



”Kotimaassa kaikki on erilaista”

Kolmansista maista tulevien maahanmuuttajien raskausajan hyvinvointiin liittyviä uskomuksia ja käytäntöjä

Miranna Alvarez

Riikka Siltala

OPINNÄYTETYÖ
Kesäkuu 2019

Hoitotyön koulutusohjelma
Kätilökoulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Kättilökoulutus

ALVAREZ MIRANNA & SILTALA RIIKKA:

"Kotimaassa kaikki on erilaista"

Kolmansista maista tulevien maahanmuuttajien raskausajan hyvinvointiin liittyviä uskomuksia ja käytäntöjä

Opinnäytetyö 58 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Kesäkuu 2019

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Suomeen tulleiden kolmansien maiden maahanmuuttajien omista kulttuureistaan tuttuja uskomuksia ja käytäntöjä raskausajan hyvinvointiin liittyen sekä selvittää heidän odotuksiaan raskausajan terveydenhoidolle Suomessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisten, erityisesti äitiysneuvoloiden työntekijöiden työn tueksi, jotta heidän olisi mahdollista ottaa juuri maahanmuuttaja-asiakkaidensa tarpeiden mukaisia asioita puheeksi äitiysneuvolakäynneillä.

Työ toteutettiin laadullisella menetelmällä teemahaastattelun keinoin. Siinä käsiteltiin raskausaikaan liittyviä perhevalmennuksen osa-alueita maahanmuuttajien näkökulmasta. Käsiteltävät osa-alueet olivat raskausajan terveystottumukset, vanhemmuus ja parisuhde, raskausajan tunteet, odotukset neuvolapalveluilta sekä aineistosta nousseet aiheet, jotka liittyvät synnytyksen jälkeiseen aikaan.

Aineisto kerättiin haastatteleamalla suomeksi pientä naisryhmää, jotka olivat syntyneet kolmansissa maissa ja tulleet aikuisena Suomeen. Ajatuksena oli kysyä maahanmuuttajanaisilta itseltään raskausajan uskomuksista ja käytännöistä. Ilman ensikäden tietoa emme voi kuin arvailla raskausajan hyvinvointiin liittyviä asioita, joita on neuvolatyössä tärkeää ottaa esille.

Haastatteluista nousi erityisesti esiin yhteisöllisen kulttuurin merkitys naisen ja perheen elämään, sekä uskontoon liittyvien tapojen vaikutus ja toisaalta tavoista poikkeaminen. Naisen omat vaikutusmahdollisuudet raskauteen liittyviin asioihin tuntuivat olevan melko rajalliset puolison ja anopin ollessa asioista päättävässä asemassa. Suoraan kerrottuja odotuksia ei neuvolapalveluja kohtaan ollut, vaan niihin oltiin erittäin tyytyväisiä.

Aiheeseen olisi hyvä syventyä vielä tarkemmin, suuremmalla otoksella haastateltavia ja useamman haastattelukerran avuin. Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa paljon työskentelevien neuvolatyöntekijöiden haastattelu toisi myös lisää arvokasta tietoa aiheesta. Erilaisista kulttuureista nousee esiin eri aiheita, käytäntöjä ja uskomuksia, joita Suomen neuvoloissa tulisi ottaa huomioon terveyden edistämisen kannalta.

Asiasanat: hyvinvointi, kolmannet maat, kulttuuriset tavat, maahanmuuttajat, perhevalmennus, raskausaika, äitiysneuvolapalvelut

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Midwifery

ALVAREZ MIRANNA & SILTALA RIIKKA:

“Everything is different in my home country”

The beliefs and customs of citizens from third world countries concerning welfare during pregnancy

Bachelor's thesis 58 pages, appendices 5 pages
June 2019

The purpose of this study was to examine the customs and beliefs of citizens from third world countries concerning welfare during pregnancy, and to gather information about the expectations they might have for the Finnish prenatal services. The aim was to produce information for healthcare professionals, specifically for those working in prenatal care clinics, so they could better meet the needs of patients with different cultural backgrounds.

This study was conducted with a qualitative approach and the data were collected through a thematised group interview. The different areas examined in this thesis were health habits during pregnancy, parenthood and relationship, emotional wellbeing during pregnancy and expectations for the prenatal services. In addition, some themes concerning the postpartum period originated from the research material.

The data were collected by interviewing a small group of women in Finnish. All of the women had been born in third world countries and had immigrated to Finland as adults. The purpose was to ask the immigrant women about the beliefs and customs they might have during pregnancy. Without this first-hand knowledge we can only guess the things that should be brought to attention at maternity health centres concerning welfare during pregnancy

It was found that a sense of communality that rose from the culture played an important role for the expectant mother and their family. Religious habits influenced daily lives. The findings indicate that family roles differ from the Western world - women seemed to have less influence over their decisions whereas the husband and mother in law play a strong part in decision making. The respondents did not state direct expectations to the prenatal services in Finland but were quite content with them.

Further research into the subject is recommended with a wider sample and more resources for multiple interviews. Healthcare professionals working with immigrants could be a valuable source of information. Various subjects, customs and beliefs arise from different cultures and they should be taken into consideration in the prenatal clinics in Finland.

Key words: cultural habits, family counseling, immigrants, maternity healthcare, pregnancy, third world countries, wellbeing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Maahanmuuttajat kolmansista maista	7
2.2	Kolmansien maiden kansalaisten määrä väestössä.....	7
2.3	Maahanmuuttaja ja palvelut	8
2.4	Raskausajan hyvinvointi.....	10
2.5	Perhevalmennusmalli.....	11
2.6	Aiempiä tutkimuksia opinnäytetyön aiheista.....	12
2.6.1	Raskausajan terveydestä huolehtiminen.....	12
2.6.2	Raskausajan ravitseminen	13
2.6.3	Hivenaineiden saannin turvaaminen.....	14
2.6.4	Raskausoireet ja niiden lievittäminen	14
2.6.5	Yhteisöllisyyden merkitys	16
2.6.6	Äitiysneuvolassa huomioitavaa	17
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ 18	
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	19
4.1	Menetelmälliset lähtökohdat.....	19
4.2	Aineistonkeruu	20
4.3	Osallistujien rekrytointi ja kuvaus	21
4.4	Haastattelujen toteuttaminen	22
4.5	Aineiston analyysi	23
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	25
5.1	Uskomukset ja käytännöt.....	25
5.1.1	Raskausajan terveystottumukset.....	26
5.1.2	Vanhemmuus	27
5.1.3	Parisuhteen muutokset raskausaikana.....	29
5.1.4	Raskausajan (herkistämät) tunteet.....	30
5.2	Odotukset.....	31
5.2.1	Synnytyksen jälkeen.....	31
5.2.2	Odotukset raskausajan ja synnytyksen hoitotyöltä	32
6	POHDINTA	34
6.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	34
6.2	Tulosten tarkastelu.....	37
6.2.1	Raskausajan terveystottumukset.....	38
6.2.2	Vanhemmuus, parisuhde ja roolit.....	39

6.2.3 Seksuaalisuus ja ehkäisy	42
6.2.4 Synnytyksen jälkeen.....	43
6.2.5 Odotukset raskauden ja synnytyksen aikaiselta hoitotyöltä	44
6.3 Kulttuuritaustan huomioiminen neuvolapalveluissa.....	45
6.4 Johtopäätökset.....	46
6.5 Ammatillisen kasvun arviointi	48
LÄHTEET.....	49
LIITTEET	54
Liite 1. Tiedote opinnäytetyöstä	54
Liite 2. Tietoinen suostumus -lomake.....	55
Liite 3. Teemahaastattelun runko.....	56
Liite 4. YK:n määrittelemät LDC-maat.....	57
Liite 5. WESP:n määritelmän mukaiset kolmannet maat	58

1 JOHDANTO

Globalisaation ja maailman epävakaan turvallisuustilanteen vuoksi myös Suomessa erityisesti kolmansien maiden maahanmuuttajien määrä on kasvussa. Maahanmuuttajanaisilla on suomalaisia korkeampi riski jättää äitiysneuvolapalveluita käyttämättä (Lepola 2017). Kaikkiaan maahanmuuttajanaisten terveyspalvelujen käyttö on kuitenkin suurempaa, syynä ovat useammat raskaudet, synnytykset ja lapsivuodeajat (Gissler, Malin, Matveinen, Sarvimäki & Kangasharju 2006, 44). Erilaisilla kulttuurisilla tavoilla voi olla iso vaikutus naiseen ja koko odottavaan perheeseen raskauden aikana. Uskonnota ja kulttuurista juontuu myös jokapäiväisiin käytäntöihin vaikuttavia uskomuksia. Sen vuoksi on tärkeää perehtyä maahanmuuttajien omiin käsityksiin ja tapoihin raskauden aikana, jotta heidän tarpeitaan ja odotuksiaan ymmärrettäisiin, ja niihin voitaisiin terveyspalveluissa vastata. Aihetta on Suomessa tutkittu vielä hyvin vähän sen ajankohtaisuudesta huolimatta.

Teimme opinnäytetyön yhteistyössä Tampereen Ammattikorkeakoulun Niittyhankkeen kanssa (TAMK 2018). Hankkeen avulla pyritään edistämään maahanmuuttajaperheiden ja neuvoloiden yhteistyötä ja siten vaikuttamaan siihen, että maahanmuuttajaperheet käyttäisivät enemmän neuvolapalveluita. Hankkeen tarkoituksena on kehittää vertaistuettu perhevalmennusmalli, joka valmentaa maahanmuuttajia synnytykseen, imetykseen, lapsen hoitoon, vanhemmuuteen, elintapoihin ja perheen arkeen liittyvissä asioissa. Tämä työ rajattiin koskemaan raskausaikaa.

Tulevaisuudessa kohtaamme kättilön työssä naisia monista eri kulttuureista. Raskaudenajan hyvinvoinnista huolehtiminen on äärimmäisen tärkeää naisen terveydelle ja voi ehkäistä monia raskaus- ja synnytyskomplikaatioita. Kansainvälisyys on aiheena hyvin ajankohtainen, ja työ antaa meille paljon eväitä tulevaa ammatia varten. Kättilöinä toimiessamme pyrimme tämän työn pohjalta ymmärtämään paremmin maahanmuuttajataustaisia naispotilaita ja synnyttäjiä. Osaamme ottaa heidän tarpeitaan huomioon, kun tunnemme lähtökohtia paremmin.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Maahanmuuttajat kolmansista maista

Suomen maahanmuuttoviraston Migrin mukaan maahanmuuttaja on Suomeen muuttava henkilö (Migri: sanasto). Maahanmuuttajiin kuuluvat niin turvapaikanhakijat, pakolaisstatuksella tulevat, työn tai puolison vuoksi kuin muistakin syistä maahan muuttavat.

Niitty-hankkeen rahoitushakemuksessa on käytetty termiä kolmannet maat. Sitä termiä käytetään myös tässä työssä. Kolmansilla mailla tarkoitetaan kehitysmaita tai kehittymättömiä maita. Englanniksi käytetään yleisesti termiä Least developed countries (LDC). YK:n määritelmän mukaan LDC (Least Developed Country = vähiten kehittynyt valtio) on valtio, jossa on matala tulotaso, ja jolla on useita rakenteellisia esteitä kestäväälle kehitykselle. Liitteessä 4 on listattu YK:n määrittelemät LDC-maat, tilanne maaliskuussa 2018. (YK 2018). World Economic Situation and Prospects (WESP) on vuonna 2014 luokitellut maiden taloustilanteen mukaan valtiot kolmeen eri kategoriaan. Liitteessä 5 on listattu WESP:n määrittelemät kolmannet maat. (WESP 2014).

2.2 Kolmansien maiden kansalaisten määrä väestössä

Maahanmuuttovirasto Migrin Tilastot-sivun (Migri 2, 2019) mukaan kansainvälistä suojelua hakeneista turvapaikanhakijoista eniten myönteisiä päätöksiä vuonna 2018 ovat saaneet Irakin, Afganistanin, Somalian, Eritrean ja Syyrian kansalaiset. Sulkeissa vuoden 2017 myönteiset päätökset (Migri 1, 2018).

- Irak: 763 (1048)
- Afganistan: 297 (244)
- Somalia: 183 (106)
- Eritrea 277 (222)
- Syyria: 97 (603)

Vuonna 2018 myönteisiä päätöksiä sai 1852 turvapaikanhakijaa, joista hedelmällisimmässä iässä olevia eli 18-34-vuotiaita turvapaikanhakijoita oli 1034 henkilöä (Migri 2, 2019). Vuonna 2017 määrä oli 1356 henkilöä (Migri 1, 2018).

Tilastokeskuksen (Suomen virallinen tilasto) taulukkoon (taulukko 1) on valikoitu Suomen väestöstä syntymämaan, iän ja sukupuolen mukaan vuosina 2017 ja 2018 viisi kansallisuutta, jotka kuuluvat joko YK:n tai WESP:n määritelmän mukaisiin listauksiin kehittyvistä eli kolmansista maista. Ikähaarukaksi on valittu todennäköisimmin lapsia saavat ryhmät, 15-24-vuotiaat ja 25-44-vuotiaat. Taulukko 1 kuvaa väestöä Suomessa 31.12. kumpanakin vuonna, ja siitä saa käsityksen Suomessa asuvien kolmansien maiden suurimpien kansallisuusryhmien koosta ja ikäryhmittäisissä väestömäärissä tapahtuneesta muutoksesta vuoden 2018 aikana.

TAULUKKO 1. Väestön määrä Suomessa syntymämaan, iän ja sukupuolen mukaan 31.12. vuosina 2017 ja 2018.

Syntymämaa	Vuosi	Miehet		Naiset	
		15 - 24	25 - 44	15 - 24	25 - 44
Afganistan	2017	1681	1520	485	1206
	2018	1706	1735	477	1304
Eritrea	2017	189	179	56	62
	2018	266	228	114	76
Irak	2017	1576	5991	870	2785
	2018	1528	6612	863	3040
Somalia	2017	1398	2826	1293	2558
	2018	1340	3021	1248	2717
Syyria	2017	645	1181	358	876
	2018	713	1268	439	980

2.3 Maahanmuuttaja ja palvelut

Suomalaiset ovat tottuneet laaja-alaiseen terveydenhoitoon ja erilaisiin terveyteen liittyviin palveluihin, kuten äitiysneuvolapalveluihin. Raskausajan neuvolalla on Suomessa pitkä historia ja suomalaiset käyttävät äitiysneuvolapalveluita ahkerasti.

Länsimaiden ulkopuolelta tulleiden maahanmuuttajien on todettu kansainvälisten tutkimusten mukaan olevan haavoittuvaisessa asemassa terveytensä suhteen, sillä heidän terveystalouden käyttönsä on usein tarpeeseen nähden liian alhaista sekä laadultaan heikompaa kuin valtaväestön saama hoito (Gissler et al. 2006, 79).

Maahanmuuttajat käyvät perhesuunnittelu- ja lastenneuvolassa harvemmin kuin suomalaisperäiset, käyntejä on n. 10 % vähemmän maahanmuuttajanaissilla, vaikka synnytyksiä heillä on enemmän. Maahanmuuttajilla on myös vähemmän raskaudenaikaista neuvolahoitoa verrattuna suomalaisiin. (Gissler et al. 2006, 37). 15-29-vuotiailla maahanmuuttajanaissilla on 30 % enemmän sairaalahoitojaksoja kuin saman ikäisillä suomalaisnaisilla. Hoitotaksot ovat lyhyitä ja pääsääntöisesti liittyvät raskauteen ja synnytykseen. (Gissler et al. 2006, 80-81). Synnytyksiä on eniten pakolaismaista tulleilla, suomalaisperäisillä niitä on vähiten (Gissler et al. 2006, 44).

THL on raportoinut turvapaikanhakijoiden toteutuneesta äitiysneuvolapalvelujen saannista/käytöstä Suomessa. Raportin mukaan palveluja ei ole kaikissa vastaanottokeskuksissa lainkaan saatavilla, jolloin käytännössä kaikki maahanmuuttajat eivät ole äitiysneuvolapalvelujen piirissä. Yleisimmin palvelu turvapaikanhakijoille toteutetaan terveydenhoitajan vastaanotolla vastaanottokeskuksessa. (Helve, Tuomisto, Tiittala & Puumalainen 2016, 24.) Toisaalta yleisesti maahanmuuttajien kohdalla on Suomessa aiemmin tutkittu, että heillä on lähes yhtä hyvä pääsy äitiysneuvolapalveluihin, ja he käyvät siellä lähes yhtä usein kuin suomalaisetkin. Syyksi ajateltiin 16 raskausviikon määräaika, jota ennen neuvolassa on käytävä saadakseen äitiysavustuspakkauksen. (Malin & Gissler 2009, 11.) Lepolan (2017) mukaan maahanmuuttajanaissilla on suomalaisia naisia korkeampi riski jättää äitiyshuollon palveluita käyttämättä, lisäksi riski riittämättömän hoidon saamiselle raskauden aikana ja sen jälkeen on maahanmuuttajanaissilla korkeampi.

2.4 Raskausajan hyvinvointi

Hyvinvoinnin käsitettä on vaikea määritellä, ja se on käsitteenä epämääräinen. Asiaa voidaan lähestyä monesta eri näkökulmasta, ja erilaisia mittareita hyvinvoinnille on paljon. Näkökulmana voi olla yhteiskunnan tai yksilön näkemys. Yhteiskunnan näkökulma on makrotasoa ja yksilön näkemykset, tunteet ja kokemus mikrotasoa. (Hjerppe 2011, 212.)

OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) on määritellyt hyvinvoinnin osa-alueet seuraavasti:

- Terveystila
- Työn ja vapaa-ajan tasapaino
- Koulutus ja taidot
- Sosiaaliset yhteydet
- Osallistuminen kansalaistoimintaan
- Asuinympäristön ominaisuudet
- Henkilökohtainen turvallisuus
- Subjektiiivinen (henkilökohtainen) hyvinvointi

Yksilön koettua hyvinvointia voidaan mitata elämänlaadulla, joka on ajan mukana muuttuvaa. Elämänlaatuun vaikuttavat monet asiat, kuten yksilön terveystilanne, aineellinen hyvinvointi sekä ihmissuhteet. Suomessa eri väestöryhmien väliset erot hyvinvoinnin suhteen ovat suuria. Materiaalisella hyvinvoinnilla ja sen saavuttamisen mahdollistavilla tekijöillä, kuten opiskelu, ammatti ja työelämän status, on selkeä yhteys hyvinvointiin ja terveyteen. Tietyillä väestöryhmillä hyvinvointi on puutteellista, mikä puolestaan lisää yhteiskunnallista jakautumista. (THL: Hyvinvointi 2015).

Yksilön hyvinvointi koostuu koetusta terveydestä, onnellisuudesta, itsensä toteuttamisesta sekä sosiaalisista suhteista ja osallisuudesta sosiaalisiin verkostoihin. Tässä työssä hyvinvointi on määritelty tarkoittamaan yksilötasolla koettua hyvää elämänlaatua nimenomaan raskausaikana.

2.5 Perhevalmennusmalli

Äitiysneuvolapalveluihin sisältyy täydentävää terveysneuvontaa eli perhevalmennusta. Valmennus on moniammatillista ja se edistää sikiön, raskaana olevan ja perheen terveyttä sekä valmentaa vanhempia vanhemmuuteen. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011, § 15.)

THL:n (THL: Perhevalmennus 2018) mukaan keskeisiä aihealueita perhevalmennuksessa ovat:

- raskausajan herkistämät tunteet
- loppuraskaus ja yleiset vaivat sekä erityistä seurantaa vaativat oireet
- synnytys
- sairaalasta kotiutuminen
- vauvan hoito
- vanhemmuus
- parisuhde
- mieliala
- vanhempien terveystottumukset
- perhevapaat ja KELA:n maksamat etuudet
- perheiden palvelut kunnassa

Olemme valinneet haastattelun osa-alueet mukaillen THL:n perhevalmennusmallia (THL: Perhevalmennus 2018). Raskausajan hyvinvointi on kuitenkin käsitteenä hyvin laaja ja sisältää monia eri näkökulmia yksilön hyvinvointiin. Eskolan ja Suorannan (1998, 64) mukaan laadullisella aineistonkeruumenetelmällä aineistoa tulee valtavasti, jolloin tarkka rajaaminen on tärkeää. Opinnäytetyöstä on rajattu pois seuraavat osa-alueet, jotka kuuluvat Suomen äitiysneuvoloissa käsiteltäviin aiheisiin; synnytys, imetys, valtion tarjoamat palvelut (mm. Kelan tuet, perhevapaat), mielenterveysongelmat sekä vauvan hoito. Opinnäytetyössä sekä ajalliset että rahalliset resurssit ovat rajalliset, joten rajaukselle on tarve. Synnytykseen ja imetykseen liittyviä asioita on tarkoitus kartoittaa muissa opinnäytetyöissä tämän saman hankkeen puitteissa.

2.6 Aiempia tutkimuksia opinnäytetyön aiheista

Ennen aineiston keräämistä tutustuimme perhevalmennusmalliin liittyviin aiheisiin aiemmin tehtyjen tutkimusten pohjalta. Varsinkin suomalaisia tutkimuksia aiheeseen liittyen on vähän, joten etsimme taustatietoa pääasiassa kansainvälisestä terveystieteiden artikkelitietokannasta Cinahlista. Haku kohdistettiin ainoastaan vertaisarvioituihin artikkeleihin.

Julkaisuvuoden kohdalla olimme aihepiirimme vuoksi joustavia, ja hyväksyimme mukaan tarkasteluun vanhempiaakin artikkeleita. Uskomukset ja käytännöt perustuvat nimenomaan historiaan ja perimätietoon, joten mikään tieto ei tätä ajatellen ole liian vanhaa. Maahanmuuttoa aiheena on tutkittu paljon vasta viime vuosina, joten artikkelit olivat pääsääntöisesti kuitenkin melko tuoreita. Olemme huomioineet tutkimusartikkeleita, joita on tehty liitteissä 4 ja 5 listatuista YK:n ja WESP:n määritelmän mukaisista kolmansista maista.

2.6.1 Raskausajan terveydestä huolehtiminen

Raskausaikana naisen tulee Somaliassa välttää raskaiden tavaroiden kantamista keskenmenoja ehkäistäkseen. Silloin suvun naiset auttavat raskaana olevaa ja tekevät kotityöt hänen puolestaan, jotta odottava äiti saa rauhassa levätä. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 166.)

Vessaan mennessä raskausaikana on Somaliassa otettu veitsi mukaan pahoilta hengiltä suojaamaan (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 166). Joissakin Afrikan ja Kaakkois-Aasian maissa ajatellaan, että nainen, jolla on komplikaatioita raskaudessaan, on voitu kirota (Finlayson & Downe 2013, 5). Afganistanissa raskauskomplikaatioista kärsivä nainen voidaan viedä ensimmäiseksi henkiparantajan luo, koska hänen uskotaan olevan pahan hengen riivaama. (Rahmani & Brekke 2013, 4.)

Tupakanpoltto tai tupakansavulle altistuminen raskausaikana on kehittyvissä maissa suuri ongelma. Etelä-Amerikassa raskaana olevien tupakointi on yle-

sintä, Uruguayssa jopa 18% heistä tupakoi. Naisten sosiaalisen aseman heikkouden vuoksi heillä ei ole monesti valtaa kieltää kotona tupakointia perheenjäseniltään, joten vaikka he eivät raskaana ollessa itse polttaisikaan, he voivat altistua passiiviselle tupakoinnille. Pakistanissa noin puolet raskaana olevista naisista kertoo säännöllisesti altistuvansa tupakansavulle. (Bloc, Althabe, Onyamboko, Kaseba-Sata, Castilla, Freire, Garces, Parida, Goudar, Kadir, Goco, Thornberry, Daniels, Bartz, Hartwell, Moss & Goldenberg 2008, 1836-1837.)

2.6.2 Raskausajan ravitseminen

Islaminuskossa on vaihtelevasti tulkittu Koraania niin, ettei raskaana olevan naisen olisi pakko paastota Ramadanin aikaan, etenkin jos paastolla on epäedullisia terveysvaikutuksia. Paasto tulee kuitenkin suorittaa jälkikäteen heti kun terveys-tilanne sen sallii. Maa- ja kulttuurikohtaisia eroja on paljon. (Altaf 2018; Islamweb 2010; IslamQA 2010.)

Somalinaiset syövät usein raskausaikana vähemmän. He uskovat, että niin toimien vauvan koko pysyy pienempänä, synnytys on helpompi ja keisarinleikkaukseen joutumisen riski pienenee. (Koski 2014, 31.) Erityisesti he välttävät rasvaisien ruokien syömistä ensimmäisellä raskauskolmanneksella (Hassinen-Ali-Azani 2002, 166). Myös Intiassa ja Pakistanissa on tavallista, että raskausaikana syödään niukemmin, jotta vauvasta ei tulisi liian iso ja synnytyksestä sen vuoksi vaikea (D'Souza, Jayaweera & Pickett 2016, 967).

Varsinkin eteläisessä Aasiassa raskauden ajatellaan olevan kuuma tila, jota koetetaan tasapainottaa nautitulla ravinnolla. Erityisesti raskauden alkuaikoina kehoitetaan nauttimalla viileitä ruokia, kuten kasviksia, hedelmiä, jäävettä ja jäätelöä keskenmenon välttämiseksi. Raskauden loppua kohti auttamaan ja edistämään synnytystä sen sijaan suositetaan kuumia ruokia, jollaisiksi katsotaan naudan- ja kananliha, munat, pähkinät, kuivahedelmät, mausteiset ruoat ym. (Qureshi et al. 2016, 87.)

2.6.3 Hivenaineiden saannin turvaaminen

Erityisesti Afrikan maissa, Aasiassa ja Etelä-Amerikassa sekä osissa Pohjois-Amerikkaa ja Eurooppaakin on tavallista, että raskaana oleva nainen syö maa-ainesta, pääasiassa savea tai multaa, tapaa kutsutaan geofagiaksi. Maa-aineksen syöminen on yleistä erityisesti maaseudulta köyhistä oloista tulevien odottavien äitien keskuudessa. Aiheesta on tehty lukuisia tutkimuksia ympäri maailman, mm. Al-Rmalli, Jenkins, Watts & Haris 2010, Macheke, Olowoyo, Matsela & Khine 2016 sekä Nyaruhucha 2009.

Etelä-Afrikkalaisen tutkimuksen (Macheke et al. 2016) mukaan tapa on yleisempi yksinäisten naisten keskuudessa, sen sijaan koulutustaustalla ei ole merkitystä tavan yleisyyteen. Maa-ainesta syödään, koska siihen tunnetaan himoa, jonka ajatellaan johtuvan raudan tai muiden hivenaineiden (Al-Rmalli et al. 2010) puutteesta. Korvaavaa rautaa ja muita hivenaineita uskotaan saatavan maa-ainesta syömällä. Useimmilla on lähipiirissä ihmisiä, äitejä tai siskoja, jotka myös ovat kertoneet syöneensä maa-ainesta raskaana ollessaan, eli tapa on useimmiten myös syvästi kulttuurillinen. Tieteellistä näyttöä maa-aineksen syömistä puoltamaan ei ole olemassa. Se voi kuitenkin olla vahingollista sekä äidin että sikiön terveydelle mahdollisten maaperässä olevien myrkkujen ja raskasmetallien kuten arseenin, kadmiumin ja lyijyn, sekä saveen syömisen aiheuttaman ummetuksen vuoksi. Monesti odottavat äidit kuumentavat maa-aineksen ennen sen nauttimista siinä uskossa, että se tuhoaa bakteereja ja on siten vähemmän vahingollista terveydelle. (Al-Rmalli et al. 2010; Macheke et al. 2016.)

2.6.4 Raskausoireet ja niiden lievittäminen

Hassinen-Ali-Azzanin (2002) väitöskirjatutkimuksessa kävi ilmi, että somalinaiset uskovat raskausajan närästyksen johtuvan siitä, että vauvalla on pitkät hiukset. Osa naisista epäili kuitenkin asiaa, sillä oli närästyksestä huolimatta synnyttänyt vauvan, jolla ei ollut hiuksia syntyessään. Samassa tutkimuksessa kävi ilmi, että somalinaiset kokivat raskauspahoinvointinsa olevan Suomessa vaikeampaa ja kestävämpää pidempään, kuin Somaliassa raskaana ollessaan. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 169).

Vaihtoehtolääketieteeseen turvautuminen ja luontaistuotteiden käyttö raskausaikana on yleistä kaikkialla maailmassa. Lääkitysmuotoina voivat ovat mm. yrtit, vitamiinit ja hivenaineet ja hoitomuotoina hieronta, aromaterapia, akupunktio, homeopatia, reikihoidot sekä erilaiset psykologiset, fyysiset ja hengelliset tekniikat. Usein näiden käytäntöjen tieteellinen näyttö puuttuu, sekä vaikutukset ja yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa ovat tuntemattomia. Näin luonnonlääketiede voi olla jopa vaarallista odottavalle äidille ja sikiölle. (Jung, Yu-Rim, Ahmed, Soojeung, Al-Hammadi, Widad & Dongwoon 2016, 1.)

Jung, Yu-Rim, Ahmed, Soojeung, Al-Hammadi, Widad & Dongwoon selvittivät vuonna 2016 raskaana olevien irakilaisnaisten vaihtoehtolääketieteen käyttöä. Yli 50% tutkituista irakilaisnaisista turvautui tutkimuksen mukaan vaihtoehtoisiin menetelmiin vähintään kaksi kertaa viikossa. Suurin osa heistä käytti yrttejä tai muita luonnontuotteita sekä vitamiineja. Suosituimpia käytetyistä luonnontuotteista olivat mm. Nigella Sativa eli ryytineito, kamomilla, kaneli, risiini, inkivääri, hunaja, valkosipuli, piparminttu, kumina ja lakritsi. Tärkeimpiä syitä käyttää luonnonlääkkeitä ovat kulttuurilliset syyt, vaarattomuus sikiölle, niiden teho sekä sikiön suojeleminen. (Jung et al. 2016.)

Suomalaisissa ravintosuosituksissa raskaana olevia naisia kehoitetaan välttämään luonnontuotteita ja yrttivalmisteita pääasiassa niiden tuntemattomien sikiövaikutusten vuoksi (Malm 2016). Ryytineitoa on tutkittu paljon, joskaan ei raskausaikana. Se on Suomessa vähän käytetty, joten siitä ei meillä ole olemassa erillistä suositusta.

Kamomillaa käytetään mm. vatsavaivoihin ja unettomuuteen. Sillä on kuitenkin veren hyytymistä ehkäiseviä ominaisuuksia, joten se lisää verenvuotoriskiä. (Malm 2016, Jung et al. 2016.) Kassiakanelin sisältämän kumariinin, joka on luontainen toksiini, vuoksi sen jatkuvaa käyttöä ei suositella kenellekään, muuten kaneli ei ole erityisellä kieltolistalla. Muutkin kanelilaadut kuitenkin sisältävät jonkun verran kumariinia, joten säännöllinen käyttö ei ole suositeltavaa. (Evira 2017.)

Inkivääriä käytetään usein lieventämään raskauspahoinvointia. Sen on kuitenkin todettu lisäävän sekä solukuolemaa että verenvuotoriskiä. Samoin valkosipulilla

on verenvuotoriskiä lisäävä vaikutus. (Malm 2016.) Risiinin siementen kuten muidenkin öljykasvien siementen käyttö esim. ruoansulatuksen edistämisessä ja ummetuksen ehkäisemisessä on raskausaikana kielletty siemeniin maaperästä kertyvien raskasmetallien vuoksi. Lakritsi sisältää paljon glykyrritsiiniä, joka nostaa verenpainetta, lisää turvotusta sekä voi aiheuttaa keskenmenovaaran ja olla mahdollisesti yhteydessä lapsen kehityshäiriöihin. (Evara 2017.)

2.6.5 Yhteisöllisyyden merkitys

Afganistanissa maaseudulla saatetaan käydä eräänlaista heimojen sisäistä kilpailua lasten määrässä, ja uskotaan perheen vahvuuden kulkevan käsi kädessä lasten lukumäärän kanssa. Kaupungistuneet koulutetut ihmiset sen sijaan pyrkivät perheen koossa länsimaiseen normiin. (Haider, Todd, Ah-madzai, Rahimi, Azfar, Morris & Miller 2009, 943-945.)

Monissa Afrikan ja Aasian maissa syntyvän lapsen sukupuolella on merkitystä. Pojan uskotaan tuovan perheelle voimaa ja vaurautta, kun taas tytön syntyminen tietää perheelle rahanmenoa myötäjäisten merkeissä. Raskaana olevalle naiselle tytön syntyminen voi olla pelottavaa ja ahdistavaa, vaikka hän sitä itse toivoisikin. Monissa kolmansissa maissa se voi olla syy siihen, että mies ottaa avioeron ja etsii uuden vaimon. Poikalasten suosiminen onkin yleinen syy synnytyksenjälkeiseen masennukseen. (Rouhi, Rouhi, Vizheh, Salehi 2017, 575; Qureshi, Paquiao & Diegmann 2016, 86.)

Somalinaiset uskovat, että mikäli lapsi on poika, äidillä on tukevampi olo, kun taas tyttöä odottaessaan sikiö painuu alas lantioon ja odottavan äidin kävely on vaapuvaa. Pojista uskotaan myös aiheutuvan kovemmat synnytyskivut kuin tytöistä. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 168.)

Somaliassa oma äiti on raskaana olevan suurin tuki. Suomessa äitien yleensä asuessa muualla, somalimiehet ovat usein perinteistä paljon suuremmassa roolissa tukemassa raskaana olevaa vaimoaan. Synnytykseen mies ei Somaliassa osallistu, mutta tämäkin roolijako on Suomessa asuvilla somaleilla usein korvautunut suomalaisen käytännön mukaiseksi. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 169-171.)

Afganistanissa raskaana olevan naisen odotetaan olevan vahva ja sitkeä. Hän ei välttämättä uskalla valitella raskausvaivojaan, saati hakea apua, koska perhe ei tue häntä, vaan murehtii omaa ja vauvan terveyttä itsekseen. Mikäli hänen tilansa näyttää vakavalta, ensin turvaudutaan luontaislääkkeisiin, ja vasta niiden osoittaututtua tehottomiksi nainen voi päästä sairaalaan. (Rahmani & Brekke 2013, 4.)

2.6.6 Äitiysneuvolassa huomioitavaa

Suomessa on aiemmin tutkittu somalinaisten kokemuksia äitiysneuvolapalveluista. Pääasiassa sen laatuun, turvallisuuteen ja tekniseen osaamiseen oltiin tyytyväisiä, mutta kulttuurilliseen tuntemukseen toivottiin parannusta. (Degni, Suominen, Ansari, Vehviläinen-Julkunen & Essene 2013, 357-359).

Islamilaisen käsityksen mukaan raskauksien ehkäisy, abortti ja keisarinleikkaus ovat kiellettyjä, elleivät raskaana oleva nainen tai sikiö ole hengenvaarassa ilman niitä (Islamweb 2016). Naisten ympärileikkaus kuuluu Islamin mukaan jokaiselle naiselle, jotta hänen neitsyytensä ja uskollisuutensa voidaan taata. Äidin ympärileikkaus kuitenkin katsottiin suurimmaksi syyksi äidin ja/tai vauvan kuolemaan synnytyksen yhteydessä. (Degni et al. 2013, 357-359). Naisen ympärileikkauksen toteuttamisessa on kuitenkin paljon maa- ja kulttuurikohtaisia eroja.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Suomeen tulleiden kolmansien maiden maahanmuuttajien omista kulttuureistaan tuttuja uskomuksia ja käytäntöjä raskausajan hyvinvointiin liittyen. Lisäksi on tarkoitus selvittää maahanmuuttajien odotuksia ja toiveita raskausajan terveystalvluille Suomessa. Tavoitteena on tuottaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisten, erityisesti äitiysneuvoloiden työntekijöiden työn tueksi, jotta heidän olisi mahdollista ottaa juuri maahanmuuttaja-asiakkaidensa tarpeiden mukaisia asioita puheeksi äitiysneuvolakäynneillä.

Opinnäytetyö kuuluu hankkeeseen, jossa pyritään edistämään maahanmuuttajaperheiden ja neuvoloiden yhteistyötä ja siten vaikuttamaan siihen, että maahanmuuttajaperheet käyttäisivät enemmän neuvolapalveluita. Hankkeen tarkoitus on kehittää vertaistuettu perhevalmennusmalli siten, että se huomioisi paremmin maahanmuuttajien erityistarpeet.

Tutkimuskysymykset:

Mitä uskomuksia ja käytäntöjä kolmansien maiden maahanmuuttajilla on liittyen raskauden ajan hyvinvointiin?

Mitä odotuksia kolmansien maiden maahanmuuttajilla on raskaudenaikaiselle terveydenhoidolle Suomessa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Laadullisen tutkimusmenetelmän juuret nousevat useista eri ajattelusuunnista ja tieteenaloista, fenomenologiasta kasvatustieteisiin (Eskola ja Suoranta 2003, 25-30). Laadullista tutkimusta kuvataan induktiivisena eli tutkimus suuntaa yksittäisestä yleiseen (Eskola & Suoranta 1998, 14; Hirsjärvi & Hurme 2000, 25; Cheek, Onslow & Cream, 2004), ja sen pohjalla on empiirinen eli kokemusperäinen ihmistutkimus (Eskola & Suoranta 1998, 25; Hirsjärvi & Hurme 2000, 13). Opinnäytetyössämme tutkimme ihmisten kokemuksia ja pyrimme yleistämään yksittäisistä kokemuksista ja omista havainnoistamme laajempaan. Pelkistettynä laadullinen tutkimus on aineistolähtöistä analyysiä tutkittavasta ilmiöstä, sen pohjalla ei ole valmista teoriaa ja kiveen hakattuja ennako-olettamuksia (Eskola & Suoranta 1998, 19; Hirsjärvi & Hurme 2000, 25; Janhonen & Nikkonen 2001, 11).

Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan sekä ymmärtämään ilmiöitä/tapahtumia tai toimintaa teoreettisesti mielekkäin tulkinnoin, pyrkimättä tilastollisiin yleistyksiin. Tutkittavasta ilmiöstä saadaan käsitteellinen ymmärrys. (Eskola & Suoranta 1998, 61-62.) Tutkittavien omat tulkinnat ja käsitykset ovat keskiössä, tutkimuksella annetaan tietylle ihmisryhmälle ääni (Hakala 2015, 22; Eskola & Vastamäki 2015, 27; Hirsjärvi & Hurme 2000, 28; Pope & Mays 1995). Laadullinen tutkimus on kiinnostunut merkityksistä, joita ihmiset antavat ilmiöille ja tapahtumille (Hirsjärvi & Hurme 2000, 28). Tutkittavat henkilöt valitaan usein sen perusteella, että heidän oletetaan tietävän eniten tutkimusaiheesta (Kylmä, Vehviläinen-Julkuinen & Lähdevirta 2003, 611). Kun asiasta tiedetään vähän, on perusteltua lähteä tutkimaan sitä laadullisin menetelmin (Pope & Mays 1995). Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kolmansien maiden kansalaisten omia käsityksiä ja uskomuksia liittyen raskauden ajan hyvinvointiin. Kyseistä aihetta on Suomessa tutkittu suhteellisen vähän, eivätkä kansainväliset tutkimukset ole suoraan verrattavissa Suomen perhevalmennusmalliin.

Opinnäytetyön rajallisten resurssien vuoksi aineistomme perustuu harkinnanvaraiseen otokseen tietystä, rajatusta ihmisryhmästä. Laadullinen tutkimusmenetelmä puoltaa myös harkinnalla rajattua tutkimusotetta, jolloin aineistoa analysoidaan perusteellisesti ja pieni tapausmäärä voidaan hyvällä tulkinnalla yleistää suurempaan yleisöön. (Eskola & Suoranta 1998, 18; 64-65). Tulkinnat aineistosta ja sen analyysistä nousevat siis keskiöön. Aineiston koko ei ratkaise, vaan tulkintojen kestävyys ja syvyys. (Eskola & Suoranta 1998, 67.)

4.2 Aineistonkeruu

Haastattelun perusideana on kysyä ihmiseltä itseltään asiaa, josta halutaan tietää. (Eskola & Vastamäki 2016, 27; Hirsjärvi & Hurme 2000, 11). Pohtiessamme aineistonkeruumenetelmää tutkimuskysymyksen perusteella oli loogisinta päätyä haastatteluun. Raskauden ajan hyvinvointia kolmansien maiden maahanmuuttajien näkökulmasta ei ole Suomessa juuri tutkittu. Haastattelu aineistonkeruumenetelmänä on perusteltu, kun tutkittavasta ilmiöstä tiedetään vain vähän, tutkittavan henkilön halutaan vapaasti tuovan omia käsityksiään esille ja tutkimuksen aiheena on arka tai vaikea asia (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35). Haastattelulla saadaan tietoa monitahoisesta ja laajasta aiheesta, ja se antaa mahdollisuuden tulkita käsiteltävää asiaa jo haastatteluvaiheessa.

Kun haastateltavat henkilöt eivät puhu suomea äidinkielenään, esimerkiksi kyselylomaketta ei voi silloin luotettavasti täyttää. Vallin (2015, 85) mukaan tutkimuksen tulokset voivat vääristyä, jos kysymys on muotoiltu niin, ettei siihen vastaaja ymmärrä sitä kuten tutkija on tarkoittanut. Haastattelimme henkilöitä useista eri maista, joten kaikille yhteistä äidinkieltä ei ollut, eikä opinnäytetyön puitteissa ole resursseja tai aikaa käännöksiin.

Valitsimme haastattelumuodoksi teemahaastattelun. Teemahaastattelun etu on se, että se etenee etukäteen valittujen osa-alueiden, teemojen varassa, ei yksityiskohtaisten lukittujen kysymysten varassa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48; Tuomi & Sarajärvi 2018, 87). Teemat perustuvat opinnäytetyön aiheeseen, raskauden ajan hyvinvointiin ja sen määritelmään tässä opinnäytetyössä, teemat ovat esillä teemahaastattelurungossa (liite 3). Teemahaastattelussa ”-- ihmisten tulkinnat

asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä--” (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48). Haastattelusta voi nousta esiin ennalta määrittelemättömiä aiheita, jotka voidaan ottaa mukaan analyysivaiheessa ikään kuin omina teemoinaan (Kilkku 2018, Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Lisäksi teemahaastattelussa kysymyksiä voi syventää ja tarkentaa riippuen haastateltavien vastauksista (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88).

Tässä työssä teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Perusteena valinnallemme oli se, että ryhmähaastattelulla saadaan nopeasti tietoa usealta haastateltavalta ja haastattelu on keskustelunomainen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61-63). Keskustelun avulla toivoimme haastateltavien kertovan avoimemmin myös arkaluontoisemmista asioista, kuin perinteisellä haastatteluasetelmalla, jossa yksi henkilö kyselee kysymyksiä toiselta.

4.3 Osallistujien rekrytointi ja kuvaus

Haastattelut toteutettiin yhteistyössä Niitty-hankkeen ja sen yhteistyökumppanien kanssa. Yhteistyötahon työntekijät valitsivat muutaman haastateltavan, joille järjestettiin ryhmässä teemahaastattelu. Haastatteluun tulisi osallistua mielellään noin 5 henkilöä riittävän monipuolisen aineiston saamiseksi. Opinnäytetyön rajallisten resurssien vuoksi aineistomme perustuu harkinnanvaraiseen otokseen tietystä, rajatusta, ihmisryhmästä.

Halusimme haastateltaviksi maahanmuuttajanaisia, jotka osaavat puhua riittävän hyvää suomea ja joilla on kokemusta raskauden ajasta. Tällöin heille on muodostunut käsitys oman kulttuurinsa raskausaikaan liittyvistä asioista ja he pystyvät kertomaan uskomuksista ja käytännöistä. Haastateltaviksi valikoituneet naiset olivat kaikki asuneet Suomessa keskimäärin yli 10 vuotta, joten heidän suomen kielen taitonsa oli riittävä haastattelun onnistumiseksi. Haastateltavat olivat kotoisin kolmansista maista ja olivat joko islaminuskoisia tai kristinuskoisia. Kaikilla naisilla oli kokemusta raskausajasta Suomessa, osalla myös muualta.

4.4 Haastattelujen toteuttaminen

Suunniteltuja haastattelukertoja oli kaksi kesäkuulle 2018, sillä samalla naisia haastateltiin myös synnytykseen liittyvistä asioista kätilötyön kehitystehtävää varten. Ensimmäisestä haastattelusta saimme riittävästi aineistoa, eikä toiselle haastattelukerralle tullut riittävä määrä haastateltavia, joten opinnäytetyö toteutettiin lopulta yhdellä haastattelukerralla. Haastattelutilanteessa olivat läsnä neljä haastateltavaa ja kolme haastattelijaa. Ennen haastatteluajankohtaa yhteyshenkilölle lähetettiin opinnäytetyön haastatteluista tiedote (liite 1), jonka hän jakoi haastatteluun osallistuville henkilöille. Veimme saman tiedotteen myös haastattelutilanteeseen tulostettuna.

Haastatteluun oli varattu aikaa kaksi tuntia, mutta se kesti hieman yli tunnin. Tallensimme haastattelun omilla puhelimillamme. Haastattelun alussa esittelimme itsemme ja haastattelun aiheen sekä kerroimme opinnäytetyöprosessista. Haastateltavat täyttivät tietoisien suostumuslomakkeen (liite 2).

Haastattelu eteni teemahaastattelurungon (liite 3) avulla, osasta aiheita syntyi vilkasta keskustelua, osan käsittely jäi pintapuolisemmaksi. Haastattelussa nousi esiin myös useampi ennalta odottamaton aihe. Vaikka näitä aiheita ei teemahaastattelurungossa ollutkaan, keskustelu sai kulkea vapaasti. Välillä haastateltavat puhuivat myös omaa äidinkieltään, joko kääntäen toisilleen tai kenties keskustellen innostuneesti jostain muusta. Pyrimme ohjaamaan keskustelua takaisin valittuihin teemoihin apukysymyksiä käyttäen.

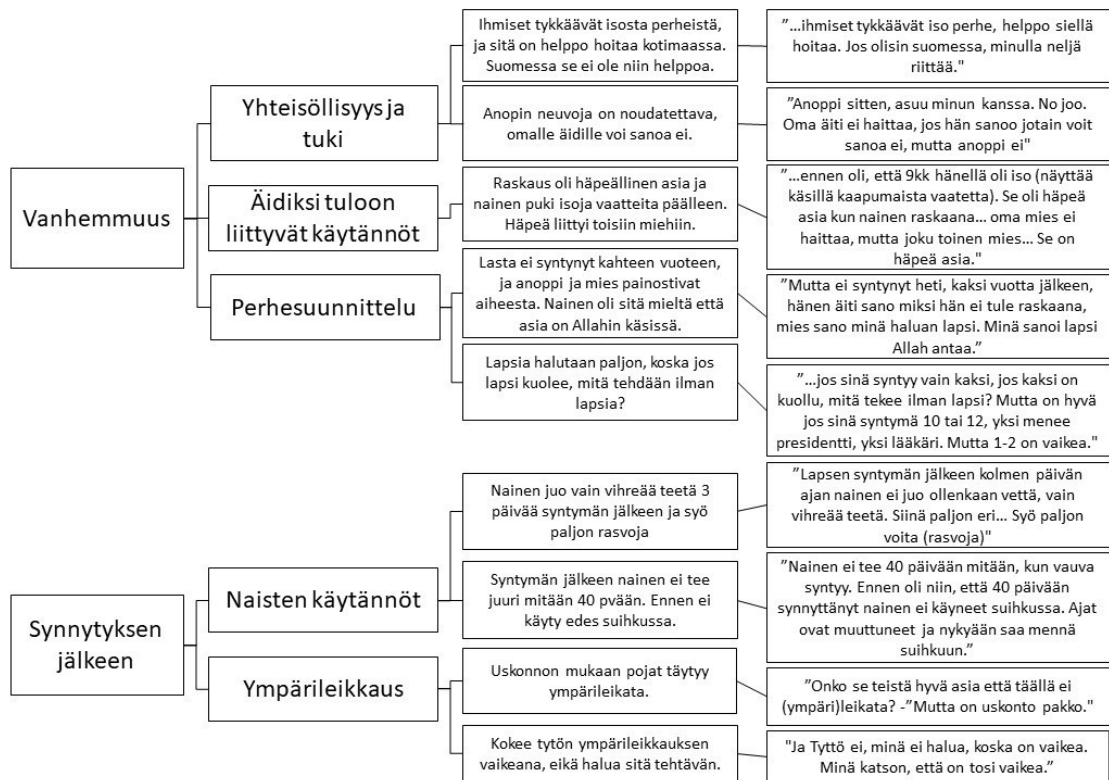
Keskustelu oli avointa ja mukavaa, me haastattelijoina koimme tunnelman rennoksi. Naiset puhuivat vapaasti eri aiheista emmekä havainneet minkään aiheen kohdalla, että siitä olisi ollut vaikea puhua. Haastattelun aikana kerroimme avoimesti myös omista taustoistamme liittyen raskauteen ja äitiyteen, halusimme sillä tuoda haastattelutilanteeseen lisää vuorovaikutusta ja samalla välittää haastateltaville viestiä samanarvoisuudesta.

4.5 Aineiston analyysi

Laadullisen aineiston analyysi on usein induktiivista aineistolähtöistä analyysiä. Puhtaasti tällä menetelmällä toimimalla analyysiin ei kuitenkaan pitäisi vaikuttaa mikään edeltävä tutkimus, teoria tai tieto aiheesta. Toisaalta täysin teoriasidonnainen analyysi, jossa analyysiä ohjaa jokin aiempi malli tai teoria, ei usein sovi laadullisen aineiston analyysiin, etenkin jos vastaavaa aineistoa on tutkittu vähän. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108-110.) Tässä työssä ei ole valmista ajatusta tai teoriaa, joka ohjaisi aineiston analyysiä, joten analyysimenetelmä on aineistolähtöinen. Eskolan ja Suorannan (1998, 18; 65-65) mukaan aineiston perusteellinen analyysi mahdollistaa tulosten yleistämisen, keskiössä on siis aineiston analyysi ja tulkinnat.

Laadullisessa sisällönanalyysissä aineisto käsitellään vaiheittain. Haastattelut litteroidaan, jonka jälkeen aloitetaan analyysi koodaamalla aineistosta toistuvia ja merkittäviä kohtia. Analyysimenetelmiä on useita erilaisia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 114). Haastattelutilanteesta syntyi kolme eri tallennetta, joista litteroimme sen tekstiaineistoksi. Litterointi oli hieman haastavaa, koska keskustelunomainen haastattelu johti päällekkäiseen puhumiseen ja ajoittaisiin naurunpuuskiin. Haastattelutila aiheutti taustahälyä, koska sen seinät eivät olleet umpinaiset ja viereisessä tilassa oli muuta toimintaa. Myös haastateltavien osittain puutteellinen kielitaito vaikeutti litterointia, kun lausuminen oli erilaista ja ajoittain piti turvautua elekieleen.

Haastatteluaineiston koodaus eteni aineistolähtöisesti. Koodauksen jälkeen pelkistimme alkuperäisilmaukset. Aineistomme analyysiin sopi luokittelua paremmin teemoittelu, eli aineiston järjestäminen teemojen mukaan. Teimme taulukon (Kuva 1.) alkuperäisilmauksista, niiden pelkistyksistä ja alakäsitteistä. Taulukoon kirjasimme myös teemahaastattelurungon mukaiset teemat, sekä aineistosta muodostuneet uudet teemat ja alakäsitteet. Taulukon avulla lähdimme analysoimaan aineistoa järjestelmällisesti.



Kuva 1. Esimerkkiotos aineistomme koodauksesta

5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Uskomukset ja käytännöt

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme oli ”Mitä uskomuksia ja käytäntöjä kolmansien maiden maahanmuuttajilla on liittyen raskauden ajan hyvinvointiin?”

Tätä aihetta varten käytimme haastattelussa teemahaastattelurunkoa (liite 3), jonka olimme suunnitelleet äitiysneuvolan perhevalmennusmallin pohjalta. Uskomuksia ja käytäntöjä koskevaan kysymykseen liittyvät teemat haastattelusamme olivat:

- Raskausajan terveystottumukset
- Raskauteen liittyvät oireet
- Vanhemmuus
- Parisuhteen muutokset raskausaikana
- Raskausajan herkistämät tunteet

Keskustelua raskauteen liittyvistä oireista ja oireiden lievittämisestä ei haastattelussa syntynyt kysymyksistämme huolimatta. Haastateltavat totesivat, ettei oireiden lievittämiseksi voi tehdä mitään. Olimme odottaneet tähän teemaan enemmän aineistoa, mm. kotikonsteja erilaisten raskausoireiden lievittämiseksi, sillä aiheesta on tehty paljon tutkimusta. Vanhemmuus –teeman alle lisäsimme aineistosta esiin nousseen aiheen ”Perhesuunnittelu”. Useassa kohtaa keskustelu sivusi yhteisöllisyyttä sekä yksilöllisen tuen merkitystä raskaana olevan elämässä. Haastateltavien omissa kulttuureissa yhteisöllisyys ja yksilöllinen tuki ovat toisiinsa sidoksissa olevia asioita, joten siksi olemme tässä työssä yhdistäneet ne omaksi alakäsitteeksi ”Yhteisöllisyys ja tuki”. Parisuhteen muutokset raskausaikana –teeman alle nousi haastattelusta uudeksi aiheeksi ”Ehkäisy” jonka yhdistimme ”Seksuaalisuus”-aiheeseen. Lisäksi Raskausajan tunteet –teemaan lisäsimme aiheen ”Ahdistus raskaaksi tulemisesta, raskaana olosta ja vauvasta”.

5.1.1 Raskausajan terveystottumukset

Teeman alakäsitteitä ovat ravitseminen, päihteet, liikunta ja hygienia. Hygieniaan liittyen aineistosta ei noussut mitään erityistä raskauteen liittyen. Emme saaneet haastateltavilta myöskään raskausajan liikuntaa koskevia vastauksia, joten laajensimme aiheen käsittelemään raskausajan toimintakykyä yleisesti. Toimintakykyyn liittyen aineistosta ilmeni, että raskaana ollessa nainen tekee arkiaskarensa kuten ennenkin, mutta raskaaksi koettuja kantamuksia vältetään kantamasta ja seksiä arastellaan. Eräs haastateltava kertoo, että hänen kotimaassaan raskaus nähdään sairautena.

Ennen naiset vain 9 kk istui, ei tehnyt mitään. Meillä sanotaan, että se on sairaus. Ja meillä sanottiinkin, jos joku kysyi, mikä hänellä on. Sanottiin että hän on sairas, ei sanottu, että on raskaana.

Yleisesti tuntui siltä, että terveystottumukset ravitsemuksen ja päihteiden osalta ovat pitkälti samoja kuin Suomessakin. Uskonnon vaikutuksesta päihteitä, kuten alkoholia ja tupakkaa, ei juuri naisten keskuudessa käytetä. Keskustelussa selvisi, että tupakointi koettiin häpeänä, myös miesten tupakointi. Haastateltavat kertoivat, että raskauden tai kuukautisten aikana musliminainen ei paastoa Ramadanin aikana.

Jos tulee kuukausi [kuukautiset], ei paastoa 7 päivään, [muuten] taivas suuttua.

Aikaisempiin tutkimuksiin perustuen yksi apukysymys liittyi mullan syöntiin raskausaikana. Kukaan haastateltavista ei kertonut itse syöneensä multaa, mutta tapa oli heille tuttu.

Minun enon vaimo oli raskaana ja tykkäsi syödä vähän niin kuin multaa. Minä ostin hänelle kaupasta.

Minä haluan syödä hiekkää. Tekee mieli syödä hiekkää. Koska hemoglobiini on niin matala.

Haastateltavat olivat kaikki sitä mieltä, että raskaana olevan teki mieli syödä multaa matalan hemoglobiinin vuoksi. Yksi haastateltava kertoi, että hänen kotimaassaan multaa syötiin käsittelemättömänä.

5.1.2 Vanhemmuus

Teeman alakäsitteitä ovat yhteisöllisyys ja tuki, äidiksi tuloon liittyvät käytännöt, perhesuunnittelu sekä toiveet ja uskomukset vauvan sukupuolesta. Äidiksi tuloon liittyvistä käytännöistä ei juuri syntynyt keskustelua. Kaksi haastateltavaa kertoivat, että kotimaassa raskaana oleva pukeutuu isoihin vaatteisiin. Toinen heistä totesi, että ennen raskaus on ollut häpeällinen asia ja häpeä liittyi toisiin miehiin.

Se oli häpeä asia kun nainen raskaana. Oma mies ei haittaa, mutta joku toinen mies. Se on vähän häpeä asia.

Yhteisöllisyys ja tuki

Aineistossa korostuu yhteisöllisyyden ja tuen merkitys raskaana olevalle maahanmuuttajanaaiselle. Haastateltavat kokivat lasten kasvattamisen Suomessa vaikeammaksi kuin kotimaissaan yhteisöllisyyden puutteen vuoksi. Heidän mukaansa yleisesti ihmiset pitävät isosta perheestä, joten perhe ja oma yhteisö tukevat raskaudessa ja lasten hoidossa.

Minä ei on hoitaja, lapset hoitaa. Iso tyttö 13, hän auttaa, hän syöttää.

Naisen oma äiti koettiin suurimmaksi henkiseksi tueksi, mutta usein hän on jäänyt kotimaahan, josta käsin on vaikea antaa tarpeeksi tukea. Anopilla on suuri valta myös raskausaikaa koskevissa asioissa, ja eräs haastateltava totesikin, että anopin neuvoja on noudatettava. Anopin ja miniän väliset suhteet nähtiin vaikeina.

Oma äiti ei haittaa, jos hän sanoo jotain voit sanoa ei, mutta anoppi ei.

Anoppi on tykkää hänen tyttö, mutta ei tykkää hänen poikan vaimo.

Aviomiehen rooli naisen tukemisessa on kaksijakoinen. Toisaalta haastateltavat kertoivat, että miesten painostus raskaaksi tulemiseen aiheuttaa ahdistusta. Eräs haastateltavista kertoi, että kotimaassaan mies ottaa toisen vaimon, jos nainen ei tule kahdessa vuodessa raskaaksi.

Joo, koska heti mies, jos sinä kaksi vuotta ei syntymä, hän otin toinen vaimo, hän tarvii lapsi.

Toinen haastateltava lisäsi, että kuukauden kuluessa naimisiinmenosta olisi hyvä olla raskaana. Raskaaksi tulemisen tärkeydestä huolimatta vauva ei kiinnosta miestä raskausaikana. Haastateltavat kokivat kuitenkin, että miehet ymmärsivät heidän raskausajan mielialanvaihteluitaan.

Kuukaudessa pitäis sisällä tulla raskaana, jos ei tule, sitten tulee ongelmia.

Haastateltavat kertoivat useaan otteeseen, että paineet tulla raskaaksi ahdistavat. Sekä mies että anoppi painostavat, ja raskauden toivotaan alkavan pian naimisiinmenon jälkeen. Eräs haastateltava kertoi, että mies ottaa uuden vaimon, jos vaimo ei tule raskaaksi tietyssä ajassa. Raskaana ollessa naiset miettivät kovasti vauvan sukupuolta. Koska poika on paljon toivotumpi kuin tyttö, ajatukset vauvan sukupuolesta vaivaavat mieltä koko raskausajan.

Kotimaassa naiset koko ajan miettivät ihan alusta ja loppuun, että tuleeko tyttö vai poika, koko ajan.

Perhesuunnittelu

Keskustelussa tuli esiin useasti, että lasta toivotaan hyvin pian naimisiinmenon jälkeen ja raskauden alkamiseen on yhteisössä määritelty tietty aika. Jos nainen ei tule raskaaksi, vaikuttaa se kaikkiin perhesuhteisiin ja aiheuttaa pariskunnalle ahdistusta. Eräs haastateltava kertoi omasta tilanteestaan ja asiasta painostamista kohdatessaan oli hän todennut sen olevan Allahin käsissä.

Mutta [lapsi] ei syntynyt heti, 2 vuotta [naimisiinmenon] jälkeen. Hänen äiti [haastateltavan anoppi] sano miksi hän ei tule raskaana. Mies sano minä haluan lapsi. Minä sano lapsi Allah antaa.

Keskustelimme myös siitä, kuinka nopeasti olisi toivottavaa tulla uudelleen raskaaksi. Yksi haastateltavista kertoi, että uskonnon (Islam) mukaan äiti imettää 2 vuotta ja tulee sitten uudelleen raskaaksi. Lapsia toivotaan perheeseen paljon haastateltavien mukaan. Yksi haastateltavista kertoo syyksi sen, että jos lapsi tai lapsia kuolee, niin perheeseen jää vielä monta lasta, joilla on mahdollisuus saavuttaa hyvä ammatti. Samalla haastateltava kysyy, mitä tehdään ilman lapsia.

Jos sinä syntyy vain 2 jos kaksi on kuollu, mitä tekee ilman lapsi. Mutta on hyvä jos sinä syntymä 10 tai 12.

Toiveet ja uskomukset sukupuolesta

Aineistossa korostuu, että vauvan toivottu sukupuoli on poika. Tyttö sen sijaan koetaan vaikeaksi. Pojan saamisen kerrotaan olevan tärkeä anopille sekä miehelle, äidit miettivät paljon tulevan lapsen sukupuolta raskausaikana. Toisaalta tärkeintä kerrottiin olevan, että lapsi on terve. Erilaisia uskomuksia sikiön sukupuoleen liittyen käytiin haastattelussa läpi useita:

- Jos äidin tekee mieli syödä makeaa, olisi vauva poika, mikäli taas hapanta, olisi vauva tyttö.
- Jos äidin vatsa on pyöreänä edessä, olisi vauva poika, jos taas leveä, olisi vauva tyttö
- Jos äidin peppu kasvaa isoksi, odottaa hän tyttöä
- Tyttö vie äidin kauneuden, äidistä tulee ruma

5.1.3 Parisuhteen muutokset raskausaikana

Teeman alakäsitteitä ovat miehen osallisuus raskausaikaan liittyvissä asioissa sekä seksuaalisuus ja ehkäisy. Haastateltavat puhuivat paljon myös ehkäisystä, joten otimme sen mukaan analyysiin. Parisuhde, seksuaalisuus ja ehkäisy ovat kiinteästi toisiinsa liittyviä käsitteitä, siksi ehkäisyä käsitellään osana parisuhteen

muutoksia raskausaikana. Miehen osallisuudesta ei tullut suoraa vastauksia kuin yksi, jossa todettiin, että miehet eivät ole kiinnostuneita vauvasta raskausaikana.

Raskausajan seksuaalisuudesta haastateltavat puhuivat avoimesti ja kysyttäessä kertoivat myös ehkäisyyn liittyvistä asioista. Raskaana ollessa seksiä ei juuri harrasteta, mies ei haastateltavien mukaan tarvitse silloin seksiä. Haastateltavat kertoivat, että ehkäisy on Islamin uskossa kielletty, mutta naiset totesivat silti käyttäneensä ehkäisyä (lääke/kierukka), ettei lasten määrä perheessä kasva liian suureksi. Raskauden ehkäisyksi mainittiin myös se, että mies ei nuku samassa huoneessa. Eräs haastateltava kertoi, että hänen kotimaassaan ei ennen ollut ehkäisylääkettä, nyt sitä on saatavilla.

Mutta islamin uskonnossa on ehkäisy kielletty.

5.1.4 Raskausajan (herkistämät) tunteet

Teeman alakäsitteitä ovat hormonien aiheuttamat mielialan muutokset, mitä tunteet merkitsevät ja uusi käsite ahdistus raskaaksi tulemisesta, raskaana olosta ja vauvasta. Mielialan muutoksista haastateltavat puhuivat hieman, lähinnä todeten, että mielialavaihteluja on, mutta niille ei voi mitään. Perhe ja mies kuitenkin ymmärtävät raskaana olevan mielialamuutoksia. Erilaisten tunteiden merkityksestä ei syntynyt keskustelua. Haastateltavat puhuivat paljon ahdistuksesta, joka aiheutui perheen ja yhteisön painostuksesta tulla raskaaksi, raskaana ollessa huoli voinnista ja vauvan terveydestä sekä sukupuolesta.

Haastateltava 1: Minä paljon vihainen kun raskaana.

Haastattelija: Mutta että saa olla sellainen kun on?

Haastateltava 2: ...ei sille voi tehdä mitään.

5.2 Odotukset

Toinen tutkimuskysymyksemme oli ”Mitä odotuksia kolmansien maiden maahanmuuttajilla on raskaudenaikaiselle terveydenhoidolle Suomessa?”. Odotuksiin liittyen olimme laatineet itsellemme apukysymyksiä haastatteluun, koska aihetta ei perhevalmennusmallin mukaisessa teemahaastattelurungossa käsitelty. Kysyimme haastateltavilta, mitä odotuksia heillä oli neuvolapalveluille Suomessa. Emme saaneet kysymykseen suoria vastauksia, mutta aihetta sivuttiin useampaan otteeseen. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että raskauden, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisen ajan hoito on Suomessa hyvää.

Aineistosta nousi esiin kaksi uutta aihealuetta, jotka olivat selvästi haastateltaville tärkeitä. Päätimme sisällyttää nämä teemat opinnäytetyöhön aiemmasta rajauksesta huolimatta ja nimesimme ne ”Synnytyksen jälkeen” ja ”Raskauden ja synnytyksen aikainen hoitotyö”. Teemat sisältävät erilaisia neuvolassa käsiteltäviä aiheita liittyen raskauteen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan. Synnytyksen jälkeiset aiheet halusimme käsitellä juuri odotusten yhteydessä, koska raskaana olevan naisen hyvinvointiin vaikuttaa myös hänen odotuksensa ja ajatuksensa synnytyksen jälkeisestä ajasta, jolloin neuvolan on pyrittävä vastaamaan näihin odotuksiin.

5.2.1 Synnytyksen jälkeen

Synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyen keskustelua syntyi kahdesta aiheesta: naisten käytännöistä ja lasten ympärileikkauksesta. Molempiin aiheisiin tulee Islamin uskonnosta ohjeita, joita voidaan tulkita eri tavoin.

Nainen ei tee 40 päivään mitään, kun vauva syntyy. Ennen oli niin, että 40 päivään synnyttänyt nainen ei käyneet suihkussa.

Haastateltavat kertoivat, että synnytyksen jälkeen nainen ei tee mitään 40 päivään. Mies ei myöskään nuku samassa huoneessa sinä aikana. Entisaikoina synnyttänyt nainen ei käynyt 40 päivään edes suihkussa, nykyään sallitaan suih-

kussa käynti. Käytännöistä kerrottiin myös, että nainen ei juo lainkaan vettä kolmeen päivään vauvan syntymän jälkeen, sallittu juoma on vihreä tee. Naisen on myös suositeltavaa syödä paljon rasvoja.

Poikien ympärileikkauksesta haastateltavat totesivat, että se on uskonnon mukaan pakollista tai toivottavaa. Haastateltavilla oli käsitys, että pojille ympärileikkaus on Suomessa mahdollista tehdä vain lääketieteellisin perustein. Yhden haastateltavan molemmille Suomessa syntyneille pojille ympärileikkaus oli tehty haastateltavan kotimaassa. Toisen haastateltavan poika oli ympärileikattu Suomessa.

Haastateltava: Joskus on tarvi, jos on syntynyt poika, tarvii että on ompelee, ympärileikkaus. Mutta Suomessa sanoo että ei pojat.

Haastattelija: Onko se teistä hyvä asia että täällä ei leikata [ympärileikkausta]?

Haastateltava: Mutta on uskonto pakko.

Tyttöjen ympärileikkauksesta puhui ainoastaan yksi haastateltava, hän koki tytön ympärileikkauksen vaikeana eikä halua sitä tehtävän.

Tyttö ei, minä ei halua, koska on vaikea, minä katson, että on tosi vaikea, minä ei tykkää tyttö.

5.2.2 Odotukset raskausajan ja synnytyksen hoitotyöltä

Teeman alakäsitteiksi muodostuivat neuvolassa huomioitavaa, odotukset ja pelot synnytykseen liittyvää hoitoa kohtaan sekä hoitokokemus Suomessa. Odotuksista naiset eivät suoraan kertoneet, kokemuksista ja kuulopuheista syntyi keskustelua.

Neuvolatyöntekijöitä varten tärkeitä huomioonotettavia asioita tuli haastattelussa esiin muutamia. Ajatus siitä, että lapsen voi synnyttää kotona ei ollut haastateltaville niin vieras kuin suurimmalle osalle suomalaisista, yksi haastateltava kertoo

synnyttäneensä kaksi lasta kotona. Haastattelun perusteella kävi ilmi, että neuvolassa ja synnytyssairaalassa tehtävät tutkimukset voivat kolmansissa maissa olla suppeampia kuin Suomessa, eräs haastateltava kertoi, että hänen kotimaassaan neuvolassa ei kuunnella vauvan sydänääniä. Myöskään kohdunkaulan tutkiminen toistuvasti synnytyksen aikana ei ollut tuttua kotimaasta. Naiset kokivat olevansa kipeitä, ja samanaikainen sisätutkimus lisäsi epämukavuutta. Miehen läsnäolo intiimissä hoitotilanteessa koettiin ongelmaksi. Haastateltavat kertovat, että uskonnon takia riisuutuminen mieslääkärille on vaikeaa, mies ei saisi myöskään koskettaa raskaana olevan vatsaa eikä tehdä sisätutkimusta.

Hoitokokemukset Suomessa olivat pääosin positiivisia ja haastateltavat kertoivatkin useaan otteeseen, että olivat tyytyväisiä hoitoon Suomessa. Hoito koettiin kattavaksi sekä potilasta kunnioittavaksi. Naiset olivat tyytyväisiä siihen, että Suomessa hoitohenkilökunta on usein naispuolista ja hoitoon tullessa voi toivoa naishoitajaa tai –lääkärinä, ja mikäli se on silloin mahdotonta, voi pyytää uutta aikaa. Yleisesti ottaen naiset olivat pettyneitä oman maansa terveystaloihin raskauden ja synnytyksen aikana.

Minun maa ei hyvä. Täällä tosi hyvä.

Synnytykseen liittyen haastateltavat kertoivat kokemuksistaan omissa kotimaissaan, ja niistä muodostui alakäsitys Odotukset ja pelot synnytykseen liittyvää hoitoa kohtaan. Lääkäri oli kieltänyt yhtä haastateltavaa itkemästä ja toinen kertoi, että kuulopuheiden mukaan lääkäri on pelottava. Suomessa taas koettiin, että hoidosta voi keskustella rauhallisesti.

6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan erilaisin kriteerein. Guban ja Lincolnin (1985, 290) mukaan luotettavuutta voidaan arvioida neljällä kriteerillä: totuusarvo, sovellettavuus, kiinteys ja neutraalius.

Totuusarvo eli uskottavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen analyysi ja tulokset on kuvattu mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Opinnäytetyössä olemme pyrkineet kuvaamaan tekemäämme analyysiä mahdollisimman läpinäkyvästi sekä käsittelemään tutkimustuloksia johdonmukaisesti esittelemällä aineisto sellaisena kuin se haastattelussa ilmeni. Omat tulkintamme olemme esitelleet kappaleessa Tulosten tarkastelu.

Sovellettavuus tai siirrettävyys tarkoittaa sitä, missä määrin tutkimuksen tuloksia voi soveltaa muussa kontekstissa. Jotta siirrettävyys olisi mahdollista, tutkimus tulee sekä taustoiltaan, osallistujavalinnaltaan että tutkimusympäristöltään olla kattavasti kuvattu. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Olemme hyödyntäneet aikaisempia tutkimuksia opinnäytetyössä käsiteltävistä aihealueista ja kuvanneet niitä tarkasti opinnäytetyön teoriaosuudessa.

Kiinteys eli riippuvuus viittaa siihen, toistuisivatko tutkimustulokset, jos samankaltainen tutkimus tehtäisiin samanlaisessa ympäristössä, samanlaisilla osallistujilla (Guba & Lincoln 1985, 290). Opinnäytetyön keskiössä on yksilöiden omat kokemukset ja senhetkiset tulkinnat tutkittavasta aiheesta, joten uudelleen tehtynä aineisto voisi muodostua hieman erilaiseksi. Teemahaastattelun mahdollistama keskustelun väljyys ja tavoittelemamme avoimuus vaikuttavat tutkimuksen riippuvuuteen. Todennäköisesti osittain samat teemat tulisivat esille, jos tutkimus toistettaisiin.

Neutraalius eli vahvistettavuus tarkoittaa sitä, etteivät tutkijan omat ennakkoluulot, näkemykset tai kiinnostuksen kohteet vaikuta tutkimustuloksiin vaan tuloksia määrittävät vain tutkimuksen lähtökohdat (Guba & Lincoln 1985, 290). Olemme

pyrkineet työskentelemään läpinäkyvästi ja kuvaamaan kaikki prosessin vaiheet. Jokaisessa työvaiheessa olemme pohjanneet ratkaisumme teoriaan, jotta tutkimustulokset, analyysi ja tulkinnat olisivat mahdollisimman luotettavia. Olemme kyseenalaistaneet omia tulkintojamme eri työvaiheissa analysoiden oman näkökulmamme vaikutusta tutkimustuloksiin.

Opinnäytetyötä varten olemme perehtyneet Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) ohjeistukseen hyvästä tieteellisestä käytännöstä sekä Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n eettisiin suosituksiin opinnäytetyölle. Hyvän tieteellisen käytännön (HTK) mukaan tutkimus on eettisesti hyväksyttävää, luotettavaa ja tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on tehty HTK:n ohjeiden perusteella (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Olemme noudattaneet työsamme hyvää tieteellistä käytäntöä.

Opinnäytetyössä käsitellään myös arkaluontoisia asioita, jotka etenkin kulttuurierojen vuoksi on otettava huomioon. Painotimme haastateltaville jo ennen haastatteluja, että heidän anonymiteettinsä säilyy läpi työn. Emme kerro haastateltavien taustasta muuta kuin välttämättömät asiat, niin ettei heitä voi tunnistaa työstä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, ja siitä sai kieltäytyä missä vaiheessa tahansa. Haastatteluissa otetut tallenteet hävitettiin niiden käsitteilyn jälkeen, samoin haastattelun litterointi, eikä niitä esitetä ulkopuolisille.

Opinnäytetyön eettisten ohjeiden mukaisesti (Arene ry) selvitimme esteellisyytemme jo ennen työhön ryhtymistä. Emme ole aiheeseen emmekä asianosaisiin puolueellisessa suhteessa ja pyrimme tekemään työtä objektiivisesti. Tutkimusta tehdessä on kuitenkin huomioitava, että tutkijaan vaikuttavat hänen omat lähtökohtansa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160). Tutkiessamme kulttuurien välisiä eroja on muistettava, että meidän tulkintamme näkökulma on kuitenkin aina valkoisen länsimaisen naisen.

Taustatietoa haimme ainoastaan luotettavista lähteistä, esim. STM ja THL ovat suomalaisia varmasti luotettavia tahoja. Kansainvälistä tietoa etsimme terveystieteiden Cinahl Complete -artikkelitietokannasta, ja otimme huomioon ainoas-

taan vertaisarvioidut artikkelit luotettavuuden varmistamiseksi. Hakusanoja, sanojen synonyymeja ja erilaisia ilmauksia pyrimme löytämään paljon, jotta saamme hakutulokset olivat mahdollisimman monipuolisia.

Teemahaastattelurungon (liite 3) muodostimme tutkitun tiedon perusteella. Ennen haastatteluja etsimme tietoa tukemaan haastattelun onnistunutta toteutumista. Halusimme, että tutkittavat henkilöt ovat tasa-arvoisia haastattelijoiden kanssa. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 221) mukaan hoitotieteen tutkimuksessa on tärkeää muistaa tutkimuksen oikeudenmukaisuus; haastateltava ei saa olla haavoittuvassa asemassa ja tutkija valta-asemassa. Pyrimme haastattelutilanteessa avoimuuteen ja välittömään keskustelutilaisuuteen, jossa haastateltavat kokivat heidän äänensä tulleen kuulluksi sellaisena kuin se on. Lisäksi halusimme haastateltaviemme voivan luottaa meihin ja olla heidän luottamuksensa arvoisia. Koska haastattelimme vain naisia, puuttuu työstä miesnäkökulma. Miehiä käsittelevät aiheet on kerrottu naisten näkökulmasta, joka on vain osa kokonaisuutta.

Kummallakaan ei ollut aikaisempaa kokemusta teemahaastattelun pitämisestä. Kokemattomuutemme näkyi hermostuneisuutena ja toisinaan puhuimme toistemme päälle. Kokeneempi haastattelija olisi voinut saada vielä enemmän keskustelua aikaiseksi ja olisi kenties osannut ohjata keskustelua hienovaraisesti haluamaansa suuntaan. Tästä huolimatta koimme, että onnistuimme luomaan rennon haastattelutilanteen, jossa haastateltavilla oli mukavaa. Asioista puhuttiin avoimesti, ja vaikka suomi ei ollut haastateltaville äidinkieli, ymmärsimme toisiamme myös elekielen avulla. Osassa aiheita kysymykseen ei vastattu suoraan tai vastaus oli ohi aiheen. Meille ei kaikissa tapauksissa selvinnyt, johtuiko tämä kielimuurista vai ohittivatko naiset aihealueen tietoisesti. Kantavana voimana keskustelussa oli tunne siitä, että siellä puhuttiin naiselta naiselle. Haastateltavat tunsivat toisensa entuudestaan, mikä varmasti lisäsi avointa tunnelmaa. Toisaalta on mahdollista, että haastateltavien keskinäiset suhteet vaikuttivat haastattelun avoimuuteen myös negatiivisesti, jolloin joistakin aiheista keskustelua ei syntynyt siksi, että niistä ei voinut keskustella muiden kuullen.

Haastattelua analysoidessamme teimme huomioita kulttuurisiin eroihin kommunikatiivissa. Usein emme saaneet suoraa vastauksia kysymyksiin, vaan asiaan

päästiin puhumalla ensin paljon asian vierestä. Haastattelu oli sen vuoksi aikaa vievää, mutta toisaalta aiheesta poikkeavista asioista keskustelu oli edellytys luottamuksen rakentumiselle ja sen myötä sille, että pääsimme haastattelussa käsittelemään myös arkaluontoisiakin aiheita.

Ennen aineiston analyysiä perehdyimme analyysimenetelmiin, ja omaa työtä pohtiessamme valitsimme analyysimenetelmäksi aineistolähtöisen sisällönanalyysin, jota usein suositellaan laadullisen tutkimuksen aineistomenetelmäksi. Päädyimme luokittelun sijaan aineiston teemoitteluun, sillä yleisesti käytetympi luokittelu ei sopinut aineistoomme. Aineistolähtöisessä teemoittelussa käydään aineisto läpi ja etsitään yhdistäviä tekijöitä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Monen alkuperäisilmauksen kohdalla huomasimme, että niissä oli sisältöä useampaan alakäsitteeseen. Ajoittain olimme hieman epävarmoja siitä, millä perusteella alkuperäisilmaus kuului tietyn alakäsitteen alle johtuen osittain alkuperäisilmausten monitulkintaisuudesta. Pyrimme pysymään hyvin tarkasti siinä, mitä ilmauksessa on sanottu tulkitsematta sitä omasta näkökulmastamme. Osa alkuperäisilmauksista tukeutuu vahvasti sanattomaan ilmaisuun ja sen tulkintaan, minkä takia jouduimme muutamassa kohtaa pohtimaan voiko niitä luotettavasti käyttää tutkimusaineistossa. Johdonmukaisen teemoittelun avulla olemme pyrkineet kestävään ja luotettavaan analyysiin.

6.2 Tulosten tarkastelu

Tutkaillessa naisen asemaa ei-länsimaisissa kulttuureissa, kuten Lähi-Idässä, Afrikan mantereella ja Aasiassa, on helppo kompastua kuvitelmaan, että ns. kehittyvissä maissa asuvat naiset ovat epätasa-arvoisessa asemassa, alistettuja ja sorrettuja. Usein naiset on kuvattu misogynynisen uskonnon (islam) uhreina, alistettuina ja hunnutettuina (AbuKhalil 2005, Meriwether 1999). Totuus on kuitenkin paljon moniulotteisempi. Naisia ja naisten asemaa mm. Lähi-Idässä on tutkittu enenevässä määrin (AMEWS 2018, JMEWS 2019). Sukupuolten välistä tasa-arvoa ei voida tarkastella länsimaisten normien perusteella, kun tutkitaan ei-länsimaisia kulttuureja (AbuKhalil 2005, Meriwether 1999), koska länsimaisesta näkökulmasta katsottuna naisen asema muissa kulttuureissa on aina alisteinen.

Siksi myös tämän opinnäytetyön eräänlaisena heikkoutena ovat omat käsityksemme länsimaisesta tasa-arvosta ja naisen asemasta, joita emme voi suoraan verrata eri kulttuuriyhteisöjen normeihin. Lisäksi tutkijoiden oma kulttuuritausta vaikuttaa vahvasti siihen, miten he käsittävät erilaisia ilmiöitä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006), jopa miten ja mitä he kysyvät haastateltavilta. Eri kulttuuritaustoista kotoisin oleville naisille tavanomaiset asiat naisen elämässä ja kehityksessä sekä raskauden aikana voivat olla hyvin vieraita suomalaisille. Vaikka pyrimmekin objektiivisuuteen opinnäytetyöprosessin aikana, on tulkintamme keskustelun eri aiheista tehty kuitenkin omasta näkökulmastamme.

Vastausten puuttuminen koskien tiettyjä aiheita (raskausaikaan liittyvä taikausko ja sen vaikutukset sekä raskausoireiden helpotus kotikonstein) on myös huomionarvoista tulkinnan kannalta. Pahojen henkien ja yliluonnollisten voimien vaikutus raskauteen on vallitseva ei-länsimaisissa kulttuureissa, joissa uskonto ja taikausko ovat muokanneet kuvaa maailmasta, terveydestä ja terveystäytymisestä (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010, 123-126 ja 232-234). Haastattelussa aiheesta ei syntynyt keskustelua. Jälkeenpäin ajatellen olisimme voineet kysyä aiheesta selkeämpiä kysymyksiä. Raskausoireista kysimme muutamaa otteeseen mutta naiset kertoivat, ettei niiden lievittämiseksi voi tehdä mitään. Olettavaa on, että raskausoireiden lievityskeinoja on olemassa kaikkialla maailmassa. Mietimmekin, onko vastauksien puutteelle jokin syy. Emmekö osanneet kysyä asiasta oikealla tavalla vai eikö lievityskeinoista haluttu meille kertoa?

6.2.1 Raskausajan terveystottumukset

Kolmansissa maissa terveystoiminta ei ole saanut samanlaista suosiota kuin länsimaissa erilaisista kulttuurisista ja sosioekonomisista syistä johtuen. Vapaa-ajan fyysinen aktiivisuus eli terveystoiminta ei ole matalan ja keskitulotason maissa yhtä merkittävää yksilön hyvinvoinnille, eikä ole siellä osa arkea. Kehittyvissä maissa fyysinen aktiivisuus tulee väistämättä työn ja arjen askareiden kautta. Fyysisen aktiivisuuden mittaaminen eri maiden ja kulttuurien välillä onkin haastavaa, koska näkökulma liikuntaa kohtaan on niin erilainen. (Guthold, R., Ono, T., Strong, K.L., Chatterji, S. & Morabia, A. 2008, 492-493.) Kysyessämme

raskausajan liikunnasta emme olleet etukäteen osanneet ajatella, että kulttuurierot liikunnan suhteen olisivat niin suuria. Tulkitsimme saamistamme vastauksista, sekä niiden puutteesta, että liikunnasta ei ajatella samalla tavalla kuin länsimaissa. Terveysliikuntaa ei harrasteta kuten Suomessa edes ennen raskautta, joten sillä ei ole merkitystä myöskään raskausaikana. Raskaana olevan toimintakyky pysyy haastateltavien mukaan lähes ennallaan, arkiaskareet tehdään muuten normaalisti mutta esim. raskaita nosteluja ei tehdä ja seksin harrastamista arastellaan. Somaliassa naisen sukulaiset auttavat kotitöissä, jotta raskaana olevalle ei aiheudu keskenmenoriskiä (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 166). Myös raskausajan liikunnan saatetaan pelätä vahingoittavan sikiötä.

Geofagiaa eli maa-aineksen syömistä kukaan haastattelumme naisista ei ollut itse kokeillut. Kaikki asiasta kuitenkin tavalla tai toisella tiesivät, ja heillä oli ajatus, että raudan tai hivenaineiden puutos aiheuttaa tarvetta syödä maa-ainesta ja että multaa tai savea syödään veriarvojen kohentamiseksi. Tapa on tutkimusten mukaan yleinen ja syvästi kulttuurillinen, tieto kulkee suvussa ja ystävien kesken erityisesti kaikista köyhimmillä alueilla. Maa-aineksen syöminen voi olla suuri terveysriski maaperän arseenin, lyijyn ja cadmiumin vuoksi, joten asia on hyvä ottaa neuvolassa puheeksi. (Al-Rmalli et al. 2010, 7.)

6.2.2 Vanhemmuus, parisuhde ja roolit

Kolmansien maiden sosiaalinen rakenne on pääpiirteittäin yhteisöllisempi kuin länsimaissa, ns. kehittyneissä maissa. Yhteisöllisyys näkyy vahvasti perhesuhteissa, ja perheeseen kuuluukin ydinperheen lisäksi laajempi perhe, sukulaiset useammasta sukupolvesta. Yhteisöllisissä kulttuureissa koko perhe huolehtii vähempiosaisista perheenjäsenistä sekä omista ja puolison vanhemmista. Yhteisössä jokaisella on oma asemansa, jäsenet eivät ole tasa-arvoisia. Jokaisella jäsenellä on omat velvollisuutensa, joita tulee noudattaa, jotta yhteisö voi toimia sujuvasti. Vanhempia ja muita auktoriteetteja kunnioitetaan kyseenalaistamatta. (Väestöliitto 2018.) Kolmansissa maissa miehillä on länsimaisesta tavasta poiketen suuri päätäntävalta monissa naisten henkilökohtaisissa asioissa, niin myös

terveyteen liittyvissä. Miehestä voi riippua mm. se, saako nainen apua raskauskomplikaatioihinsa tai millaista ravintoa nainen saa raskausaikana. (Yargawa & Leonardi-Bee 2015, 604.)

Yhteisöllisyyden merkitys nousi esiin keskustelussamme haastateltavien naisten kanssa. Tukea lasten kasvattamiseen kaivattiin, ja yhteisön tuen puute vaikutti osalla haastateltavista jopa perhekokoon. Yhteisöllisyys ja tuki nivoutuvat käsitteinä yhteen, sillä moni raskauden ajan tukemiseen liittyvä asia johtuu yhteisöllisen kulttuurin normeista. Anopin asema auktoriteettina saattoi jopa lisätä jo ennen raskauden alkamista naisten ahdistusta. Yhteisön ja oman perheen odotukset perheenisäyksestä olivat vahvoja, ja jos nainen ei onnistu täyttämään rooliin saamalla lapsia, uhkaa häntä jopa avioliiton purkaminen. Toisaalta yhteisö siis tarjoaa tukea perheelle auttamalla arjessa, ns. kylä kasvattaa lapset -mallilla, mutta nainen koki yhtä lailla tuen puutetta, koska raskaaksi tulemisesta ja lapsen sukupuolesta asetetaan yhteisössä suuret odotukset.

Lapsen saaminen nähdään velvollisuuksien täyttämisenä niin perheelle, yhteisölle kuin uskonnollekin. Lapset symboloivat yhteyttä esi-isiin ja tuovat suvulle konkreettista jatkuvuutta, kasvattavat nuorempia sisarusiaan sekä pitävät huolen ikääntyneistä vanhemmistaan. Köyhissä ja kovissa oloissa lapset ovat merkinneet lisätyövoimaa, ja taloudellinen vauraus onkin ollut suoraan verrannollinen perheen kokoon. (Hollo & Larsen 2008, 160-161.) Kolmansien maiden maahanmuuttajien perheet ovat yleensä suurempia kuin Suomessa ja lapsia halutaan paljon. Tämä kävi ilmi myös haastattelussamme. Kysyttiin jopa, mitä vanhemmat ilman lapsia tekisivät? Kysymys osoittaa henkilökohtaisen näkökulman lisäksi pelkoa joutumisesta yhteisössä lapsettoman ihmisen, epäkunnioituksesta kärsivän hylkiön, asemaan (Hollo et al. 2008, 167). Monesti naisella ei ole päätösvaltaa lasten lukumäärän ja lasten ikäerojen suhteen, vaan aviomies ja/tai aviomiehen äiti tekevät päätökset (Haider et al. 2009, 943-945).

Varsinkin maaseudulla raskaus on perinteisesti koettu häpeänä, koska se on väistämättä seurausta naisen seksuaalisesta aktiivisuudesta. Sen vuoksi julkista esiintymistä vältetään mahdollisimman paljon, jopa lääkärissä käynti voi estyä häpeän takia. (Finlayson et al. 2013, 5.) Naisen elämässä oman roolin toteutta-

miseen liittyy paljon ahdistusta. Häneltä odotetaan hedelmällisyyttä, jopa hylkäämisen uhalla, mutta toisaalta hedelmällisyys väistämättä tarkoittaa häpeää. Nainen saa tukea ja ymmärrystä perheeltään ja aviomieheltään raskauden aikana mutta syntymättömän lapsen sukupuolen suhteen painostetaan, vaikka nainen ei voi tehdä mitään asialle.

Poikalasten suurempi arvostus tyttöihin nähden on syvästi kulttuurinen tapa suuressa osassa maailmaa. Poika jatkaa suvun nimeä, isän/perheen ammattia ja jää tulevan vaimonsa kanssa asumaan vanhempiensa luo, jolloin huolehtii myös heidän vanhuuden hoivastaan. Tyttö sen sijaan lähtee asumaan tulevan aviomiehensä ja appivanhempiensa kotiin ollen heidän vanhuudenturvansa. Varsinkin kolmansissa maissa, jossa ei ole olemassa minkäänlaista julkista vanhustenhoidtoa, asialla on suurta käytännön merkitystä. Näin ollen saatetaan ajatella, että tyttölapsiin ei kannata investoida, ja he ovatkin suuressa vaarassa jäädä esim. huonommalle ravinnolle ja koulutukselle kuin saman perheen poikien. (Qadir, Khan, Medhin & Prince 2011, 1-2.) Kovin kaukaa Suomen historiastakaan tätä samaa ajatusmallia ei tarvitse etsiä.

Haastateltaviemme mukaan miehet eivät raskausaikana ole juurikaan kiinnostuneita vauvasta, mutta sallivat naisilleen mielialanvaihtelut osana raskautta. Samoin he kantavat painavat tavarat naisten puolesta. Miehen osallistumisella koti töihin, esim. vanhempien lasten hoitoon, on kuitenkin merkittäviä raskausajan jaksamista edistäviä ja synnytyksen jälkeistä masennusta ehkäiseviä vaikutuksia (Yargawa et al. 2015, 609).

Moni asia, joka aiheuttaa naiselle ahdistusta liittyen lapsen saantiin, raskauteen tai lapsen sukupuoleen, on suoraan liitoksissa yhteisöön ja sen asettamiin käytäntöihin ja perinteisiin ihmisten erilaisista rooleista. Yhteisön jäsenet ylläpitävät näitä rooleja ajatusmaailmallaan, asenteillaan ja toimintatavoillaan. Roolista poikkeaminen vaikkakin tahtomattaan, esim. lapsettomuus, voi aiheuttaa perheelle epäonnistumisen tunnetta sekä häpeää, koska ympäröivän yhteisön odotukset ovat perinteisen normin mukaiset. Perheenjäsenet kokevat tällöin paineita monesta suunnasta ja kohdistavat ahdistuksensa perheen sisällä yleensä juuri naiseen, jolta raskautta odotetaan. Ahdistukselle ja stressille on länsimaisesta näkökulmasta lähes aina tehtävä jotain, kenenkään ei tulisi niistä kärsiä. Emme voi

kuitenkaan ajatella, että asia olisi yksiselitteisesti näin muissa kulttuureissa. Haastattellessamme naisia monen asian kohdalla jäimme käsitykseen, että ahdistusta tai painetta aiheuttava asia on kuitenkin hyväksytty osaksi elämää, koska nainen kokee roolinsa kuuluvan kiinteästi yhteisöön.

6.2.3 Seksuaalisuus ja ehkäisy

THL:n mukaan maahanmuuttajanaiset käyttävät raskaudenehkäisyä vähemmän kuin muu suomalainen väestö (THL: Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymis-terveys 2018). Seksuaalisuutta ja ehkäisyä koskien haastateltavat kertoivat avoimesti omista ajatuksistaan ja elämästään. Ennakko-oletuksemme oli, että seksuaalisuudesta kysyessä emme saisi vastauksia tai keskustelu tyrehtyisi aiheen intiimiyden vuoksi. Aihe tuli kuitenkin keskustelun edetessä luonnollisesti puheeksi. Naiset puhuivat tietyin kiertoilmauksin esimerkiksi seksin harrastamisesta raskauden aikana, kertoen usein, ettei mies nukkunut samassa sängyssä ja että mies ei tarvitse silloin seksiä.

Koraanissa ei suoraan mainita ehkäisyä. Raskauden ehkäisyyn liittyy suuria näkemuseroja islamin oppineiden kesken mutta suurin osa hyväksyy jonkinasteisen ehkäisyn. (Oxford Islamic Studies Online ja Akar & Tiilikainen 2009). Haastateltavat kertoivat kuitenkin ehkäisyn olevan uskonnossa (islam) kielletty, mutta siitä huolimatta antoivat ymmärtää, että ehkäisyä käytetään laajasti, muuten lapsia syntyisi liian paljon. Haastattelussa ei tullut esille, tiesivätkö miehet naisten käyttämästä ehkäisystä, oliko päätös yhteinen vai naisen oma valinta.

Etsiessämme tietoa koskien islamin uskonnon kantaa raskauden ehkäisyyn saimme selville, että ehkäisy on hyväksyttyä suurimmassa osassa islamin suuntauksia. Jostain syystä virheellinen käsitys siitä, että uskonto kieltää ehkäisyn on levinnyt laajalle maailmassa, vaikka tätä mieltä ovat vain muutamat islamin oppineet ja heidän seuraajansa. (Oxford Islamic Studies Online ja Akar & Tiilikainen 2009.) Yksinkertaistavat ja jopa virheelliset näkemykset islamin uskosta ja muslimista vaikuttavat poliittisen päätöksenteon ja julkisen keskustelun kautta vahingollisella tavalla moniäänistä muslimiväestöä vastaan.

6.2.4 Synnytyksen jälkeen

Koska haastateltavat puhuivat synnytyksen jälkeisestä ajasta paljon, voidaan olettaa, että he haluavat asioista puhuttavan myös neuvolassa. Haastattelussa tuli esiin, että synnytyksen jälkeen naisen elämä on varsinkin entisaikoina ollut 40 päivän ajan rajoitettua. Osa rajoituksista, kuten seksistä pidättäytyminen (puolisot nukkuvat eri huoneissa), on edelleen säännönmukaista. Islaminuskossa määrätyn lapsivuodeajan aikana naisen tulisi pysyä sisätiloissa ja yhdyntä on kielletty (Cassar 2006, 29). 40 päivän aika on verrattavissa Suomessa lapsivuodeaikaan, jolloin nainen toipuu synnytyksestä.

“Poikien ei-lääketieteellistä ympärileikkausta ei ole kielletty missään maassa, eikä mikään kansainvälinen sopimus sitä myöskään yksiselitteisesti kiellä.” (STM 2015.) Ei-lääketieteellisin perustein ympärileikkauksen saa tehdä ainoastaan laillistettu lääkäri molempien huoltajien kirjallisella suostumuksella, eikä leikkausta tehdä Suomessa julkisen terveydenhuollon puolella. Poikaa on myös kuultava iän ja kehitystason mukaisesti. Suomessa pyritään vähentämään ei-lääketieteellistä ympärileikkausta välittämällä tietoa ja keskustelemalla uskonnollisten yhteisöjen kanssa. (STM 2015.)

Haastateltavilla oli tieto, että ei-lääketieteelliset ympärileikkaukset ovat Suomessa lailla kiellettyjä, mutta STM:n kannanottoon viitaten tieto on virheellinen. Neuvolatyöntekijöiden olisi tärkeää informoida maahanmuuttaja-asiakkaitaan oikealla tiedolla, pelottelematta, jotta poikien ympärileikkauksia ei tehtäisi muiden kuin laillistettujen lääkärien toimesta, esimerkiksi maahanmuuttajan kotimaassa. Kulttuurisensitiivisellä keskustelulla ja tiedon välittämällä ympärileikkauksen vaikutuksista ja mahdollisista haitoista voidaan vähentää ei-lääketieteellisiä ympärileikkauksia.

Kokonaan toinen asia ovat tyttöjen ympärileikkaukset, jotka ovat yksiselitteisesti lailla kiellettyjä Suomessa, lisäksi ulkomaille ympärileikattavaksi vieminen on kielletty. Koimme yllättävänä, että tyttöjen ympärileikkaus tuli aiheena esille haastatelussa, sillä alun perin olimme ajatelleet jättää aiheen käsittelemättä sen laajuuden ja arkaluontoisuuden vuoksi. Asiasta puhunut nainen koki tyttöjen ympärileikkauksen negatiivisena asiana.

Tyttöjen ympärileikkauksen puheeksiotto vastaanotolla voi olla vaikeaa, koska aihe on niin arkaluontoinen. Sen puheeksiotto on kuitenkin jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus. (THL: Tiedä ja toimi - Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisy.) THL tarjoaa työkaluja aiheen esiin ottamiseksi esimerkiksi julkaisussa “Tiedä ja toimi - Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisy”. Lastensuojeluilmoitus tulee aina tehdä suunnitteilla olevasta tai jo tehdystä tytön ympärileikkauksesta (THL: Lastensuojelun käsikirja 2016).

6.2.5 Odotukset raskauden ja synnytyksen aikaiselta hoitotyöltä

Pääsääntöisesti haastateltavat kertoivat olleensa erittäin tyytyväisiä sekä raskauden, että synnytyksen aikaiseen hoitoon Suomessa, kun taas vastaavasti kotimaassa hoitoon ei oltu kovin tyytyväisiä. Tulkitsemme tämän niin, että he kokivat hoitotyön olevan Suomessa niin hyvää verrattuna oman kotimaan kokemuksiin, ettei sitä tarvitse tai voi parantaa. Osasyynä voinee olla se, ettei heidän kotimaissaan ole olemassa samanlaista palvelujen kehittämisen kulttuuria. Vaikka hoito koettiin Suomessa hyväksi, ei se kuitenkaan tarkoita, etteikö siinä olisi parannettavaa. Mielenkiintoista on, että kansainvälisten tutkimusten mukaan länsimaiden ulkopuolelta tulleiden maahanmuuttajien saama hoito on laadultaan heikompaa verrattuna valtaväestöön (Gissler et al. 2006, 79).

Raskauteen ja synnytykseen liittyen haastateltavat kertoivat kokemuksistaan ja kuulemastaan koskien omia kotimaitaan. Saimme käsityksen, että lääkäri nähdään suurena auktoriteettina, ja tätä auktoriteettiasemaa käytetään osin väärin, esim. pelottelemalla synnyttävää äitiä. Jos maahanmuuttajanaista on kohdeltu huonosti terveydenhuollossa edeltävien raskauksien aikana, kokemukset seuraavat mukana myöhempisiin raskauksiin ja vaikuttavat odotuksiin ja pelkoihin.

Haastateltavia askarrutti raskauden aikana tehtävät gynekologiset tutkimukset, etenkin perusteet usein tehdyille sisätutkimuksille synnytyksen ollessa käynnissä. Jo neuvolassa olisi tärkeää tarjota synnyttävälle naiselle tietoa itsemääräämisoikeudesta, sisätutkimuksen syistä sekä siitä kieltäytymisen mahdollisuudesta. Tulee myös pohtia, ymmärretäänkö itsemääräämisoikeus muissa kulttuureissa samalla tavalla kuin hoitoalalla Suomessa.

6.3 Kulttuuritaustan huomioiminen neuvolapalveluissa

Neuvolatyöntekijän olisi hyvä ottaa heti neuvolakäyntien alussa puheeksi perheen sisäinen dynamiikka, vanhemmuuteen kasvaminen ja odotukset vauvasta sekä mahdollinen stressi näihin liittyen juuri maahanmuuttajataustaisen perheen näkökulmasta. Kulttuuriyhteisön asettamat vahvat roolit ja niiden vaikutus perheeseen sekä vauvan sukupuoleen liittyvät paineet tulisi myös kartoittaa.

Raskaana olevan maahanmuuttajanaisten käsitys terveystieteistä tulisi selvittää, olettamatta ennalta mitään – liikunta voi olla naisen elämässä tärkeä osa-alue tai kulttuuritaustasta johtuen liikunta nähdään hyvin eri lailla kuin länsimaissa. Tärkeää on kysyä naiselta, miten hän itse ymmärtää liikunnan ja selvittää mitä hyötyjä raskauden aikaisesta liikkumisesta on sekä kertoa, ettei liikunta aiheuta sikiölle vaurioita.

Ehkäisy on aihepiiri, josta voi olla virheellinen ennakkokäsitys. Toisin kuin yleisesti ajatellaan, monet islaminuskoiset saavat käyttää raskauden ehkäisyä. Koska ehkäiseminen riippuu paljon kulttuurista, raskaana olevan maahanmuuttajaperheen kantaa asiaan voi kysyä avoimesti.

Poikien ympärileikkaus on suomalaisesta kulttuurista poiketen hyvin yleistä maahanmuuttajataustaisissa perheissä. Neuvola on tärkeässä roolissa tiedonantajana sekä ympärileikkausten ehkäisemisessä että laillistetulle lääkärille ohjaamisessa tilanteissa, joissa toimenpide halutaan tehdä informoinnista huolimatta. Tärkeää on ennakkoluuloton ja neutraali asenne, hoitajan tehtävä ei ole tuomita perhettä.

Turvapaikanhakijoina ja erityisesti pakolaisstatuksella maahan muuttaneiden taustoissa on useimmiten hyvin traumaattisia kokemuksia. Neuvolan työntekijöiden tuleekin kuunnella herkällä korvalla, onko tällaisilla asiakkailla tarpeita myös psykiatrisen hoitotyön puolella. Mikäli heidän terveydentilansa ei näytä vaativan muita terveystieteellisiä palveluja, äitiysneuvola voi olla maahanmuuttajien ensimmäisiä kontakteja Suomen terveydenhuoltoon.

Neuvolapalveluiden kulttuurilähtöisyyden kehittämistä varten olisi tärkeää kuulla maahanmuuttajien omia ajatuksia palvelujen parantamisesta. Tietäväkö maahanmuuttajataustaiset asiakkaat, että muutoksia palveluihin voi toivoa, pyytää, vaatia – ja myös saada aikaan, jos palveluiden kehittämisen malli ei ole tuttu kotimaista? Osaavatko he ajatella, että asiat voisivat olla paremmin ja että heitä huomioitaisiin vielä enemmän? Kun kysyimme haastateltavilta odotuksista, vastaukseksi tuli ainoastaan kehuja olemassa olevista neuvolapalveluista. Neuvolassa voisi aktivoida maahanmuuttajia miettimään parannuksia kertomalla, että palvelujen kehittäminen on oikein, ja heidän palautteensa ja näkökulmansa asioihin ovat arvokasta tietoa.

6.4 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Suomeen tulleiden kolmansien maiden maahanmuuttajien omista kulttuureistaan tuttuja uskomuksia ja käytäntöjä raskausajan hyvinvointiin liittyen sekä selvittää maahanmuuttajien odotuksia ja toiveita raskausajan terveystalvuuille Suomessa. Yleisesti ottaen käytännöt eivät poikkeaa suomalaisista niin jyrkästi kuin edeltä käsin arvelimme. Haastattelemamme naiset ovat kaikki asuneet Suomessa niin pitkään (keskimäärin 10 vuotta), että he ovat osittain mukautuneet suomalaiseen yhteiskuntaan ja sen tapoihin. Saimme heiltä kuitenkin näkökulmia siihen, millaiset asiat heidän kulttuureissaan vaikuttavat naisen ja perheen elämään raskausaikana. Historiasta juontuvat uskomukset ja usein niihin perustuvat käytännöt saattavat näkyä enemmän ihmisten elämässä, kun taustalla ovat koulutuksen puute, konservatiivisuus ja/tai köyhyys tai kun asutaan syrjäseuduilla.

Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa äitiysneuvoloiden työntekijöiden tueksi, jotta heidän olisi mahdollista ottaa juuri maahanmuuttaja-asiakkaidensa tarpeiden mukaisia asioita puheeksi äitiysneuvolakäynneillä. Neuvolatyön onnistumista ajatellen on tärkeää, että neuvolakäynti etenee kulttuurisensitiivisesti ottaen huomioon erot myös keskustelukulttuurissa. Asioiden sujuva eteneminen vaatii aikaa myös siksi, että suomi ei ole maahanmuuttajien äidinkieli. Olisi hyvä, että neuvolassa olisi mahdollisuus varata enemmän aikaa maahanmuuttajataustaisten perheiden kohtaamiseen.

Haastateltavien lukumäärään nähden saimme mielestämme kattavasti aineistoa opinnäytetyötä varten. Yhteistyömme koko opinnäytetyöprosessin ajan on toiminut saumattomasti, olemme edenneet asettamassamme aikataulussa odotetusti ja olemme tehneet työtä yhteisymmärryksessä. Haastattelutilanne onnistui hyvin ja saimme paljon hyvää tietoa ja näkökulmia neuvolatyöhön. Yleistettävemmän tiedon saamiseksi olisi ollut parempi rajata aihealuetta tarkemmin ja pyrkiä saamaan suurempi otos haastateltavaksi. Laajempia yleistyksiä työssämme ei voi tehdä, mutta tekemiämme tulkintoja voidaan hyödyntää maahanmuuttaja-asiakkaiden taustojen ymmärtämisessä sekä jatkotutkimusten suuntaamisessa.

Globalisoituvassa maailmassa on erityisen tärkeää tiedostaa kulttuurilähtöisyys hoitotyössä. Neuvolatyöntekijöiden tulee ymmärtää islamin ja muiden uskontojen moninaisuutta, etteivät he näe uskonnon edustajia yhteiskunnallisen keskustelun värittäminä stereotyyppinä. Jos maahanmuuttaja-asiakas nähdään työläänä taustansa takia, lähtökohdat hoitotyöhön ovat väärät. Laadukkaan hoitotyön tarjoaminen rodusta, etnisyydestä sekä kulttuuritaustasta huolimatta on osa ammatillisuutta.

Maahanmuutto yhä vain lisääntyy tulevaisuudessa, minkä vuoksi terveyspalvelujen, myös äitiysneuvoloiden, haasteena on löytää resurssit palvella yhä monimuotoisempaa asiakaskuntaa. Pystyäksemme äitiysneuvoloissa vastaamaan haasteeseen ja voidaksemme puuttua kulttuuristen erityispiirteiden ongelmakohtiin jo ennakolta tarvitsemme lisää tietoa erilaisten kulttuuristen ryhmien tarpeista ja taustoista raskauteen ja seksuaalisuuteen liittyen. Tulevaisuudessa olisi kiinnostavaa ja tarpeellista saada eri näkökulmista tutkimustietoa mm. maahanmuuttajien ehkäisystä: sen mahdollisuuksista ja menetelmistä sekä asenteista ja käytännöistä tyttöjen ympärileikkauksiin liittyen, vaikka jälkimmäinen onkin erityistä sensitiivisyyttä vaativa aihe. Omassa opinnäytetyössämme jäi myös auki kysymyksiä koskien raskausoireiden hoitoa sekä raskauteen ja synnytykseen liittyvää taikauskaisuutta.

Jatkotutkimuksia varten tarvitaan suurempi otos haastateltavia sekä useammat haastattelukerrat aiheeseen syventymistä varten. Huomioidaan myös eri kulttuuritaustoista tulevien vastauksien eroavaisuudet. Jatkossa olisi tärkeää haastatella

neuvolatyöntekijöitä, erityisesti niiltä alueilta Suomessa, joissa asuu paljon maahanmuuttajia asiakkaina.

Tarvitsemme maahanmuuttajilta tietoa heidän omakohtaisista kokemuksistaan raskausajalta sekä sukupolvelta toiselle kulkevaa perimätietoa oppiaksemme kulttuuriperäisistä uskomuksista ja tavoista. Lähtökohtana arvokkaan tiedon saamiselle on se ajatus, että me emme tiedä paremmin, vaikka meillä onkin tukenamme tutkimustietoa ja korkeatasoista koulutusta. Emme halua ennakkoodotustemme värittämää tietoa, eikä se paranna maahanmuuttajataustaisille asiakkaille tarjottujen palveluiden laatua. Olisi tärkeää muuttaa ajatustapaa siihen suuntaan, että myös me voimme oppia hyviä raskausajan hoitoon liittyviä käytäntöjä muista kulttuureista.

6.5 Ammatillisen kasvun arviointi

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme paljon sellaista raskausajan kulttuurieroista, joita voimme hyödyntää kättilön ammatissamme. Tärkein oppi on ollut ymmärrys siitä, kuinka vähän tiedämme ja ymmärrämme. Esimerkiksi kommunikaatiota, ei-länsimaisten kulttuuriyhteisöjen vallan dynamiikkaa tai erilaista liikuntakäsitystä ajatellen on paljon kohtia, missä omat tulkintamme ihmisestä voivat mennä pieleen. Ajatuksen siitä, että ihminen tulee kohdata ihmisenä ja asioiden erilaisista merkityksistäänkin voi kysyä, haluamme tallettaa muisteihimme sellaisia tilanteita varten, joissa asiakkaina on maahanmuuttajataustaisia ihmisiä. Sama ajatus pätee kaikkiin ihmisiin riippumatta syntyperästä, etnisestä taustasta, uskonnosta, kielestä, sukupuolesta, ihonväristä tai seksuaalisuudesta.

Opinnäytetyön tekeminen on yhä vahvemmin johtanut ajatukseen, että osataksaan toteuttaa hyvää ammatillisuutta, hoitajan tulee ketä tahansa hoitaessaan pystyä luopumaan valta-asemastaan, jossa ajattelee olevansa sen vuoksi, että taustalla on korkea koulutus, käsillä on uusin tutkimustieto, osaa valtakielen sekä ymmärtää terveydenhuollon rakenteet eli ajattelee tietävänsä miten asiat ”pitää tehdä”. Sellaisen valta-aseman edessä kuka tahansa potilas tuntee olevansa heikoilla, eikä todennäköisesti saa sitä apua, jota tarvitsisi.

LÄHTEET

Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. WSOYpro Oy. Helsinki.

AbuKhalil, A. 2005. Women in the Middle East. Web Article for the Institute for Policy Studies. Luettu 27.12.2018. Julkaistu 11.10.2005. <https://ips-dc.org/women-in-the-middle-east/>

Akar, S. & Tiilikainen, M. 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Väestötietosarja 20. Toim. Lipsanen, L. Väestöliitto. Loimaa.

Al-Rmalli, S.W., Jenkins, R.O., Watts, M.J. & Haris, P.I. 2010. Risk of human exposure to arsenic and other toxic elements from geophagy: trace element analysis of baked clay using inductively coupled plasma mass spectrometry. Environmental Health 9(79).

Altaf Sana. 2018. Should pregnant women fast during Ramadan? Khaleej Times -internetjulkaisu. Julkaistu 12.5.2018. Luettu 27.5.2018. <https://www.khaleejtimes.com/ramadan-2018/should-pregnant-women-fast-during-ramadan>

AMEWS. Association for Middle Eastern Women's Studies. 2018. Luettu 24.4.2019. <http://amews.org>

Arene Ry. Opinnäytetyön eettiset suositukset. Luettu 13.5.2018. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Opinnäytetyöprosessin%20eettiset%20suositukset%20muistilistat%20opiskelijalle%20ja%20ohjaajalle.pdf>

Bloc, M., Althabe, F., Onyamboko, M., Kaseba-Sata, C., Castilla, E. E., Freire, S., Garces, A. L., Parida, S., Goudar, S. S., Kadir, M. M., Goco, N., Thornberry, J., Daniels, M., Bartz, J., Hartwell, T., Moss, N. & Goldenberg, R. 2008. Tobacco use and secondhand smoke exposure during pregnancy: an investigative survey of women in 9 developing nations. American Journal of Public Health 98(10), 1833-1840.

Cassar, L. 2006. Cultural expectations of Muslims and Orthodox Jews in regard to pregnancy and the postpartum period: a study in comparison and contrast. International Journal of Childbirth Education 21(2), 27-41.

Degni, F., Suominen, S. B., Ansari, W.E., Vehviläinen-Julkunen, K. & Essene, B. 2013. Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. Ethnicity & Health 19(3), 348-366.

D'Souza, L., Jayaweera, H. & Pickett, K. 2016. Pregnancy diets, migration, and birth outcomes. Health Care for Women International 37(9), 964-978.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Finlayson, K. & Downe, S. 2013. Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Medicine* 10(1), 1-12.

Gissler, M., Malin, M., Matveinen, P., Sarvimäki, M. & Kangasharju, A. 2006. *Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut*. Helsinki: Työministeriö.

Guba, E. & Lincoln, Y. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications. United States of America.

Guthold, R., Ono, T., Strong, K.L., Chatterji, S., & Morabia, A. 2008. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 34 (6), 486-494.

Haider, S., Todd, C., Ahmadzai, M., Rahimi, S., Azfar, P., Morris, J.L. & Miller, S. 2009. Childbearing and contraceptive decision making amongst Afghan men and women: a qualitative analysis. *Health Care Women Int* 30(10), 935-53.

Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalinaisten terveystieteistä ja perhe-elämän käytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteen väitöskirja.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hjerpe, R. 2011. Hyvinvointi, hyvä elämä ja onnellisuus. Teoksessa Kontula, O (toim.) *Suomalaisen hyvinvoinnin ja onnellisuuden tulevaisuus: Väestöliitto ja hyvä elää*. Helsinki: Väestöliitto, 210-230.

Hollos, M. & Larsen, U. 2008. Motherhood in sub-Saharan Africa: The social consequences of infertility in an urban population in northern Tanzania. *Culture, Health & Sexuality* 10(2), 159-173.

IslamQA. 2018. Ruling on the fast of the pregnant woman who is affected by fasting. Julkaistu 17.8.2010. Luettu 27.5.2018. <https://islamqa.info/en/21589>

Islamweb. 2016. Ruling on delivery by caesarian section. Luettu 23.4.2019. <https://www.islamweb.net/womane/nindex.php?page=showfatwa&Fatwald=316828>

Islamweb. 2010. The fast of the pregnant woman during the summer - rules and precautions. Päivitetty 30.8.2010. Luettu 27.5.2018. <http://www.islamweb.net/en/article/160397/the-fast-of-the-pregnant-woman-during-the-summer-rules-and-precautions>

JMEWS. *Journal for Middle Eastern Women's Studies*. 2019. Luettu 24.4.2019. <https://jmews.org/about/the-journal/>

- Jung Hye, H., Yu-Rim, K., Ahmed, M., Soojeung, C., Al-Hammadi, N. Q., Widad, N. M. & Dongwoon H. 2016. Use of complementary and alternative medicine in pregnancy: a cross-sectional survey on Iraqi women. *BMC Complementary & Alternative Medicine* 16, 1-7.
- Kilkku, N. Ensimmäinen verkkoluento. 11.2.2018. Kvalitatiiviset metodiopinnot – kurssi 11.2.-25.4.2018. Kätilökoulutus. Tampereen Ammattikorkeakoulu. Tampere.
- Koski, P. 2014. Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. ja Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim*. 119 (7), 609-615.
- Lepola, S. 2017. Monikulttuurinen perhevalmennus ammattilaisten kokemana. Tampereen Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro-gradu-tutkielma.
- Macheka, L.R., Olowoyo, J.O., Matsela, L. & Khine, A.A. 2016. Prevalence of geophagia and its contributing factors among pregnant women at Dr. George Mukhari Academic Hospital, Pretoria. *African Health Science* 16(4), 972–978.
- Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* 9(84), 1-14.
- Meriwether, M. 1999. *A Social History Of Women And Gender In The Modern Middle East*. New York: Routledge.
- Migri. Sanasto. Luettu 30.5.2018. www.migri.fi/sanasto
- Migri 1. Tilastot. Päivitetty 12.4.2018. Luettu 1.6.2018. <http://tilastot.migri.fi/#decisions/23330/49?start=564&end=575>
- Migri 2. Tilastot. Päivitetty 17.4.2019. Luettu 23.4.2019. <https://tilastot.migri.fi/#decisions/23330/49?start=576&end=587>
- OECD. Framework for measuring well-being and progress. Luettu 30.5.2018. <http://www.oecd.org/statistics/measuring-well-being-and-progress.htm>
- Oxford Islamic studies online. Luettu 6.1.2019. <http://www.oxfordislamicstudies.com/article/opr/t125/e358#>
- Pope, C. & Mays, N. 1995. Reaching the parts other methods can't reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1995, 311, 42-45.
- Qadir, F., Khan, M., Medhin, G. & Prince, M. 2011. Male gender preference, female gender disadvantage as risk factors for psychological morbidity in Pakistani women of childbearing age - a life course perspective. *BMC Public Health* 11(1), 1-13.

Qureshi, R., Pacquiao, D. & Diegmann, E. 2016. Cultural Practices of Pakistani Immigrant Women During Pregnancy and Childbirth. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing & Healthcare* 6(1), 83-93.

Rahmani, Z & Brekke, M. 2013. Antenatal and obstetric care in Afghanistan – a qualitative study among health care receivers and health care providers. *BMC Health Services Research* 13(166), 1-9.

Rouhi, M., Rouhi, N., Vizheh, M. & Salehi, K. 2017. Male child preference: Is it a risk factor for antenatal depression among Iranian women? *British Journal of Midwifery* 25(9), 572-578.

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaristo (Viitattu 26.11.2018). <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. STM:n ohje poikien ei-lääketieteellisestä ympärileikkauksesta.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkajulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 24.4.2019]. Saantitapa: http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Maahanmuuttajat_ ja_kotoutuminen/Maahanmuuttajat_ ja_kotoutuminen_Maahanmuuttajat_ ja_kotoutuminen/020_syntymamaa.px/?rxid=dc815f51-a7d0-4aec-a81a-49b8ce399d18

TAMK. 2018. Niitty-hanke. Luettu 24.5.2019. <https://projects.tuni.fi/niitty>

THL: Hyvinvointi. Päivitetty: 7.12.2015. Luettu: 21.3.2018. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi>

THL: Lastensuojelun käsikirja. Päivitetty 18.2.2016. Luettu 6.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/pahoinpitely-ja-seksuaalinen-hyvaksikaytto/tyttojien-ymparileikkaus>

THL: Perhevalmennus. Päivitetty 11.1.2018. Luettu 25.3.2018. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ ja_ lastenneuvola/aitiysneuvola/perhevalmennus

THL: Tiedä ja toimi – Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisy. 2014. Luettu 6.1.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116826/THL_Tiedä%20ja%20toimi_Tyttöjen_ymparileikkaus_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. Annettu 6.4.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338#L3P15>

Väestöliitto. 2018. Tietoa monikulttuurisuudesta – yhteisöllinen ja yksilöllinen kulttuuri. Luettu 27.12.2018. http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/monikulttuurinen_parisuhde/yhteisollinen_ja_yksilollinen_ku/

WESP: Country classification 2014.

Yargawa, J. & Leonardi-Bee, J. 2015. Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health* 69(6), 604-612.

Yhdistyneiden Kansakuntien alueellinen tiedotuskeskus. Luettu 30.5.2018. <https://www.unric.org/fi/component/content/article/17-economic-and-social/26167-tietoa-ldc-maista>

YK. LDC-maat. Luettu 2.6.2018. <https://www.un.org/development/desa/dpad/least-developed-country-category.html>

LIITTEET

Liite 1. Tiedote opinnäytetyöstä



TAMPERE UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

TIEDOTE

Tiedote Tampereen Ammattikorkeakoulun (TAMK) opinnäytetyöstä

Olemme tekemässä opinnäytetyötä kolmansien maiden maahanmuuttajien raskaudenajan hyvinvoinnista. Opinnäytetyössä selvitetään raskaudenaikaisia uskomuksia ja käytäntöjä sekä maahanmuuttajien odotuksia äitiysneuvolapalveluille. Työ valmistuu keväällä 2019.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Suomeen tulleiden kolmansien maiden maahanmuuttajien omista kulttuureistaan tuttuja uskomuksia ja käytäntöjä raskausajan hyvinvointiin liittyen. Haluamme saada tietoa terveydenhuollon ammattilaisten, erityisesti äitiysneuvoloiden työntekijöiden työn tueksi, jotta heidän olisi mahdollista ottaa juuri maahanmuuttaja-asiakkaidensa tarpeiden mukaisia asioita puheeksi äitiysneuvolakäynneillä. Työ on osa Tampereen Ammattikorkeakoulun vetämää hanketta.

Teemme tutkimuksen ryhmähaastatteluna, haastattelukertoja on kaksi. Haastattelut nauhoitetaan, jotta voimme myöhemmin analysoida/tutkia kerättyä tietoa. Nauhoituksesta johtuen olisi hyvä, että kukin osallistuja puhuisi vuorollaan. Tarkoitus on keskustella vapaamuotoisesti hyvässä ilmapiirissä. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelujen pohjalta kirjoitamme kirjallisen työn, joka tulee esille koulumme kirjastoon, työ julkaistaan myös sähköisesti Internetissä.

Sitoudumme pitämään huolen, ettei osallistujia voida tutkimuksen missään vaiheessa tunnistaa.

Kerromme mielellämme tutkimuksesta tarkemmin myös sähköpostitse tai tapaamisen merkeissä. Voimme myös lähettää tutkimussuunnitelman tutustuttavaksi.

Aurinkoisin terveisin,

Kätilöopiskelijat Miranna Alvarez ja Riikka Siltala

miranna.alvarez@health.tamk.fi

riikka.siltala@health.tamk.fi

Liite 2. Tietoinen suostumus -lomake



TAMPERE UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES

SUOSTUMUS

Kolmansien maiden maahanmuuttajien raskausajan hyvinvointi

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kartoittaa Suomeen tulleiden kolmansien maiden maahanmuuttajien omista kulttuureistaan tuttuja uskomuksia ja käytäntöjä raskausajan hyvinvointiin liittyen. Lisäksi työssä selvitetään maahanmuuttajien odotuksia ja toiveita raskausajan terveystalveuille Suomessa. Olen saanut myös mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

_____ . _____ . _____

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 3. Teemahaastattelun runko

Esittely

- ikä, kansalaisuus, perhe

Raskausajan terveystottumukset

- ravitseminen
- liikunta
- hygienia

Raskauteen liittyvät oireet

- oireiden lievitys kotikonstein

Vanhemmuus

- äidiksi tuloon liittyvät riitit, käytännöt
- yhteisöllisyyden merkitys kulttuurissa
- toiveet vauvan sukupuolesta

Parisuhteen muutokset raskausaikana

- miehen osallisuus raskausaikaan liittyvissä asioissa
- seksuaalisuus

Raskausajan herkistämät tunteet

- hormonien aiheuttamat mielialan muutokset
- mitä tunteet merkitsevät

Liite 4. YK:n määrittelemät LDC-maat

LDC-maat, tilanne 3/2018:

Afghanistan (1971)
Angola (1994)
Bangladesh (1975)
Benin (1971)
Bhutan (1971)
Burkina Faso (1971)
Burundi (1971)
Cambodia (1991)
Central African Republic (1975)
Chad (1971)
Comoros (1977)
Democratic Republic of the Congo (1991)
Djibouti (1982)
Eritrea (1994)
Ethiopia (1971)
Gambia (1975)
Guinea (1971)
Guinea-Bissau (1981)
Haiti (1971)
Kiribati (1986)
Lao People's Democratic Republic (1971)
Lesotho (1971)
Liberia (1990)
Madagascar (1991)
Malawi (1971)
Mali (1971)
Mauritania (1986)
Mozambique (1988)
Myanmar (1987)
Nepal (1971)
Niger (1971)
Rwanda (1971)
Sao Tome and Principe (1982)
Senegal (2000)
Sierra Leone (1982)
Solomon Islands (1991)
Somalia (1971)
South Sudan (2012)
Sudan (1971)
Timor-Leste (2003)
Togo (1982)
Tuvalu (1986)
Uganda (1971)
United Republic of Tanzania (1971)
Vanuatu (1985)
Yemen (1971)
Zambia (1991)

Liite 5. WESP:n määritelmän mukaiset kolmannet maat

WESP:n vuoden 2014 määritelmä (Lähde: WESP country classification):

North Africa: Algeria, Egypt, Libya, Mauritania, Morocco, Sudan, Tunisia

Southern Africa: Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mauritius, Mozambique, Namibia, South Africa, Zambia, Zimbabwe

East Asia: Brunei, Darussalam, China, Hong Kong SARc, Indonesia, Malaysia, Myanmar, Papua New Guinea, Philippines, Republic of Korea, Singapore, Taiwan Province of China, Thailand, Viet Nam

Caribbean: Barbados, Cuba, Dominican Republic, Guyana, Haiti, Jamaica, Trinidad and Tobago

Central Africa: Cameroon, Central African Republic, Chad, Congo, Equatorial Guinea, Gabon, Sao Tome and Prinicipe

Mexico and Central America: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexico, Nicaragua, Panama

West Africa: Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Togo

South Asia: Bangladesh, India, Iran, (Islamic Republic of) Nepal, Pakistan, Sri Lanka

East Africa: Burundi, Comoros, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Eritrea, Ethiopia, Kenya, Madagascar, Rwanda, Somalia, Uganda, United Republic of Tanzania

South America: Argentina, Bolivia, (Plurinational State of) Brazil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Peru, Uruguay, Venezuela (Bolivarian Republic of)

Western Asia: Bahrain, Iraq, Israel, Jordan, Kuwait, Lebanon, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Syrian, Arab Republic, Turkey, United Arab Emirates, Yemen