyksiin. Tansanialaiset synnyttäjät tulivat usein synnyttämään yksin ja isät ja muut tukihenkilöt tulivat katsomaan vastasyntyntä myöhemmin. Muistamme, kun yhden synnyttäjän kohdalla isä tuli katsomaan vauvaa pikaisesti ja hänelle tarjottiin mahdollista ottaa vauva syliin, niin hän kieltäytyi. Olimme vähän ihmeissämme ja mietimme, etteivätkö isejä kiinnosta omat lapset, mutta se kuuluu heidän kulttuuriin. Heidän kulttuurissaan korostuu periaate, että isät hoitavat leivän pöytään ja äidit hoitavat lapset. Länsimaisessa terveydenhuollossa saatetaan tulkita väärin miehen rooli, jos kulttuuritaustaa ei tunneta.

Näimme Massana Hospitalissa synnytyksiä, jotka eivät synnytyksen alkuun poikenneet länsimaisesta kulttuurista. Melko paljon tehtiin keisarinleikkauksia, etenkin niille synnyttäjille, jotka olivat uudelleen synnyttäjiä ja joiden aikaisempi synnytys oli tapahtunut keisarinleikkauksella. Suomessa keisarinleikkauksella syntyvät vauvat ovat yleensä melko isokokoisia, jonka vuoksi päädytään keisarinleikkaukseen, kun taas Tansaniassa huomasimme vauvojen olevan pienikokoisia synnyttyään keisarinleikkauksella. Normaaleja alatiesynnytyksiä oli myös, ne tapahtuivat perinteisesti synnytyspöydällä. Mitään muita keinoja synnytyksiin ei ollut saatavilla, kuin synnytyspöytä tai keisarinleikkaus, kun taas Suomessa on esimerkiksi mahdollisuus synnytysjakkaroihin ja vesisynnytyksiin.

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus (girls circumcision, female circumcision) nousi Suomessa 1990-luvulla yleiseen tietoisuuteen, kun maahamme alkoi tulla paljon pakolaisia sellaisista maista, joissa ympärileikkaus on yleistä. Sellaisia maita ovat Saharan eteläpuoliset Afrikan maat, arabianmaat muun muassa Egypti ja Oman sekä Indonesia, Malesia ja Sri Lanka. Ympärileikkauksella tarkoitetaan toimenpidettä, joka kohdistuu naisen sukupuolielimiin ja sitä tehdään kaikenikäisille tytöille ja naisille. Ympärileikkaus tunnetaan myös toisella nimellä, naisten sukuelinten silpominen (female genital cutting) tai naisten sukuelinten leikkaus (female genital mutilation). Syytä siihen, miksi ympärileikkauksia on alettu tekemään, on osittain tuntematon. Sen kuitenkin arvellaan olevan lähtöisin Egyptin faaraoiden ajasta, jolloin yläluokan perheissä sitä käytettiin statussymbolina. Länsimaissa 1800-luvulla ympärileikkauksia on tehty myös lääketieteellisistä syistä, koska gynekologit hoitivat muun muassa epilepsi-

aa, masturbaatiota ja naisten hysteriaa ympärileikkauksilla. (Abdelhamid ym. 2010: 245 - 246, Tiilikainen 2004: 4.)

Ympärileikkausten motiivit vaihtelevat maittain ja yhteisöittäin. Usein ne liittyvät uskomuksiin, jotka liitetään kulttuuriseen identiteettiin, sukupuoli-identiteettiin, hygieniaan, esteettisyyteen ja naisen seksuaalisuuden kontrolloimiseen. Joskus aiheena voi olla myös perheen kunnia, halutaan pitää perheen kunniaa yllä. (Abdelhamid ym. 2010: 246 - 247.)

Synnytyksissä ympärileikatuilla naisilla voi tulla useita ongelmia. Se lisää synnytyspelkoa ja ponnistusvaiheen pitkittymistä. Sikiön voinnin ja synnytyksen kulun seuranta voi olla vaikeaa ja erilaiset repeämät, tulehdukset ja verenvuorot ovat tavallisia. Vastasyntyneelle voi aiheutua hapenpuutetta, aivovaurio ja jopa kuolema pitkittyneen synnytyksen vuoksi sekä infektiot voivat siirtyä äidistä vauvaan. (Abdelhamid ym. 2010: 236, 248.)

Lapsivuodeaikana hoitotyössä on hyvä huomioida kulttuuriset uskomukset. Ne liittyvät yleensä seremonioihin ja rituaaleihin, jotka liittyvät ruokavalioon, fyysiseen aktiivisuuteen ja puhdistautumiseen. Lapsivuodeajan pituus riippuu kulttuurista, joissakin äiti voi määritellä pituuden mutta useimmissa se vaihtelee 7-40 päivään. Useissa Afrikan maissa synnyttäneitä äitiä pidetään saastaisena ja hänet eristetään synnytyksen jälkeen. Saastaisella ei tarkoiteta likaista vaan vereen liittyviä uskomuksia. Veri on ”kuumaa” ja sisältää paljon energiaa ja äidin on varottava olemasta yhteydessä kotitöihin esimerkiksi ruoanlaittoon jälkivuodon aikana, jottei hänen perheensä ja erityisesti miehensä kontaminoituisi. Tämän vuoksi äidillä on omat astiat, joita hän käyttää lapsivuodeaikana ja piilottaa seuraavaa lapsivuodeaika varten. Synnyttäjän eristys mahdollistaa äidille tarpeellisen vuodelevon ja toipumisen synnytyksestä. (Abdelhamid ym. 2010: 237.)

Vastasyntyneen lapsen hoidossa on eri käytäntöjä eri kulttuureissa. Joissain kulttuureissa urakehitys asetetaan tärkeämmäksi kuin vastasyntyneen imettäminen, jolloin luovutaan varhain imetyksestä, koska imettäminen voi vaatia erityisjärjestelyitä työn ohella. Islamin uskonnossa äitiä kannustetaan imettämään lastaan jopa kaksivuotiaaksi saakka. Muslimivauvoille ei voi antaa toisen äidin maitoa, jollei lapsen terveys sitä edellytä. Islamilaisilla on käsitys siitä, että lapset, joita on imetty saman äidin maidolla, ovat sisaruksia keskenään. On huomioitava myös se, että äidinmaidonkorvike saattaa sisältää sianrasvaa, jonka islamilaisuus kieltää. (Abdelhamid ym. 2010: 238.)

4.2 Afrikkalaisten naisten odotukset suomalaisesta hoitotyöstä

Maahanmuuttajien tarpeet Suomen terveydenhuollon asiakkaina ovat usein erilaisia kuin valtaväestön. Eri kulttuureilla on erilaisia käsityksiä sairaudesta, terveydestä, yksilöstä sekä yhteisöstä. Elämä ja kuolemakin koetaan usein erilailla. Uskomukset sekä perinteet voivat

aiheuttaa väärinymmärryksiä sekä epäluuloa. Meillä Suomessa vallitsee yksilökeskeinen ajattelutapa ja sen takia meillä voi olla hankaluuksia ymmärtää potilasta sekä yhteisöä missä potilaan päätökset usein tekee joku muu kuin itse potilas. (Sosiaali ja terveysministeriö 2004.) On tärkeää, että vieraasta kulttuurista tulevalle potilaalle annetaan tarpeeksi tietoa siitä mitä oikeuksia hänellä on.

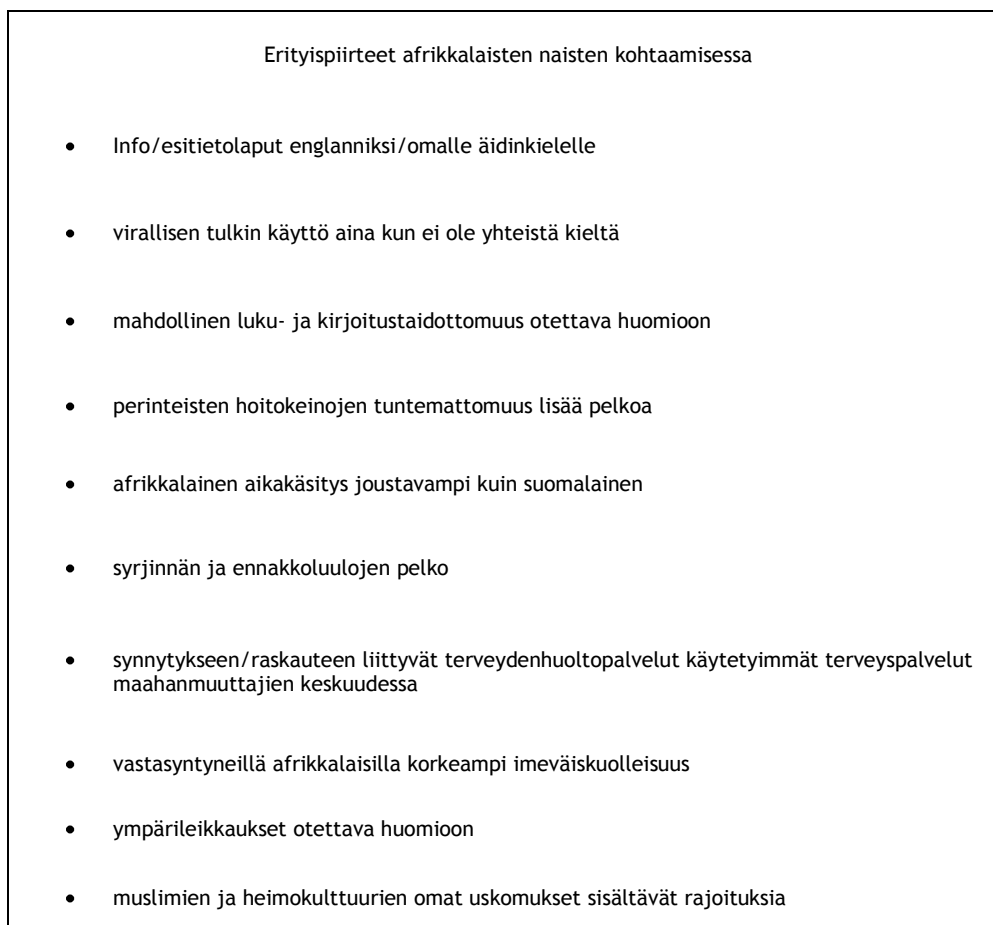
Afrikkalaiset naiset kokivat suurimmiksi ongelmikseen suomalaisessa terveydenhuollossa kielimuurin ja kulttuuriset seikat. Muun muassa potilaille annettavia info- tai esitietolappuja ei useinkaan ole saatavilla kuin suomeksi ja ruotsiksi. Tutkimuksessa kiiteltiin kuitenkin sitä, että nykyään suomalaiset hoitajat puhuvat hyvin englantia, mikä helpottaa kommunikointia huomattavasti. (Adjekughele 2002:49). Terveydenhuollossa parhaan mahdollisen hoidon takaaminen perustuu kielelliseen yhteisymmärrykseen potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Ilman yhteistä kieltä väärinymmärrykset lisääntyvät ja molempien oikeusturva kärsii. Tulkin tulisi olla ammattilainen, koska esimerkiksi potilaan alaikäisiä lapsia tulkkina käyttäminen on verrattavissa hyväksikäyttöön; monet asiat eivät ole lapsille sopivia ja vaativat paljon ymmärrystä, jota heillä ei vielä ole. Myös salassapitovelvollisuus rikkoutuu jos omaisia käytetään tulkkeina. (Pakaslahti & Huttunen 2010:298).

Adjekughelen tutkimuksen (2002:46) mukaan afrikkalaiset kertoivat, että sairaalamaailma on liian kiireinen, missä ei ehditä hoitaa tai tutkia kunnolla. Näin ollen tulee esille afrikkalainen aikakäsitys verrattuna länsimaalaiseen aikakäsitykseen. Aikakäsitys korostuu myös vierasaikojen noudattamisessa. Esimerkiksi somalialaiset eivät ole täsmällisiä vierasaikojen noudattamisessa. Potilasvierailut tapahtuvat yleensä somalialaisten keskuudessa runsaslukuisena, mikä on saattanut välillä tuottaa ongelmia hoitohenkilökunnalle. (Hassinen-Ali-Azzani 2002:159.)

Maahanmuutajien kokemat ongelmat eivät ole ainoastaan kulttuurisidonnaisia vaan myös pitkät jonot ja aikojen puutteet ovat olleet ongelma. Vieraiden kulttuureiden tuntemus ja erilaisuuden pelkääminen on yksi suurimmista ongelmista, minkä he ovat kokeneet. Usein he myös aistivat kiusaantuneisuutta sekä kiinnostamattomuutta vierasta kulttuuria kohtaan kohdatesaan hoitohenkilökunnan. (Adjekughele 2002:46-48.) Potilastyössä olisi hyvä myös huomioida eri uskontoon kuuluvat rukoushetket. Esimerkiksi hoitohenkilökunnan olisi hyvä tietää rukousajoista ja kohteliaasti tarvittaessa muistuttaa niistä potilaalle. Tämä olisi kunnioittavaa ja ilahduttavaa potilaalle. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 159.)

Hassinen-Ali-Azzanin 2002 tutkimuksen mukaan somalialaiset toivovat tasa-arvoisempaa kohtelua muiden asiakkaiden kanssa sekä henkilökunnan iloisemmasta asenteesta työhön. Raskeana olevien somalinaisten näkemykset synnytystavasta ja synnytyskipujen lievittävästä aineista ja niiden hyödyistä vaihtelevat. Kivun lievitykseen käytetyistä hengityskaasuista monet kokevat sen epämiellyttäväksi ja niistä ei koeta olevan apua. Jotkut taas pitävät tärkeänä ja hyvänä, että kipuun saadaan lievitystä. Synnytyksessä halutaan korostaa yksilöllisyyttä ja

jokaisen synnytyskokemuksen erilaisuutta. Suomessa somalinaiset luottavat suomalaiseen hoitohenkilökuntaan synnytysten hoitamisessa. (Hassinen-Ali-Azzan 2002: 170 - 171.



Kuvio 5: Erytyspiirteet afrikkalaisen naisen kohtaamisen suomalaisessa hoitotyössä (Maiche 2010:26-82.)

5 Projektin arviointi

5.1 Prosessin arviointi

Opinnäytetyömme aihe muuttui opinnäytetyöprosessin aikana afrikkalaisen sektiopotilaan hoitotyön kehittämisestä afrikkalaisen naisen hoitotyön erityispiirteisiin. Aihe tarkentui tehdessämme kirjallisuushakuja prosessin toisessa vaiheessa. Motivaatio prosessin loppuun saattamiseen ja katsauksen tekemiseen säilyi hyvänä koko prosessin ajan, koska aihe oli tuttu ja henkilökohtainen.

Opinnäytetyön prosessi alkoi syksyllä 2009 kansainvälisessä vaihdossa Tansaniassa. Vaihdon aikana ja sen jälkeen tutustuimme aikaisemmin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja haimme teorian tietoa aiheesta sekä pohdimme lopullista aiheen rajausta. Tässä vaiheessa tuli opinnäytetyöprosessiin pieni tauko, kunnes keväällä 2010 teimme suunnitelmaraportin ja aloitimme kirjallisuushaut sekä kirjallisen tuotoksen valmistelun. Opinnäytetyöprojekti eteni rauhallisesti ja suunnitelmien mukaan. Projektiin osallistuneet henkilöt sitoutuivat toteuttamaan projektin ja ottivat vastuun projektin etenemisestä. Opinnäytetyön tekeminen oli ajoittain raskasta samanaikaisen koulunkäynnin vuoksi. Yhteistyömme sujui hyvin, koska olemme koko koulutuksen ajan työskennelleet paljon yhdessä ja tiesimme toistemme työskentelytavat. Yhdessä työskentely on auttanut meitä jaksamaan työn parissa ja olemmekin tehneet opinnäytetyön melko tiiviisti yhdessä.

5.2 Produktin arviointi

Opinnäytetyössä käytettiin seuraavia hakukoneita: Linda, Theseus, Medic, Terveysportti ja Helka. Hakukoneiden lisäksi etsimme lähteitä myös manuaalisesti tutkimusten lähdekirjallisuutta apuna käyttäen. Opinnäytetyöstä on jätetty pois tietokannoista löytyneet maksulliset tutkimukset. Sovimme, että käytämme opinnäytetyössämme alan perusteoksia, yliopistotasoisia tutkimuksia sekä hoitotieteellisiä artikkeleita aikaisemmin esitettyjen hyväksymis- ja pois-sulkukriteerien avulla. Oppi- ja käsikirjoja hyväksyttiin mukaan mahdollisimman vähän, koska niissä ei voi aina olla varma siitä, mikä osa tekstistä on kirjoittajan omaa ja mikä tutkimustuloksiin perustuvaa tietoa (Metsämuuronen 2001:18-19.) Hakujen tuloksena oli 5 tutkimusta, 1 väitöskirja, 5 teosta, 3 kehittämistyötä ja 2 artikkelia afrikkalaisen naisen hoitotyön erityispiirteitä käsittelevää lähdetä.

Teimme kirjallisuuskatsauksen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ohjeiden mukaisesti, mutta kriittisesti arvioiden projekti ei kuitenkaan aivan yllä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tasolle. Tämän takia kutsumme työtämme kirjallisuuskatsaukseksi.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku tulee olla toistettavissa (Johansson ym. 2007:10). Tarkastimme tämän tekemällä kirjallisuushaut tietokantoihin sekä kesällä 2010 että uudestaan syksyllä 2010. Tulokset olivat vastaavat. Johansson (2007:98-99) myös suosittelee, että systemaattista kirjallisuuskatsausta olisi hyvä tehdä vähintään kaksi henkilöä, jotta luotettavuus paranee. Tässä opinnäytetyössä tekijöitä oli kolme. Suoritimme tietokantahaut yksitellen mutta toimimme tiiviissä yhteistyössä toistemme kanssa, jolloin työtaakka ei ollut niin raskas. Tämä myös vähentää tutkimuksen subjektiivisuutta. (Johansson ym. 2007:98.)

Opinnäytetyöprojektin aikana osallistuimme ammattikorkeakoulun informaation pitämään tiedonhakuopetukseen. Opetuksessa käytiin läpi hakusanojen valintaa ja tietokantojen käyt-

töä. Näin kirjallisuuskatsauksen luotettavuus ei kärsinyt tietokantojen käyttöön liittyvästä osaamattomuudesta.

Tulevaisuuden haasteita hoitotyölle lisäävät kasvava maahanmuutto eri kulttuureista, hoitohenkilökunnan tietämättömyys kulttuureista sekä heidän asenteensa eri kulttuureja kohtaan. Sairaanhoidon koulutuksen aikana käsiteltiin monikulttuurista hoitotyötä melko vähän.

Afrikkalaisen naisen odotuksia suomalaisessa hoitotyössä on tutkittu vähän, koska löysimme aiheesta niukasti tutkimuksia. Tämä olisi varmasti tulevaisuudessa hyvä tutkimuksen ja kehittämisen aihe, sillä afrikkalainen nainen alkaa olla yleinen ”ilmiö” suomalaisessa terveydenhuollossa. Lisäksi olisi mielenkiintoista kuulla, miten he ovat sopeutuneet suomalaiseen kulttuuriin monen vuoden asumisen jälkeen.

Afrikkalaiset perheet ovat monilapsisia uskonnon ja kulttuurin vuoksi. Tämän kirjallisuuskatsauksen avulla selvisi se, että afrikkalaiset toivoivat terveydenhuollossa käytettäviä terveysohjeita sekä omaa terveyttä koskevia haastattelulomakkeita käännettäväksi omalle kielelle tai englanniksi. Tässä olisi yksi kehittämisehdotus. Lisäksi olisi hyvä myös tutkia miksi afrikkalaisilla on imeväisyyskuolleisuus korkeampaa kuin muilla.

5.3 Oman osaamisen arviointi ja ammatillinen kasvu

Ammatillinen ja osaamisen kasvu on opinnäytetyön yksi tavoitteista. Opinnäytetyössä tulee osata työstää oman alan tietoa sekä kyky arvioida haalittua tietoa kriittisesti. Opiskelijan tulee myös tuntea tutkimus- ja kehitystoiminnan perusteita sekä menetelmiä. (Laurea-ammattikorkeakoulu opinnäytetyönohje 2007:3). Tässä työssä olemme hakeneet mahdollisimman tuoretta ja luotettavaa tutkimus-, kokemus- ja suositusnäyttöä.

Hoitotyön ammatillinen kasvu on laaja-alaista, jota voidaan tarkastella hyvin erilaisista näkökulmista. Jatkuvaa ammatillista kasvua voidaan liittää muun muassa hoitotyöntekijän asiantuntijuuden, eettisyyden ja ammatti-identiteetin kehittymiseen. Se on osa hoitotyötä eli potilaan auttamista ja siinä kehittymistä. (Niemi 2004:3.)

Sairaanhoidajan ammatillinen kehittyminen, osaaminen sekä ammattitaito ovat melko hankalasti tutkittavissa (Niemi 2004:6). Ammatillista kasvua voi olla omien heikkouksien vahvistaminen ja perusosaamista koskevien osaamistarpeiden tiedostaminen (Metsämuuronen 2001:184). Metsämuuronen (1998) tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla tarvitaan teknologista, kansainvälisyysosaamista, projektityöosaamista, tiedonhankintaosaamista, yhteistyöosaamista ja innovatiivisen työotteen osaamista.

Opinnäytetyössä olemme oppineet paljon ammatillista yhteistyötä sekä projektitoimintaa. Projektin eteneminen on vaatinut yhteistyötä ryhmän sisäisessä työskentelyssä. Olemme oppineet tiedonhakua, sillä se on osa ammatillista taitoa. Oman toiminnan kriittinen arviointi sekä opettajalta saamamme palautteen käyttäminen kuului osaksi kasvuprosessia. Kun tulevaisuudessa valmiina sairaanhoitajina kohtaamme työssä vieraiden kulttuurien edustajia, osaamme keksiä yhteisen kielen, sillä kuitenkin tärkeimmäksi asiaksi muodostuu se että kohtaamme kaikki tasavertaisina ihmisinä ja annamme hänen tarvitsemansa avun.

Kansainvälinen vaihto ulkomailla, etenkin Afrikassa vaati paljon rohkeutta lähteä. Vastassa meitä oli täysin erilainen kulttuuri, tavat, uskomukset ja uskonto. Tansaniassa me olimme ”ne oudot tyypit”, joita tuijotettiin kuin kukaan ei olisi aikaisemmin nähnyt valkoista naista. Tämä luo näkökulmaa siihen, miltä afrikkalaisesta naisesta tuntuu olla täällä Suomessa, sekä siihen miltä tuntuu olla vieraassa maassa, jossa ei ole yhteistä kieltä eikä yhteisiä tapoja.

Lähteet

- Abdelhamid P., Juntunen A. & Koskinen L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. 1.painos. WSOY. Helsinki.
- Adjekughele, E. 2001. Afrikkalaisten äitien kokemuksia suomalaisessa äitiys- ja lastenneuvola-järjestelmässä. [PDF-dokumentti] <<http://www.uta.fi/laitokset/sospol/tutkimus/adjec.pdf>> (Viitattu 27.10.2010).
- Apter D., Eskola, M-S., Kettu, N., Säävälä, M. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. [PDF-dokumentti]. < <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/1a6851fb96d45165a41f593e282d8da4/1288690595/application/pdf/310289/Maahanmuuttajien%20seksuaali-%20ja%20lisääntymisterveys%20%2024%2011.pdf>> (Viitattu 6.7.2010.)
- Degni, F. (2004). The social and cultural determinants of the use of contraception among married Somali women living in Finland. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 148.
- Degni, F., Koivusilta, L., & Ojanlatva, A. (2006). Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.
- Degni, F., Mazengo, C., Vaskilampi, T. & Essen, B. (2008). Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women. European Journal Contraception & Reproductive Health Care, 13, 298-303.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2005. Nainen hoitotyönasiakkaana. WSOY. Helsinki.
- Finlex-lainsäädäntö. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8 1992/785. [WWW-dokumentti] <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> (Viitattu 23.9.2010).
- Hassinen-Ali-Azzani T. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Kuopion yliopisto. 2002 [PDF-dokumentti] <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-934-x/urn_isbn_951-781-934-x.pdf> (Viitattu 24.11.2010)
- Heinänen- Child M. 2008. Eri kulttuureista tulevien työntekijöiden kohtaaminen - kokemuksia suomalaisessa ja brittiläisessä hoitoyhteisössä. Sairaanhoitaja-lehti. [WWW-dokumentti] <http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=sle00042>. (Viitattu 18.7.2010.)
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2008. [WWW-dokumentti] <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,2058,16536>>. (Viitattu 15.7.2010)
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HUS-strategia 2006-2015. [PDF-dokumentti]. <www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012,11650,11646> (Viitattu 12.5.2010).
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Kättilöopiston sairaala. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,960>>. (Viitattu 12.5.2010).
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hyks naistenklinikka 75-vuotta. [PDF-dokumentti]. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966>>. (Viitattu 12.5.2010).
- Johansson, K., Axelin A., Stolt M., Ääri R.(toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisu. 2007. Digipaino-turun yliopisto. Turku.
- Juntunen A. 2001. Professional and Lay Care in the Tanzanian Village of Ilembula. Tutkielma.

Oulun Yliopisto. Oulu: Medica.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Korkiasaari, J. 2002. Statistics on foreign born population. Turku intitute of Migration. [WWW-dokumentti]. <http://utu.fi/erill/instmigr/enge/e_16.htm> (Viitattu 27.10.2010).

Kyllönen-Saarnio, Eija - Nurmi Reet 2005: Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta. Opas sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. [PDF-dokumentti]. <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/08/aa1124431858175/passthru.pdf>>. (Viitattu 15.7.2010).

Lahtinen, M. & Kääriäinen, M. 2006. Hoitotiede 1/2006.

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2007. Opinnäytetyönohje.

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2007. Opinto-opas 2007-2008. Edita Prima Oy.

Liljeblad, T-K. 2007. Laurean ja HYKS-naistentautien ja synnytysten toimialan hoitotyön kehittämishanke 2007-2012. Hankesuunnitelma.

Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. 2009. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. Työterveyslaitos, Kuntoutussäätiö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Maiche A-G. 2010. Muslimi potilaana. 1. painos. Duodecim. Helsinki.

Malin, M. & Gissler, M. 2008. The induced abortions among ethnic minority women in Finland. NJEM.

Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. BMC Public Health.

Marriner-Tomey, Ann. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammala. Vammalan kirjapaino oy.

Metsämuuronen, J. 1998. Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala ESR-julkaisut. Edita. Helsinki.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Ministry of health 1996. Oulun yliopisto 2000. Traditional system of health care. [WWW-dokumentti]. <<http://herkules oulu.fi/isbn9514264312/html/x325.html>> (Viitattu 15.7.2010).

Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali. Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? Duodecim.

Pakaslahti, A., Huttunen, M. (toim.). 2010. 1. Painos. Kulttuurit ja lääketiede. Duodecim. Porvoo.

Pohjanpää, K. 2003. Terveyspalvelujen käyttö. Teoksessa K. Pohjanpää, S. Paananen & M. Nieminen (toim.) Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 2003:1. Helsinki: Tilastokeskus.

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

Samuli Saarni. Lääkärin etiikka. 2005. 6.painos. Suomen lääkäriliitto. Punamusta Oy. Joensuu

Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. 2009. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Esiselvitysraportti. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE. Helsinki.

Suomen suurlähetystö. 2009. Maatiedosto Tansania, Yhteiskunta, kulttuuri ja media. [WWW-dokumentti]. <<http://www.finland.or.tz/public/default.aspx?nodeid=42161&contentlan=1&culture=fi-Fi>> (Viitattu 15.7.2010).

Tiilikainen, M, 2004. Ihmisoikeusliitto ry. Koko nainen projekti. Tyttöjen ja naisten ympäri-leikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki. [PDF-dokumentti] <http://www.ihmisoikeusliitto.fi/images/pdf_files/kokonainenohjeistus.pdf> (Viitattu 4.11.2010).

Tilastokeskus 2009. [WWW-dokumentti]. <http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=040_vaerak_tau_103_fi&ti=Syntym%E4valtio+i%E4n+ja+sukupuolen+mukaan+maakunnittain+1990+%2D+2009&path=../Database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=3&multilang=fi> (Viitattu 24.11.2010)

Valvira 2010. Potilaan keskeisimmät oikeudet. [WWW-dokumentti] <http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet.> (Viitattu 23.9.2010)

Warnes, A.M., & Williams, A. (2006). Older migrants in Europe: A new focus for migrant studies. *Journal of Ethnic and Migrant Studies*.

Kuvat

Kuva 1: Massana hospital, Dar Es Salam, Tansania.....	13
Kuva 2: Leikkaussali Massana hospitalissa.	13

Kuviot

Kuvio 1: Mukailleen Leiningerin auringonnousumalli, joka kuvaa kulttuurisen hoidon monimuotoisuutta ja universaalisuutta.	7
Kuvio 2: Opinnäytetyön projektiympäristöt.	14
Kuvio 3: Opinnäytetyö projektin aikataulu.	18
Kuvio 4: Muslimikulttuurin asettamat rajoitukset hoitotyöhön (Maiche 2010:26-82)	19
Kuvio 5: Erityispiirteet afrikkalaisen naisen kohtaamisen suomalaisessa hoitotyössä	25

Taulukot

Taulukko 1: Suomessa asuvat syntymämaan mukaan (Tilastokeskus 2009).....	9
Taulukko 2: Suurimmat afrikkalaiset maahanmuuttaja ryhmät Suomessa (Tilastokeskus 2009.)	10
Taulukko 3: Tiedonhaun tulokset hakusanoittain ja tietokannoittain.	17
Taulukko 4: Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto hakusanoittain ja tietokannoittain. ..	17

Liitteet

Liite 1. Tutkijan taulukko

<u>Tutkimusartikkeli: kirjoittajat, julkaisu- vuosi, tutkimuksen nimi, lähde:</u>	<u>Tutkimustehtävä / tutkimusongelma:</u>	<u>Tutkimusmenetelmä: -tiedonkeruu (mittari, perusjoukko, otos)</u>	<u>Tutkimus aineiston analysointi</u>	<u>Afrikkalaisen naisen hoito- työ:</u>	<u>Kysymykset:</u>	<u>Keskeiset tulokset</u>	<u>Tutkimuksen luotettavuus ja tutki- museettiset kysymykset</u>
Juntunen Anitta, 2001, Professional and lay care in tanzanian village of ilembula,	Tulosten hyödyntäminen transkulttuurisen hoitotyön koulutuksessa. Kulttuuristen ja sosiaalisten tekijöiden merkitys ammatillisessa ja maallikkohoitamisessa	Haastattelu, sairaanhoitajat n=6, kyläläiset n=49, sairaalassa olevien potilaiden omaiset = 12	laadullinen etnourning - sisältöanalyysi		1. Kuinka sairaanhoitajat näkevät ammatillisen hoitamisen llembulan luterilaisessa sairaalassa? 2. Minkälaista maallikkohoitamista kyläläiset harjoittavat?	Ammatillisessa hoitamisessa tärkein tavoite oli paraneminen ja terveenä pysyminen. Maallikkohoidossa terveyden säilyttäminen edellyttää perinteisten arvojen kunnioitusta mm. yrttien syömistä ja rituaaleihin osallistumista sekä omien tapojen noudattamista. Sairastuminen ei ole yksityisen asia vaan kuuluu koko laajennetulle perheelle.	Tutkimusaineisto kerättiin kysilylomakkeilla sekä haastatteluin ja havainnoimalla. Tutkija teki tutkimuksen monessa osassa ja kävi paikan päällä tansaniassa useasti. Tutkimustuloksia voidaan soveltaa muihin bantu-yhteisöihin muualla afrikassa huomioiden että yksityiskohtaiset tavat eroavat toisistaan.
Mölsä Mulki ja Tiilikainen Marja, Potilaana somali - Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä?	Onko kulttuurisesta tiedosta apua hoitotyössä?			Jumala on luonut sairaudet mutta ihmisen tulee etsiä niihin parannusta. Sairaus tulee kestää kärsivällisesti. Somaliassa käytetään rinnakkain lääketiedettä ja kansanparantajien palveluita parannettaessa potilasta. islamin ruokasäännöt (alkoholi, sikaperäiset aineet, verituotteet) koskevat myös lääkkeitä (rokotukset). Toisen äidin luovuttama rintamaito on ongelma ellei luovuttajaa tiedetä. Ramadan; sairaiden tai raskaana olevien ei tarvitse paastota. Naiset toivovat naislääkäreitä erityisesti gynekologisissa vaivoissa.		Pahimmillaan kulttuurinen tieto sumentaa lääkärin ammattimaisen asenteen. Potilaan eksotisoiminen, kulttuurinen stereotyyppittäminen sekä liiallinen ymmärtäminen ja psykologisointi voivat estää lääkäreitä näkemästä ja toimimasta ammattimaisesti. Parhaimmillaan kulttuurinen tieto auttaa lääkäreitä potilaan tilanteen hahmottamisessa sekä antaa rohkeutta ja ideoita uudenlaisten kysymysten esittämiseen potilaalle ja itselleen.	
Apter Dan, Eskola Meri-Sisko, Säävälä Minna, Kettu Niina, 2009,	Seksuaaliterveyden edistämisen opas suomen terveyden-			Afrikkalaista alkuperää olevien naisten vastasyntyneiden ensimmäisten elin-		Ahkera neuvolassa käynti mahdollistaa seksuaali- ja lisäänty-	

Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveysten edistäminen, Väestöliitto	huoltoon.			viikkojen kuolleisuus oli merkittävästi korkeampi kuin muissa maahanmuuttajaryhmissä. Äitiyskuolemien syynä oli esim. korkea verenpaine tai raskausmyrkytys.		misterveyden kohe- nemisen, mutta pelk- kä asiakkuus ei riitä ilman maahanmuutta- jien erityistilanteen huomioimista ja kult- tuurien välisiä kom- munkointitaitoja. Synnytyssairaloissa ja neuvoloissa kannuste- taan ja ohjataan myös maahanmuuttajia imetykseen. Raskau- denajasta, synnytyk- sestä ja synnytyksen jälkeisestä hoidosta tuotetaan selkeitä ja havainnollista materi- aalia eri kielillä	
Adjekughele, Josephine E. Afrikkalaisten äitien kokemuksia suomalaisessa äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmässä		Laadullinen tutkimus. Haastattelu afrikkalaiset äidit n=8 ja suomalaiset terveydenhoitajat n=2. Puolistrukturoitu haastattelu.			1. Kuinka haastateltavat arvioivat omaa tilannetta/asemaansa suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä? 2. Mitä odotuksia/tarpeita haastateltavilla on suomalaiselta terveydenhuollolta?	Suomen terveydenhuollon ongelmia: Kela korttia ei myönnetä kaikille, henkilökunta antaa vakavan vaikutelman ja ovat joustamattomia ja jäykkiä ja tekevät yleistyksiä, vallitsevista käytännöistä ei informoida vaan oletetaan kaiken olevan itsestään selvää. Kirjallinen materiaali vain suomenkielisenä.	
Malin, M. & Gissler, M. 2008. The induced abortions among ethnic minority women in Finland.	tutkia äitiyshuoltoa suomessa ja ulkomaa- laisten pääsyä ja sen käyttöä verrattuna kantaväestöön	Laadullinen tutkimus. 14 äitiusneuvolaa suomessa.				Tuloksissa selviää, että varsinkin raskau- den keskeytyksiä on enemmän verrattuna kantaväestöön. Vas- tasyntyneiden kuollei- suus on korkeampi sekä enemmän terve- ysongelmia on enem- män.	
Degni, F. (2004). The social and cultural determinants of the use of contraception among married Somali women living in Finland.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia naimisissa olevien, Suomessa asuvien somalinaisten ehkäisymenetelmien käyttöön vaikuttavia sosiaalisia ja kulttuurisia tekijöitä.	Tutkimuksen aineisto kerättiin vuonna 1998 kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin. Yhteensä 117 ihmistä (47 miestä ja 70 naista) vastasi kyselyyn, josta lukutaidottomuuden takia pääosa tehtiin suoraan tutkijan				Tuloksissa selviää että somalien on vaikea sopeutua Suomeen, sillä Somalia ja Suomi eroavat toisistaan monin tavoin. Suomi on luterilainen maa kristillisine ja Somalia muslimimaa islami-	

		kanssa.				laisine perinteinen. Somaleilla on monilapsiset suurperheet, kun suomalaisten perheet ovat ydinperheitä. Somalinaisten asemasta, naisten ympäri- leikkauksesta, lisääntymisterveydestä ja sopeutumisesta Suomeen on keskusteltu julkisuudessa. Somalialaisessa yhteiskunnassa naisten vastuulla on kodista huolehtiminen, maanviljely ja lasten huolto. Naiset avioituvat 15-24- vuotiaina, miehet vanhempina. Naiselle avioliiton päätarkoitus on synnyttää useita lapsia, erityisesti poikia, lisäämään aviomiehen perheen ja heimon voimaa ja kunniaa. Kulttuuristen perinteiden ja uskomusten takia ehkäisy- menetelmiä ei laajemmin käytetä.	
Pohjanpää, K. 2003a. Terveyspalvelujen käyttö. Teoksessa K. Pohjanpää, S. Paananen & M. Nieminen (toim.) Maahanmuuttajien elinot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002.	Tutkimuksen aiheena ovat pakolaisten interpersonaaliset vuorovaikutussuhteet. Tarkoituksena on tarkastella pakolaisten interpersonaalisia vuorovaikutussuhteita ja uuteen kulttuuriin sopeutumista.	Tutkimuksen aineistona on aikaisempi kirjallisuus ja tutkimus, jolloin tutkimusta voidaan luonnehtia kirjallisuuskatsaukseksi.				tulee ilmi, että huono palvelu sekä huonot hoitokokemukset vaikuttavat kielteisesti maahanmuuttaja asiakkaan terveydentilaan sekä vähentää palveluiden käyttöä. (Pohjanpää 2003a.) Syrjintäkokemukset vähentävät myös tyytyväisyyttä.	
Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveyskäsitteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa.	Tutkimuksen pyrkimyksenä oli tuottaa somalialaisten terveyttä hoitamista kuvaavaa hoitotieteellistä teoriaa, jonka avulla voidaan lisätä Suomessa asuvien somalialaisten hoitotyön kulttuurin osaamista.	Tutkimus tehtiin etnografisena laadullisena tutkimuksena. Aineisto koottiin yksilö- ja ryhmähaastattelujen sekä osallistuvan haavainnoinnin perusteella. Somalialaiset n= 55 hoitohenkilökunta n=6		Somalialaisille terveys on monitasoinen käsitys. Tärkeimmäksi nousi terveys Jumalan lahjana.	1. Millaisia käsityksiä somalialaisilla liittyy terveyteen nykyisessä kulttuurisessa siirtymävaiheessa? 2. Mitä terveyteen liittyviä käytäntöjä he pitävät tärkeinä? 3. Millaisia terveysongelmia somalialaisilla on ollut kulttuurisessa siirtymävaiheessa Suomessa?	Somalialaiset toivoivat suomalaiselta hoitohenkilökunnalta iloisempaa asennetta työhön., tasa-arvoista kohtelua muiden asiakkaiden kanssa sekä riittävää asioihin paneutumista. Haastateltavat hoitohenkilöt korostivat somalialais-	Tulkintojen alkuperäisyyttä vaikeuttivat kulttuurieroista johtuvat käsitteiden erilainen ymmärtäminen sekä tulkaukseen ja kielen kääntämiseen liittyvät ongelmat. Tiedonkeruussa eettiset ongelmat liittyivät ryhmätilanteisiin, osa osal-

					<p>4. Miten hoitohenkilöstö on kokenut somaliperheet neuvola- ja terveystalveluiden asiakkaina?</p> <p>5. Mitkä ovat olleet somaliperheiden synnytystä edeltävät ja senjälkeiset hoitokäytännöt aikaisemmin Somaliassa?</p> <p>6. Kuinka ne ovat nyt siirtymävaiheessa Suomessa?</p> <p>7. Millaisia kokemuksia hoitohenkilöillä on somaliperheiden synnytystä edeltävistä ja senjälkeisistä hoitokäytännöistä?</p>	<p>ten selviytymistaitoja suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Somalinaiset olivat yleisesti tyytyväisiä suomalaisen raskaudenajan seurantaan ja neuvolapalveluihin. Esille nousi kuitenkin kommunikaatiovaikeudet, neuvolassa annettavien ohjeiden ymmärtämisen vaikeutta, sekä henkilökunnan taholta koettua kyllästynyttä suhtautumista.</p>	<p>listujista ei suostunut valokuvien ottamiseen tai haastattelujen nauhoittamiseen.</p>
--	--	--	--	--	---	---	--