

TERVEYSKASVATUS MAAHANMUUTTAJANAISTEN KERHOSSA

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitajan suuntautumisvaihtoehto

Opinnäytetyö

Syksy 2013

Ekaterina Riabinina

Yihong Zhang

Zahra Osman-Sovala

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma

RIABININA EKATERINA, YIHONG ZHANG, ZAHRA OSMAN-SOVALA:
Terveyskasvatus maahanmuuttajanaisten kerhossa

Hoitotyön koulutusohjelman opinnäytetyö, 31 sivua, 30 liitesivua

Syyskuu 2013

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli toteuttaa terveystietoa edistäviä ohjauksia naisten maahanmuuttajakerhossa Lahdessa sekä antaa tietoja terveellisestä ruokavaliosta. Opinnäytetyön toteutuksessa keskeinen toiminnallinen tavoitteemme oli antaa ennaltaehkäisevää tietoa yleisistä sairauksista ja yleisempiä terveystietoon liittyviä tietoja muun muassa elintapojen merkityksestä terveydelle. Teemoiksi oli valittu diabetes, kolesteroli, osteoporoosi, raskauden ehkäisymenetelmät, vaihdevuodet sekä papilloomavirusrokotus. Ohjaukset tehtiin viidessä osassa syyskuulla 2012 ja tammikuulla 2013.

Ohjauksen hyödyllisyys ja naisten palaute selvitettiin kyselylomakkeiden avulla. Ohjaukseen osallistuneille jaettiin viimeisen ohjauksen lopussa palautekyselylomake, jonka osallistujat täyttivät ja palauttivat samalla kerhokerralla. Kyselylomakkeessa oli 15 kysymystä. Kysymyksillä selvitettiin ohjaukseen osallistuneiden taustaa ja heidän mielipiteitään ohjauksen onnistumisesta ja hyödyllisyydestä. Kyselyyn vastasi suurin osa kerhossa käyneistä. Heidän mielestään ohjaukset olivat ymmärrettäviä ja he saivat tietoja riittävästi. Sen perusteella voisimme sanoa että terveystietoon liittyvien ohjaukset onnistuivat hyvin.

Teoriaa koskevat lähtökohdat ovat maahanmuuttajien määrä ja käsitteet, terveyden ja kulttuurin vaikutus kotoutumiseen, terveysongelmiin ja terveyden edistämiseen.

Asiasanat: maahanmuuttajat, kotiäidit, kulttuuri, terveystietoon liittyvä kasvatustieteiden koulutusohjelma

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing

EKATERINA RIABININA, YIHONG ZHANG, ZAHRA OSMAN-SOVALA:
Health-promoting in the clubs for immigrant women, health education for
immigrant women. 31 pages, 30 pages of appendices

Bachelor's Thesis in Nursing,

Autumn 2013

ABSTRACT

The aim was to perform a health-promoting immigrant women pilots for the club in Lahti, as well as to provide information about healthy diets. Thesis implementation of key operational objective was to provide information on the general disease prevention and general health education, information relating to, inter alia, the importance of healthy lifestyle. Aim of the project was to examine the relationship of the target audience to health promotion. The themes were selected to be diabetes, cholesterol, osteoporosis, pregnancy, methods of contraception, menopause, as well as papillomavirus vaccination. Controls were carried out in five parts in the fall of 2012 and in the winter of 2013.

The result was assessed by questionnaire. Evaluation of the effectiveness of the control visits are made at the end of the target group and carried out through a questionnaire survey. In the survey the women in the target group are asked how important they consider the knowledge gained from the project to be, how their attitude towards the projects selected health themes and the knowledge gained have changed and whether they changed their ways of life and their activities in the project on the basis of the information received.

The theoretical basis for thesis are the treatment of immigrants, the impact of culture homing, health problems and health promotion.

Keywords: immigrants, housewives, culture, health, education

Sisällys

1	JOHDANTO	1
2	MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA	3
2.1	Maahanmuuttajien määrä ja maahanmuuttajiin liittyvät käsitteet	3
2.2	Maahanmuuttajan kulttuurin vaikutus terveyskäsitteeseen	5
2.3	Maahanmuuttajataustaiset kotiäidit	6
3	MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYS JA TERVEYSONGELMAT	8
3.1	Maahanmuuttaja asiakkaana terveydenhuollossa	8
3.2	Yleisimmät maahanmuuttajien terveysongelmat	9
3.3	Maahanmuuttajanaisten terveysongelmat	12
4	TERVEYDEN EDISTÄMINEN MAAHANMUUTTAJATAUSTAISILLE KOTIÄIDEILLE	14
4.1	Terveys ja terveyden edistämisen käsitteet	14
4.2	Maahanmuuttajanaiset terveydenhuollossa	15
5	OPINNÄYETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	17
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	18
6.1	Kohderyhmä ja kerhon tausta	18
6.2	Terveyskasvatuksen toteuttaminen naistenkerhossa	19
7	PALAUTE TOTEUTETUISTA KERHOKERROISTA	21
8	POHDINTA	24
9	LÄHDELUETTELO	27
	LIITTEET	32

1 JOHDANTO

Tänä päivänä Suomessa on paljon maahanmuuttajia eri maista. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2012 määrä oli noin 195 500 ulkomaan kansalaista. Suomessa asuu iso joukko maahanmuuttajia, jotka tulevat Arabian maista.

Maahanmuuttoviraston turvapaikka- ja pakolaistilastot osoittavat, että eniten turvapaikanhakijoita on ollut Irakista, Afganistanista, Somaliasta, Syyriasta, Iranista, Nigeriasta, Serbiasta ja Kosovosta. (Maahanmuuttovirasto 2012.) Jo vuoden 2013 alussa turvapaikanhakijoita oli rekisteröity 742.

Maahanmuuttoviraston tiedotteen mukaan turvapaikanhakijoita saapuu Suomeen yhä kiihtyvässä tahdissa. Vuoden 2012 aikana turvapaikkaa haki 3129 ulkomaalaista. (Maahanmuuttovirasto 2013.)

Viime vuosien aikana Suomeen on tullut suuri joukko maahanmuuttajia.

Suurimmat ryhmät ovat venäjän-, viron-, englannin-, somalin-, arabian-, kiinan-, ja kurdinkielisiä. Suurimmat pakolaisryhmät ovat tulleet Irakista, Afganistanista sekä Somaliasta ja Jugoslavian alueelta. Venäjältä tulevat ovat enimmäkseen paluumuuttajia eli niitä joilla on suvussa inkerinsuomalaisia. (Malin & Suvisaari 2010, 134–136.) Maahanmuuttajien terveydestä on hyvin vähän tietoa. Sen vuoksi vuonna 2012 tehtiin tutkimus tästä aiheesta. (Puska & Vaarama 2012, 3–4.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimusraportissa sanotaan, että 85 % somalitaustaisista maahanmuuttajista arvioi terveytensä vähintään melko hyväksi. Samaan aikaan venäläis- ja kurditaustaisten ryhmissä luku on paljon alhaisempi, 69 % ja 68 %. (Castaneda ym. 2012.)

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2008 Päijät-Hämeessä asui 4255 ulkomaalaista, nyt ilmeisesti määrä on suurentunut ja vuonna 2012 määrä oli 5500 (Tilastokeskus 2013). Kaupungeissa on olemassa erilaisia kerhoja, joiden tarkoituksena on sopeuttaa maahanmuuttajia uuteen elämään. Esimerkiksi Lahdessa tätä kerhotyötä on tehty jo vuodesta 1990 lähtien. Kerhossa kävijät ovat kiinnostuneita myös saamaan tietoja terveyden edistämisestä. Kerholaiset ovat pääsääntöisesti kotiaitejä, jotka huolehtivat koko perheen hyvinvoinnista.

Terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ennaltaehkäisymenetelmät ja myös hoitoon hakeutuminen ajan mukaisesti, ovat keskeiset tekijät jotka

vaikuttavat ihmisten terveyteen. Tutkimusten mukaan maahanmuuttajat ovat hakeutuneet hoitoon harvemmin kuin kantaväestö. (Malin & Suvisaari 2010,148.) Hassinen Ali-Azzanin (2002) mukaan maahanmuuttajilla on vaikeuksia kommunikaatiossa kieliongelman ja kulttuurierojen takia. Hoitoalan asiakaspalvelussa tulee yhdistyä tasa-arvo sekä ihmis- ja yhteisölähtöinen työote. Tärkeää on maahanmuuttajan osallistumismahdollisuuksien edistäminen. Hoitajien tiedot, taidot ja monialainen osaaminen korostuvat, kun työtä tehdään eri kulttuurista tulevien asiakkaiden parissa. (Hassinen Ali-Azzani 2002, 16.) Terveyspalveluiden käyttöön vaikuttavat esimerkiksi kaukana asuminen, huono kielitaito, kommunikaatio- ja rahaongelmat (Malin & Suvisaari 2010,148). Yhteinen kieli, sekä oikeus ymmärtää ja tulla ymmärretyksi, on olennainen osa kommunikaatiota ja asiakaspalvelua myös terveydenhuollossa. Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista käsittelee äidinkielen, yksilöllisten tarpeiden sekä kulttuurin huomioon ottamista potilaan hoidossa ja kohtelussa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Tämän opinnäytetyön päätavoitteena on ohjata ja neuvoa maahanmuuttajataustaisia kotiäitejä terveyteen liittyvissä kysymyksissä. On tärkeää antaa tietoja terveellisestä ruokavaliosta ja sairauden komplikaatioihin liittyvistä riskeistä. Opinnäytetyössä toiminnallisena tavoitteena on toteuttaa yhteensä viisi selkokielistä ohjausta niin, että kerhon naiset kiinnostuvat aiheista ja sitten saavat paljon hyödyllistä tietoa ja ymmärtävät sen hyvin. Arviointi ja hyödyllisyys saadaan selväksi kyselylomakkeiden avulla, jotka annetaan viimeisenä ohjauspäivänä kerholaisten täytettäväksi.

2 MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA

2.1 Maahanmuuttajien määrä ja maahanmuuttajiin liittyvät käsitteet

Sana maahanmuuttaja tarkoittaa Suomen maahanmuuttoviraston mukaan maasta toiseen muuttanutta henkilöä ja sillä tarkoitetaan kaikkia eri perustein muuttavia henkilöitä (Maahanmuuttovirasto 2013). Arkielämässä sekä puheessa sanaa maahanmuuttaja käytetään usein virheellisesti tarkoittamaan myös Suomessa syntyneitä ulkomaalaistaustaisia ja erityisesti ulkonäöltään valtaväestöstä erottuvia henkilöitä (Lumio 2009, 6).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin (Castaneda & Rask 2012) mukaan Suomen väestörakenne on nopeasti muuttumassa. Tuon muutoksen taustalla on ulkomaalaistaustaisten väestön määrän merkittävä kasvu. Esimerkiksi vuonna 1990 Suomessa asui pysyvästi melkein 26 000 ulkomaan kansalaista, mutta vuoden 2011 loppuun mennessä määrä on kasvanut seitsenkertaisesti (noin 183 000). Myös lähivuosikymmeninä ulkomaalaistaustaisen väestön määrän ja väestöosuuden ennustetaan kasvavan nopeasti. (Castaneda & Rask 2012, 3.)

Tiilikaisen mukaan Suomessa on suhteellisen pieni maahanmuuttajaväestön määrä verrattuna muihin pohjoismaihin (Tiilikainen 2010, 63). Kuitenkin monikulttuurisuuskyseymykset ovat nousseet maahanmuuton kasvun takia. Aiheesta on tehty muutamia tutkimuksia ja väitöskirjoja. On olemassa vähän tutkimuksia maahanmuuttajanaaisista. (Tiilikainen 2003, 21.) Niissä tutkimuksissa on eniten tutkittu somalinaisten terveyteen liittyviä asioita (Kuitunen 2012, 7). Suomessa on melko vähän tutkittu maahanmuuttajien terveysongelmia, mutta aihe on kuitenkin kiinnostava. Tutkimusten mukaan terveydentila riippuu paljon lähtömaasta ja syystä jonka vuoksi ihminen on lähtenyt omasta kotimaasta. (Pirinen 2010,169.)

Suomeen muuttaa hyvin monenlaisia ihmisiä. Suurin osa muuttaa työn takia ja iso osa avioliiton vuoksi. Maahan muuttavista vain pieni osa on pakolaisia tai turvapaikanhakijoita. Kaikkien maahanmuuttajien joukossa on korkeasti koulutettuja ja hyvin kielitaitoisia henkilöitä, mutta joukossa on myös henkilöitä, joilla ei ole kunnollista luku- ja kirjoitustaitoa. Tänä päivänä Suomessa on todella

paljon maahanmuuttajia, jotka sopeutuvat hyvin ilman apua elämään Suomessa. Tällaisia ovat yleensä kaikki korkeasti koulutetut työn perässä maahan muuttavat. Myös useimmat Virosta ja Venäjältä muuttavat sopeutuvat varsin hyvin. Eniten ongelmia kotoutumisessaan kohtaavat kaukaisemmista kulttuureista tulevat maahanmuuttajat. Heissä on paljon muun muassa Afrikasta, Arabimaista ja Aasiasta muuttaneita. (Tiilikainen 2010,63–66.)

Maahanmuuttajat voidaan jakaa tulossyn perusteella viiteen ryhmään: turvapaikanhakijoihin, pakolaisiin, perheen yhdistämishajelman kautta tuleviin, paluumuuttajiin sekä itsenäisesti maahan muuttaviin (Lumio 2009, 6).

Maahanmuuttoviraston mukaan turvapaikanhakija on henkilö, joka anoo suojelua ja oleskeluoikeutta vieraasta valtiosta. Turvapaikanhakija ei siis vielä ole pakolainen, sillä hänen pakolaisuuttaan ei ole vielä selvitetty. Sinä aikana kun hakemus on otettu käsittelyyn turvapaikanhakijalle yleensä järjestetään asuinpaikka vastaanottokeskuksesta. Turvapaikkamenettelyn yhteydessä tutkitaan ja ratkaistaan myös, voiko oleskeluluvan saada jollain muulla perusteella. Osaan muista perusteista on tehtävä erillinen, maksullinen oleskelulupahakemus. (Maahanmuuttovirasto 2013.)

Pakolainen on ihminen, jolla on perustellusti aihetta pelätä joutuvansa vainotuksi alkuperän, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen tai poliittisen mielipiteen vuoksi. Henkilö saa pakolaisaseman, jos valtio antaa turvapaikan tai jos UNHCR katsoo hänen olevan pakolainen. (Maahanmuuttovirasto 2013.) Kun ihminen on omassa kotimaassaan joutunut uhriksi ja hänen henkensä on ollut uhattuna, silloin käytetään käsitettä pakolainen. Voi olla myös mahdollista että ihmiset ovat terrorin ja kidutuksen uhreja. Jos ihminen on turvapaikanhakija ja hän tulee oma-aloitteisesti omasta maasta, silloin hänellä on psyykkisesti vaikea sopeutua, koska hän joutuu odottamaan pitkään turvapakkehakemuksen käsittelyä ja vastausta. (Saraneva 2010,193.)

Castanedan ja Koposen(2012) mukaan nuorimmat maahan muuttaneet ovat Somaliasta. He ovat keskimäärin nuorempia kuin toiset, esimerkiksi Venäjältä tai Kurdialueelta tulleet maahanmuuttajat. (Castaneda & Koponen 2012, 45.) Vuonna 2012 prosentuaalisesti suurin osa maahan tulleista oli somalialais- ja

kurditaustaisia pakolaisia tai turvapaikanhakijoita, heitä oli 74–76%; venäläistaustaisten osuus on vain yksi prosentti. Ryhmät myös erosivat toisistaan oleskeluluvan perusteen mukaan. Tutkimuksen mukaan naiset tulevat maahan usein perheiden yhdistämisen kautta, mutta miehet ovat yleensä turvapaikkahakijoina sekä pakolaisina tulleita. Enemmistö maahanmuuttajista jotka ovat tulleet työn perusteella Suomeen on Venäjältä. Työn perusteella tulleista 30 % on miehiä ja 15 % naisia. Muilla perusteilla oleskeluluvan saaneista oli venäläistaustaisissa 29 % (suurin osa syntyperäisen suomalaisen aviopuolisona tai lapsena), kun somalialais- ja kurditaustaisissa heitä oli 2–4 %. Paluumuuttajia venäläistaustaisista oli 37 %. (Castaneda & Koponen 2012, 44.)

2.2 Maahanmuuttajan kulttuurin vaikutus terveyskäsitteeseen

Suomeen saapuneista maahanmuuttajista osa tulee arabimaiden kulttuureista, enemmänkin Afrikasta ja Aasiasta (Koivisto-Junni 1998, 49). Seppälän mukaan tiedot maahanmuuttajista muuttuvat melkein muutaman kuukauden välein. Maahanmuuttajat integroituvat yhteiskuntaan ja samalla he tutustuvat Suomen kieleen ja kulttuuriin mutta säilyttävät myös omat perinteet. (Seppälä 1998,11,17.)

Maahanmuuttajan kulttuurista, kokemuksista sekä elämässä tapahtuneista muutoksista elämässä riippuu miten he suhtautuvat sairauksiin (Tiilikainen 2003,77). Jokainen potilas voi viestiä oireista sekä selittää sairautensa omalla tavallaan, joka riippuu potilaan omasta maailmankuvasta (Tuominen ym.1998, 37). Jokaisessa kulttuurissa on omat käsityksensä, jotka käsittelevät terveyttä, sairauksia ja parantamiskeinoja (Koivisto-Junni 1998,49). Esimerkiksi Somalian kulttuurissa yhteisö, kulttuuri sekä uskonto usein yhdistetään anatomisiin toimintoihin. Heille sydän ja vatsa merkitsevät henkiä ja moraalialia. (Tiilikainen 2003,211.) Perheen merkitys on myös hyvin tärkeä nuorille maahanmuuttajille. Hyvä vuorovaikutus ja vahvat perhesuhteet antavat tukea nuorille ja auttavat integroitumaan uuteen kulttuuriin ja yhteisöön. (Malin & Suvisaari 2010, 141.)

Maahanmuuttajanaisten suhtautuminen terveysasioihin riippuu yksilön omien asenteiden ja tottumusten lisäksi vahvasti myös heidän yhteisöistään (Liebkind, 2000, 23–24). Maahanmuuttoon liittyvät kulttuuriset muutokset vaikuttavat

yhteisöjen elämään ja heidän suhtautumiseensa suomalaiseen elinympäristöön. Suomalaista terveystasvatusta saatetaan oudoksua, pitää turhana tai, jopa pitää uhkana omalle kulttuurille. Monet kulttuuriset ja uskonnolliset seikat myös vaikuttavat siihen, millaista terveystasvatusta pidetään sopivana ja asiallisena. (Pohjanpää ym. 2003, 46–53.)

Omassa tutkimuksessaan Tiilikainen kuvailee somalinaisten selityksiä sairaudesta. Suomen kylmä sää aiheuttaa monia vaivoja. Monet naiset uskovat että kylmyys voi aiheuttaa jopa tuberkuloosia. Äidit ja lapset yrittävät jäädä sisätiloihin ja sillä tavalla suojautua kylmettymiseltä. Joskus naiset ajattelevat, että jos he palaisivat takaisin kotimaahan he parantuisivat. (Tiilikainen 2003 198, 230.) Myös arabimaiden maahanmuuttajilla perheen merkitys on erilainen kuin länsimaissa asuvilla (Seppälä 1998, 24). Esimerkiksi muslimien kulttuurissa on yleistä, että ihmisen ollessa sairaalassa monet sukulaiset käyvät hänen luonaan vierailemassa (Serkkola 1998, 73).

2.3 Maahanmuuttajataustaiset kotiäidit

Tilastojen mukaan 1990-luvulla maahanmuuttajanväestössä oli eniten miehiä, mutta nykyään on melkein puolet naisia (Martikainen & Tiilikainen 2007,15). Eniten ongelmia kotoutumisessaan kohtaavat kaukaisemmista kulttuureista tulevat maahanmuuttajat. Erityisiä haasteita kotoutumisessa on tähän ryhmään kuuluvilla naisilla, koska he ovat useimmiten kotiäitejä, eivätkä siten useinkaan pääse työnhakijoille tarkoitettujen kotouttamiskurssien ja muiden tukitoimien piiriin. Usein heidän elämänpiirinsä on myös varsin rajoittunut kotiin, perheeseen ja samantaustaisiin tuttaviiin. (Martikainen & Tiilikainen 2007,15–37.)

Sanat koti ja äiti muodostuvat sanaksi kotiäiti. Tämä sana kuvaa erityisen hyvin maahanmuuttajataustaisia kaukaisemmista kulttuureista tulevia naisia. Näissä perheissä on usein paljon lapsia. (Antikainen & Kortelainen 1998,14.) Suurella osalla maahanmuuttajataustaisista naisista on taustallaan hyvin perinteinen kulttuuri, jossa naisen paikaksi on määritelty koti ja tehtäväksi huolehtia kodista ja lapsista. Äidit ovat lähes koko elämänsä ajan kiinni pienten lasten hoidossa ja lukuisat raskaudet ja synnytykset rasittavat terveyttä ja rajoittavat mahdollisuuksia

pyrkii toimimaan kodin ulkopuolella. Siten on luonnollista, että koti merkitsee näille naiselle paljon. Näiden kotiäitien elämäntyö on yleensä kodin- sekä lastenhoito. (Kauhanen & Koukkari 2009, 7.)

Yhden erityisongelman muodostaa maahanmuuttajataustaisten kotiäitien muita maahanmuuttajia huonompi suomen kielen taito. Heillä ei yleensä ole erityisen pakottavaa tarvetta kielen oppimiseen alkeita enempää. Kodin ylläpitäminen ja lasten kasvattaminen ei edellytä suomen kielen oppimista. He eivät toimi päivittäin suomenkielisten kanssa, eikä työhön pääsy tai tehtävien hoito luopainetta kielen oppimiselle. He jäävät myös paitsi työnhakijoille tarjottua kieliopetusta, koska he eivät hae työtä. (Silvennoinen 2012, 14–15.)

Maahanmuuttajaäidit, joiden lapset ovat kasvaneet aikuisiksi ja muuttaneet ehkä jo pois kotoa, voivat kokea tilanteensa turhauttavaksi. Heidän on vaikea työllistyä eikä heillä ole kotonakaan tarpeeksi tehtävää. Kuitenkin tällaisten maahanmuuttajaäitien, joilla ei ole aikaisempaa koulutusta, työkokemusta eikä useinkaan kunnollista kielitaitoa, mahdollisuudet työllistyä ovat varsin heikot. (Alitolppa-Niitamo 2005, 64–65.)

3 MAAHANMUUTTAJIEN TERVEYS JA TERVEYSONGELMAT

3.1 Maahanmuuttaja asiakkaana terveydenhuollossa

Suomessa on melko vähän tutkittu maahanmuuttajien terveysongelmia, mutta aihe on kiinnostava ja ajankohtainen. Pirisen (2010) mukaan maahanmuuttajien terveydentila riippuu heidän lähtömaastaan ja syystä, jonka vuoksi ihminen on lähtenyt omasta kotimaastaan. (Pirinen 2010,169.) Tutkimuksen mukaan maahanmuuttajien terveys on huonompi kuin kantaväestöllä (Oroza 2010, 291).

Suurella osalla maahanmuuttajanaisista on ongelmia ymmärtää hyvin suomenkieltä, joten kirjallisessa muodossa olevan terveystiedon omaksuminen on hankalaa. Myöskään monien maahanmuuttajaryhmien omaan kulttuuriin ei kuulu lehtien ja kirjojen lukeminen samassa määrin kuin on Suomessa. Myös internetin käyttö lienee maahanmuuttajanaisten parissa valtaväestöä vähäisempää. (Rotko ym. 2007–2010, 69–81.) Tuomisen (1998) mukaan maahanmuuttajilla on terveysongelmia jotka johtuvat lukutaidottomuudesta. Tästä syystä on tärkeää antaa suulliset hoito-ohjeet ja varmistaa että asiakas on ymmärtänyt ohjeet oikein. Ongelmana pidetään tulkkina toimivia sukulaisia, jotka antavat ohjeet oman mieltensä ja tulkinnan mukaan. (Tuominen 1998, 26.) Valitettavasti tulkkina käytetään usein potilaan puolisoa, kaveria ja joskus myös lasta. Terveysteen liittyvissä asioissa on tärkeää käyttää ammattitulkkin apua, silloin asiakkaalla on mahdollisuus ymmärtää ohjeet oikein ja toimia niiden mukaisesti. (Koivisto-Junni 1998, 51.) Huonon kielitaidon takia monilla maahanmuuttajanaisilla on rajalliset mahdollisuudet kysyä neuvoja. Sen vuoksi terveydenhoitajalla on tärkeä rooli selittää hoito-ohjeet selkeästi. (Tiilikainen 2003,221.)

Omassa työssään Oroza(2007) kuvailee, että Suomessa lääkärin vastaanotolle saapuu enemmän ja enemmän potilaita erilaisista vieraista kulttuureista. Omassa kotimaassaan potilaat ovat tottuneet erilaiseen hoitoon ja ymmärtävät sairauden kulkua eri tavalla. Se vaikuttaa potilaan ja lääkärin vuorovaikutukseen ja hoitoprosessiin. Maahanmuuttajien joukossa on suuri osa pakolaisia ja heillä esiintyy muita enemmän kroonisia sairauksia sekä mielenterveysongelmia.

Terveydenongelmat johtuvat usein traumaista, jotka ovat tulleet sodan aikana, sekä heikosta koulutustaustasta. (Oroza 2007, 441.)

3.2 Yleisimmät maahanmuuttajien terveysongelmat

Uudessa kotimaassa monella maahanmuuttajalla on sopeutumisvaikeuksia yhteiskunnan sääntöihin sekä normeihin (Tuominen 1998, 25). Kulttuurietäisyys sekä kulttuurinen ja sosiaalinen erilaisuus voivat aiheuttaa haasteita niin maahanmuuttajille kuin myös vastaanottavalle puolelle (Malin & Suvisaari 2010, 135). Osalla maahanmuuttajista on terveysongelmia, jotka ovat tulleet lähtiessä kotimaasta sekä matkalla. Tähän ryhmän kuuluvat ovat suurelta osin pakolaisia. (Malin & Suvisaari 2010, 137.) Kulttuurieroja luovat eri normit, uskonnot sekä arvot. Jos kulttuuriero on suuri, sen pidempi ja myös haastavampi kotoutumisen aika on uudessa maassa. (Malin & Suvisaari 2010, 138.)

Monilla maahanmuuttajilla on vaikeuksia terveyspalveluiden käyttämisessä kulttuurierojen vuoksi. Maahanmuuttotaustaan liittyvien tekijöiden voidaan olettaa olevan yhteydessä moniin terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueisiin. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa Suomessa asutun ajan pituus, maahanmuuttoikä, sekä pakolaistausta. Ikääntymisen myötä maahanmuuttajien enemmistön terveys heikkenee suhteessa kantaväestöön. Tähän vaikuttaa todennäköisesti moni tekijä, muun muassa heikommat elinolot, pienituloisuus, syrjäntä ja työelämään ja yhteiskuntaan integroitumisen vaikeudet. Mahdolliseen pakolaistaustaan voi liittyä erityisiä haavoittuvaisuuden elementtejä, kuten entisen kotimaan vaikeat olosuhteet. (Rotko ym. 2011, 69–81.)

Maahanmuuttajien parissa on pitkäaikaissairastavuus muuta kantaväestöä suurempi (Pohjanpää 2003, 46–53). Tutkimuksessa on havaittu, että kaikissa maahanmuuttajien ryhmissä pitkäaikaissairastavuus esiintyy lähes samanlaisesti. Erot esiintyvyydessä voivat johtua esimerkiksi kohderyhmän elinoloista, elintavoista, terveyspalvelujen saannista. Myös erot kielessä ja kulttuurissa ja niihin liittyvät tekijät voivat vaikuta siihen miten ihminen tulkitsee sairauden olemassaoloa ja haittaavuutta. (Koskinen ym. 2012, 69–72.) Naisilla on huomattavasti enemmän selkä- ja polvikipuja kuin miehillä. Heliövaaran (2012,

80) mukaan kurditaustaisilla maahanmuuttaja ryhmässä ne ovat yleisimmät vaivat. Yleisiä pitkäaikaisaurauksia ovat esimerkiksi sydäntaudit, muut verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes, sekä tuki- ja liikuntaelinvaivat. Lisäksi ryhmälle tyypillisiä riskitekijöitä ovat mm. yksipuolinen ravinto, ylipaino, tupakointi ja riittämätön liikunta. (Castaneda ym. 2012, 71–83.) Prättälän (2012,171) mukaan Suomessa aikaisemmin ei ollut tehty tutkimuksia maahanmuuttajien ruokatottumuksista. Haavainnot oli tehty ravitsemusterapeuttien avustamana ja oli huomattu, että maahanmuuttajien ravitsemusongelmat aiheuttavat ylipainoisuutta, metabolista oireyhtymää sekä diabetesta. Havaitut väestöryhmien väliset erot pitkäaikaissairastavuudessa voivat johtua monista eri tekijöistä. Kieleen ja kulttuuriin liittyvät tekijät voivat myös muovata ihmisten tulkintoja sairauden olemassaolosta ja haittaavuudesta. (Castaneda ym.2012, 71–83.) Eniten ylipainoisia naisia on kurditaustaisissa ja somaliaalaistaustaisissa ryhmissä. Sen vuoksi näissä ryhmissä on enemmän riskiä sairastua sydän ja verisuonitautiin, diabetekseen ja myös liikuntaelinsairauksiin, koska lihavuus on monien kansantautien riskitekijä. Paino yleensä riippuu ruoka- ja liikuntatottumuksista, jotka vaihtelevat kulttuurien välillä. (Laatikainen 2012,91–94.)

Tutkimusten mukaan maahanmuuttajilla on enemmän mielenterveysongelmia kuin kantaväestöllä. Riskiryhmässä ovat pakolaiset sekä turvapakanhakijat. (Malin & Suvisaari 2010,157.) Turvapaikan hakeminen on psyykkisesti vaikea ja monimutkainen prosessi. Stressiä aiheuttaa myös pakolaisleirissä asuminen. Vieraat ihmiset, vieras paikka, ja ahdas asuminen vaativat sopeutumista. (Pirinen 2010,165–166.) Saranevan (2010) mukaan pakolaisuus aiheuttaa ihmiselle psyykkisiä traumoja. Ne koostuvat monesta eri tekijästä. Elämä kotimaassa sodanaikana on vaikeaa ja turvatonta. Esimerkiksi vankilan jälkeen ihminen on traumatisoitunut niin, että hänen on vaikea jatkaa normaalia elämää. (Saraneva 2010, 201–204.)

Tiilikaisen (2003) tutkimuksessa on kuvattu että monet arabimaista tulleet maahanmuuttajat ovat nähneet sodan aikana tapahtuvia asioita, esimerkiksi läheisen kuoleman. Tämän jälkeen heillä voi esiintyä pelkoja ja mielialahäiriöitä. (Tiilikainen 2003, 216.) Sopeutuminen uuteen kulttuuriin voi aiheuttaa psyykkisiä vaikeuksia (Diarra ym. 1998,124). Maahanmuuttajilla voivat esiintyä

esimerkiksi traumaperäiset, tapaturma- ja väkivaltaperäiset traumat (Markkula & Impinen 2012, 87). Jotkut vatsavaivat, kivut ja joskus unettomuus voivat liittyä sodan traumaan. On olemassa myös tietoja että uudet ympäristöt, huolet, ja tuen puute voivat johtaa psykososiaalisiin ongelmiin. (Tiilikainen 2003,261.) Jos muutto Suomeen on vapaaehtoinen ihminen voi valmistella muuttoa etukäteen, mutta se ei aina poista identiteettikriisin syntymistä. (Diarra ym.1998, 127.)

Rahkamaa kuvailee, että maahanmuuttajilla voi esiintyä monia erilaisia terveysongelmia, jotka eivät ole tyypillisiä suomalaisille. Tästä syystä on olemassa terveystarkastukset niille maahanmuuttajille, jotka ovat juuri saapuneet Suomeen. (Rahkamaa 1998,114.) Liitsolan, Nohynek ja Kivelän (2012) mukaan suurin osa infektioitaudeista oli usein seulottu pakolais- ja turvapaikkahakijataustasilta maahanmuuttajilta. Keskeisenä tavoitteena on suojata ihmisten oma terveyttä sekä katkaista tartuntaketju. Eniten terveystarkastuksia maahan tulleista saavat somalitaustaiset ja kurditaustaiset maahanmuuttajat. (Liitsola, Nohynek & Kivelä 2012,110.)

Esimerkiksi länsimaiden ulkopuolelta tulleiden kulttuurissa naisten tupakointi ei ole sosiaalisesti hyväksyttyä, mutta he eivät myöskään harrastaneet liikuntaa niin kuin esimerkiksi Suomessa yleisesti tehdään (Malin & Suvisaari 2010,155). On tutkittu, että somalialaistaustaiset harrastavat liikuntaa harvemmin kuin muut maahanmuuttajat. Samalla tässä ryhmässä on eniten ylipainoisia. Sen vuoksi olisi tärkeää tukea liikunnan harrastamista. Esimerkiksi helppo hyötyliikunta sopisi hyvin niille, joilla on liikapaino. (Mäkinen 2012, 182.) Myös suuri merkitys maahanmuuttajien terveydentilalle on sillä, millainen terveydenhuolto on lähtömaassa ollut. Voi olla, että terveyspalvelujärjestelmä toimii ja palvelee kotimaassa hyvin, mutta sota tai muut tapahtumat heikentänyt ihmisten terveyttä. (Pirinen 2010, 169.)

Mielenterveysongelmien esiintyvyys maahanmuuttajilla on valtaväestöä korkeampi ja mielenterveyspalveluiden käyttö valtaväestöä vähäisempää. Maahanmuuttajista erityisesti pakolaiset ja turvapaikanhakijat ovat muuta väestöä alttiimpia mielenterveyshäiriöihin sairastumiselle. Kaikkein yleisimmäksi selittäväksi tekijäksi pakolaisten mielenterveysongelmiin on todettu aikaisemmat

traumaattiset kokemukset. Mielenveysongelmat ilmaantuvat usein, kun maahanmuuttaja törmää itselleen vieraaseen kulttuuriin, johon hänen tulisi sopeutua. Psykologinen akkulturaatio viittaa yksilön muutosprosessiin, jonka hän käy läpi ollessaan yhteydessä toiseen kulttuuriin sekä ollessaan oman kulttuurinsa jäsenenä yleisen kulttuurin muutoksessa. Pakolaisilla akkulturaatioprosessi voi olla vaikeampaa kuin muille maahanmuuttajille, koska maahanmuutto ei ole ollut heille vapaaehtoinen. (Sainola-Rodriguez & Koehn 2006, 47–59.)

Maahanmuuttajat, jotka saapuvat maista, joiden historiassa on sotaa ja poliittista väkivaltaa, omaavat usein monia traumaattisia kokemuksia. Tällöin on suositeltavaa arvioida systemaattisesti traumaattiset kokemukset sekä mahdolliset mielenveysongelmat. Interventioiden tulisi olla kohdennettuja ja etsiviä. Traumaattinen kokemus ennen maahanmuuttoa selittää todennäköisyyden lisääntyneeseen mielenveyspalveluiden käyttöön vuoden sisällä maahanmuutosta. (Kylmä ym. 2009, 98.)

3.3 Maahanmuuttajanaisten terveysongelmat

Maahanmuuttajia hoitavan lääkärin työssä hankalimmat tilanteet liittyvät usein naisen asemaan, oikeuksiin ja kunniaan. Islamilaisissa ja myös eräissä kristillisissä yhteisöissä naisen ruumis on yhteisöllisesti hyvin tärkeä ja siihen saatetaan liittää perheen ja suvun kunnia. (Akar & Tiilikainen 2004, 14–20.) Kunniakysymystilanteissa lääkäri joutuu miettimään sekä naisen asemaa ja oikeuksia että suvun ja perheen kunniaa. Vanhemmat saattavat esimerkiksi tuoda tyttärensä vastaanotolle neitsyyden tutkimista varten. Tällaisessa perhetilanteessa tyttö saattaa olla vaarassa joutua kunniaväkivallan uhriksi, jos osoittautuu, ettei tyttö ole neitsyt. Jos kyseessä on alaikäinen potilas kannattaa harkita lastensuojeluilmoituksen tekemistä. Lääkärin toiminnan lähtökohtana tulisi olla tytön tai naisen turvallisuus ja oikeus omaan kehoonsa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa ”Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta” on ohjeita sosiaali- ja terveysalan auttajille. (Kyllönen-Saarnio & Nurmi 2005, 15.)

Tyttöjen ja naisten ihmisoikeuksia rikkovia ympärileikkauksia eli sukupuolielinten silpomisia tehdään yli 30 maassa. Näistä maista Suomeen

perheensä kanssa muuttaneiden tyttöjen ympärileikkauksia ehkäistäessä myös lääkäriellä ja terveydenhoitajilla on merkittävä rooli. Maahanmuuttajia hoitavien neuvola- ja koululääkäreiden olisi hyvä tutustua Ihmisoikeusliiton aihetta käsittelevään oppaaseen. Olennaista on ympärileikkauksesta keskusteleminen vanhempien kanssa ja tyttöjen tarkastaminen normaalien lääkärintarkastuskäyntien yhteydessä. Mikäli herää epäily ympärileikkauksiaikaista, silloin lastensuojeluilmoituksen tekeminen on paikallaan. (Tiilikainen 2004, 36–39.)

Tutkimusten mukaan eniten lapsia on somalialaistaustaisilla naisilla noin 4,6 lasta. Kurditaustaisilla on 2,6 ja venäläistaustaisilla 1,0. Prosentuaalisesti eniten synnytyksiä oli somalinoisilla 84,5 %, kurdinoisilla 80,9 % ja venäläistaustaisilla naisilla 69,0 %. Lapsien määrä liittyy ehkäisymenetelmien käyttämiseen. Maahanmuuttajanaissilla on enemmän keskenmenoja ja synnytyksiä verrattuna kantaväestöön. Tutkimuspaikkakuntien väestön naisilla keskenmenoja oli 13,7 % kun samaan aikaan maahanmuuttajataustaisilla naisilla määrä oli paljon suurempi 77,3 %. Tutkimuksessa on todettu että ehkäisymenetelmien käyttö on vähäinen ja olisi hyvä kiinnittää enemmän huomiota neuvontaan. (Koponen 2012, 137 – 139.)

4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN MAAHANMUUTTAJATAUSTAISILLE KOTIÄIDEILLE

4.1 Terveys ja terveyden edistämisen käsitteet

Sanaa terveys on alun perin käytetty tarkoittamaan ihmisen kokonaisuutta.

Terveyttä on pidetty ominaisuutena, toimintakyynä, voimavarana, tasapainona tai kyynä sopeutua ja selviytyä. (Vertio 2003, 89.) Terveyden edistämisen käsite pohjautuu terveystieteeseen. Kuten terveystieteen, myös terveyden edistämistä on määritelty monin tavoin. Terveyden edistämiskäsitteen ymmärtäminen ja sisältö ovat muotoutuneet pääasiassa Maailman terveysjärjestön (World Health Organization, WHO) piirissä, ja se on edellyttänyt vuosikymmenien mittaista kehittämistyötä. Yksi kehittämistyön kannalta merkittävistä tapahtumista oli marraskuussa 1986 pidetty Ottawan konferenssi, jossa vahvistettiin terveyden edistämisen strategiset suuntaviivat. Ohjelmassa on eritelty viisi terveyden edistämistoiminnan oluttavuutta: terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan aikaansaaminen, tukea antavan ympäristön luominen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveystieteiden uudistaminen. (Ottawa Charter 1986.)

Suomessa saa terveyttä edistävää ohjausta ”vauvasta vaariin”. Ensimmäiset kosketuspisteet terveystieteeseen vastasyntyneet lapset saavat käydessään äitinsä sylissä lastenneuvolassa. Myöhemmistä neuvolakäynneistä he saattavat jo itsekin jotain muistaa ja viimeistään päivähoitossa tai esikoulussa he alkavat saada järjestelmällistä terveystietoa vaikkapa siinä, että neuvotaan pesemään kädet ennen ruokailua. Koulussa terveystieto onkin sitten ylemmillä luokilla jo varsinaisena oppiaineena. (Ståhl & Rimpelä 2010, 35–44.)

Suomalaiset kohtaavat terveystietoutta ja -kasvatusta asioidessaan terveystieteissä terveyden- ja sairaanhoitajilla ja lääkäreiden vastaanotoilla. Työterveyshuolto tavoittaa lähes kaikki työikäiset suomalaiset ja siinä pääpaino on enemmän terveyden edistämässä kuin sairauksien hoidossa. Suomalainen terveydenhoitojärjestelmä tarjoaa monella tavalla ja varsin kattavasti nimenomaan terveyttä ja terveellisiä elämäntapoja edistävää tietoutta niille, jotka läpi elämänsä

ovat järjestelmän asiakkaina. Tällaisia ovat tyypillisesti ”kantasuomalaiset”.
(Vertio 2003, 30–32.)

4.2 Maahanmuuttajanaiset terveydenhuollossa

Kun tarkastellaan maahanmuuttajataustaisia kotiaitejä, on helppo havaita, että he jäävät syrjään useimmista edellä mainituista kohtaamisista terveyskasvatuksen kanssa. Lastenneuvolatoiminta on ainutlaatuinen suomalainen järjestelmä, jollaista muualla ei juuri ole. Valtaosa maahanmuuttajanaisista tulee Suomeen sellaisista maista, joiden kouluissa ei useinkaan anneta monipuolisesti terveyskasvatusta. Niissä saatetaan kyllä valistaa joistakin kyseisessä ympäristössä tärkeistä terveysuhista kuten puhtaan veden merkityksestä ja malarian tai AIDSin välttämisestä, mutta tuollaisilla tiedoilla ei ole suurtakaan merkitystä Suomessa. (Rotko ym. 2007–2010, 69–81.)

Maahanmuuttajanaiset kohtaavat suomalaisen terveydenhoitojärjestelmän yleisimmin lapsia tehdessään. Äitiyspäivärahan saamisen sitominen äitiysneuvolan asiakkuuteen varmistaa varsin tehokkaasti, että kaikki Suomen sosiaaliturvan piirissä olevat tulevat äitiysneuvolapalvelujen piiriin. Myös asioiminen terveysasemilla sairauksia hoidattamassa on yleistä ja siinä yhteydessä maahanmuuttajanaisille annetaan kulloiseenkin tilanteeseen liittyvää terveysvalistusta. Näissäkin kohtaamisissa saattaa huono kielitaito muodostaa esteen tiedon välittymiselle. Työterveyshuollon piirissä maahanmuuttajataustaiset kotiäidit eivät useinkaan koskaan ole olleet. (Rigoff & Herrala 2010, 15.)

Maahanmuuttajanaisten suhtautuminen terveysasioihin riippuu yksilön omien asenteiden ja tottumusten lisäksi vahvasti myös heidän yhteisöstään (Liebkind 2000, 23–24). Maahanmuuttoon liittyvät kulttuuriset muutokset vaikuttavat yhteisöjen elämään ja muuttajien suhtautumiseen suomalaiseen elinympäristöön. Suomalaista terveyskasvatusta saatetaan oudoksua, pitää turhana tai jopa pitää uhkana omalle kulttuurille. Monet kulttuuriset ja uskonnolliset seikat myös vaikuttavat siihen, millaista terveyskasvatusta pidetään sopivana ja asiallisena. (Pohjanpää, Paananen & Nieminen 2003, 46–53).

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että maahanmuuttajanaisilla ja heistä erityisesti kotiäideillä on suomalaisia naisia huomattavasti vähemmän tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä, suuria esteitä saada ja ottaa vastaan uutta tietoa, eikä aina ymmärrystä eikä motivaatiotakaan tiedon vastaanottamiseen. (Rotko ym. 2007–2010, 69–81.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämä opinnäytetyö perustuu Lahden seurakuntayhtymän toimeksiantoon toteuttaa terveyteen liittyvää ohjausta Lahdessa asuville maahanmuuttotaustaisille kotiaideille. Tavoitteena opinnäytetyössämme oli kiinnittää maahanmuuttajanaisten huomio terveyden edistämiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Opinnäytetyön toteutuksessa keskeinen toiminnallinen tavoitteemme oli antaa ennaltaehkäisevää tietoa yleisistä sairauksista ja yleisempiä terveystietoa liittyviä tietoja muun muassa elintapojen merkityksestä terveydelle.

Opinnäytetyön tavoitteena oli toteuttaa maahanmuuttajanaisten terveyden edistämisen liittyneet teemapäivät ja niihin liittyneet ohjaukset niin, että maahanmuuttajataustaiset kotiaidit saivat konkreettisia ohjeita sekä ymmärtäisivät terveyden edistämistä ja terveellisen ruokavalion merkitystä. Ohjauksen aikana naiset saivat tietoa sairauksista, komplikaatioista, sairauden riskitekijöistä sekä ohjeita terveyttä edistävästä elämäntavosta ja ravitsemuksesta. Lopputuloksessa halusimme selvittää, miten hyvin ohjaukset oli suunniteltu ja toteutettu.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selittää maahanmuuttajataustan merkitystä terveydentilaan sekä selvittää toiminnallisen tutkimuksen keinoin, miten kohderyhmän terveyteen voidaan terveystietoisuudella vaikuttaa.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyön toiminnallinen osa toteutettiin maahanmuuttajanaisten kerhon ohjauksena. Yhteistyökumppanina toimi Lahden seurakuntayhtymän naisten maahanmuuttajakerho. Kohderyhmänä olivat kerhon naiset, jotka ovat tulleet Suomeen eri maista ja kulttuureista. Kerhoon osallistui 10 – 15 iältään 35–60 vuotiaita naista. Tämä osa toteutettiin viidessä ohjauksessa, kaksi syksyllä 2012 ja kolme keväällä 2013. Ennen ensimmäistä ohjausta oli mietitty miten työtä tehdään ja keskusteltu kerhon ohjaajan kanssa.

Ohjauksissa käytettiin suomen kieltä. Asioita selitettiin erilaisilla kuvilla, lyhyillä lauseilla ja sanoilla. Kohderyhmän kielitaidossa oli eroja. Osa kohderyhmästä ymmärsi suomea ja puhui suomen kieltä kohtalaisesti. He käänsivät toisille tarvittaessa ja toimivat tulkkeina.

6.1 Kohderyhmä ja kerhon tausta

Kerho on perustettu vuonna 2000 Lahden seurakuntayhtymän ja Lahden kaupungin Latu maahanmuuttajille projektin yhteistyönä maahanmuuttajanaيسille. Bir gul-nimi on turkin kieltä ja tarkoittaa yhtä ruusua. Alkuvuosina kerhon vastuutehtävistä vastasivat kaupungin työntekijä ja seurakuntayhtymän työntekijä yhdessä. Lisäksi kerhon suomen kielen opetuksesta vastasi vuosina 2000–2011 Suomessa pitkään asunut bosnialainen rouva. Kun Latu maahanmuuttajille projekti päättyi v. 2006, kerhotoiminta siirtyi kokonaan seurakuntayhtymän maahanmuuttajatyön vastuulle. Vastuuhenkilöinä on toiminut maahanmuuttajatyöntekijä sekä paluumuuttajatyöntekijä. (Taipale, 2013.)

Kerhon tavoitteena on lisätä maahanmuuttajanaisten keinoja arjessa selviytymiseen ja antaa heille mahdollisuus tavata säännöllisesti muita maahanmuuttajia. Kerholaisten lukumäärä on yleensä 8–15 henkilöä/kerho. Kerho kokoontuu kerran viikossa torstai- tai maanpäiväisin. Kesätauko on kaksi ja puoli kuukautta. Naisten ryhmässä opitaan osallistuvaa, omia ja toisten mielipiteitä kunnioittavaa vuorovaikutusta. Kerhon toiminta on tavoitteellista ja itsearvioivaa toimintaa. Sosiaalinen verkosto on vahva, koska monet naiset ovat olleet mukana kerhon perustamisesta alkaen. Yhdessä kerhonohjaajan kanssa suunnitellaan tapaamisten

sisältöä ja toimintaa. Naiset ovat yleensä kotona olevia, eri-ikäisten lasten äitejä Irakista, Iranista ja Syyriasta. Lisäksi kerhossa on käynyt välillä myös muista maista vasta Suomeen tulleita pakolaisäitejä, odottaessaan pääsyä kielikursseille. Valtaosa äideistä on muslimeja, jotka ovat tulleet Suomeen pakolaisina tai avioliiton myötä. (Taipale, 2013.)

Kerhossa opetellaan suomalaisen ruuan tekoa, käsitöitä, suomen kielen taitoa, tietokoneen ja internetin käyttöä sekä terveydenhoitoon ja ihmissuhteisiin liittyviä asioita. Aloituskahvien aikana naiset vaihtavat kuulumisia omalla äidinkielellä, mutta varsinaisen ohjelmaosuuden aikana käytetään suomen kieltä ja tarvittaessa tulkkausta eri kielille. Kerhossa käy usein myös vierailijoita, jotka puhuvat suomalaisesta kulttuurista, kirkollisista juhlapyhistä ja yhteiskunnan ajankohtaisista asioista. Erityisen pidettyjä ovat olleet erilaiset retket ja opintokäynnit naisia kiinnostaviin kohteisiin. Kerhon on todettu olevan naisille sosiaalisesti voimaannuttava yhteisö ja se aktivoi jossain määrin myös työelämään sekä ylläpitämään suomenkielen taitoa. (Taipale, 2013.)

6.2 Terveyskasvatuksen toteuttaminen naistenkerhossa

Saimme koulun kautta tiedon, että Lahden seurakuntayhtymä etsii sairaanhoidon opiskelijoita, jotka voisivat tehdä terveyteen liittyvää ohjausta Lahdessa asuville maahanmuuttotataustaisille kotiäideille. Syksyllä 2012 kerholaisilta tuli toivomus, että he haluaisivat tietää enemmän aikuisiän diabeteksen ja kolesterolitaudin hoidosta ja muutenkin terveyden edistämisestä.

Syksyllä 2012 kävimme tutustumassa opinnäytetyön ja tutkimuksen kohteena olevaan kansainväliseen naisten kerhoon. Tutustumisen yhteydessä Lahden seurakuntayhtymän maahanmuuttajatyöntekijä kertoi kerhosta ja siihen osallistuvista naisista. Keskustelussa selvisi, että kerhossa käyvät naiset ovat eri kulttuuritaustoista, mutta pääsääntöisesti muslimeja ja myös kotiäitejä. Kävimme toimeksiantajan eli Lahden seurakuntayhtymän vastuuhenkilöiden kanssa syksyllä 2012 useita keskusteluja, joissa tarkensimme tehtävän sisältöä ja muokkasimme siihen mukaan opinnäytetyöhön sopivan tutkimuksellisen sisällön.

Suunnittelun myötä sovimme, että hankkeessa toteutetaan kaksi teemapäivää syksyllä 2012 ja kolme teemapäivää keväällä 2013. Vuoden lopussa sovittiin että kevään ohjaukset tehdään naisten terveydestä.

Kaikkiin viiteen teemapäivään valmistauduttiin saman kaavan mukaisesti. Valmistelimme yhdessä esitykset teemapäivän aiheista. Tehtiin Power Point esitykset ja tulostettiin niitä, etsittiin oppaita ja esitteitä, tarvittaessa lainattiin koulusta välineistö. Esimerkiksi rintasyöpä aiheen takia hankittiin rinnanmalli koulusta. Aina mukana oli anatomian kirja, sen takia, että anatomiset käsitteet oli usein vaikea selittää sanallisesti.

Teemapäivissä käsiteltyjä aiheita olivat mm (kts. Liitteet):

- Sydän- ja verisuonitaudit ja kolesterolin merkitys
- Diabetes
- Rintasyöpä, kohdunkaulansyöpä sekä rintojen omaehtoinen tutkiminen
- Ehkäisy ja papilloomavirus
- Vaihdevuodet ja osteoporoosi.

Kuhunkin teemapäivään suunniteltiin lisäksi käytännölliset havaintomateriaalit kuten kuvat, esitteet ja esimerkiksi rintojen tutkimisen havainnollistamiseen käytettävät keinorinnat. Lisäksi sovittiin roolit teemapäivän läpiviennissä ja tavaroiden kuljettamisessa.

Oli tärkeää miettiä miten teemapäivät toteutetaan siten, että naiset ymmärtäisivät asiat mahdollisimman hyvin. Sen vuoksi koetimme kertoa asiat selkokielellä ja selittää, mistä kulloinkin oli kyse. Käytimme asioiden esittämisessä paljon kuvia sekä ihmisen anatomian oppikirjaa. Selitimme hyvin konkreettisesti ja yksinkertaisesti kaikki lääketieteelliset sanat ja termit. Teemapäivissä aiheet esitettiin ”power point” muodossa, jossa oli paljon kuvia ja helppoa sanastoa.

7 PALAUTE TOTEUTETUISTA KERHOKERROISTA

Palaute voidaan kohdistaa kahteen kohteeseen: Oppilastyönä toteutetun terveyden edistämishankkeen toteutuksen onnistumiseen sinänsä ja erikseen hankkeen vaikuttavuuden arviointiin.

Hankkeen toteutuksen onnistumisen arvioinnissa verrataan hankkeeseen sisältyviksi suunniteltujen toimenpiteiden ja tapahtumien määrää ja laatua siihen, mitä lopulta hankkeessa saatiin toteutettua. Arvioinnin kohteena ovat muun muassa tuotettu materiaali, järjestettyjen terveystapaamisten lukumäärä, hankkeen piiriin saatujen naisten lukumäärä, tilaisuuksien laadullinen onnistuminen (välitön palaute, osallistujien aktiivisuus, kysymykset ja keskustelu, järjestäjien oma arvio).

Arviointi ohjauksen vaikuttavuudesta tehtiin lopussa kohderyhmälle toteutettavan kyselytutkimuksen avulla. Siinä kysyttiin kohderyhmään kuuluvilta naisilta, miten tärkeänä he pitivät hankkeessa saamaansa tietoa, miten heidän asennoitumisensa hankkeeseen valittuihin terveysteemoihin on saadun tiedon myötä muuttunut ja ovatko he muuttaneet elintapojaan tai toimintaansa hankkeessa saamansa tiedon vuoksi.

Hankkeessa toteutettiin viisi ohjaustilaisuutta, kaksi syksyllä 2012 ja kolme keuhkokuumeella 2013. Tavoitteena oli saada osallistujiksi erityisesti kurditaustaisia maahanmuuttajanaaisia. Ohjaustilaisuuksiin osallistuneiden määrä vaihteli. Osallistujat olivat pääosin kurditaustaisia naisia, mutta mukana oli myös muutama afgaanitaustainen nainen. Ohjaustilaisuuksien alussa tarjottiin kahvia ja keskusteltiin päivän kuulumiset ennen varsinaisen ohjauksen toteutusta. Tämän tavoitteena oli varmistaa, että osallistujat keskittyisivät asiaan varsinaisen ohjauksen aikana hyvin.

Ohjaustilaisuudet toteutuivat hyvin vuorovaikutteisina. Kaikista aiheista heräsi paljon kysymyksiä ja keskustelua. Tilaisuudet olivat myös ohjauksen toteuttajille ”opettavaisia” ja sosiaalisesti kaikin puolin hyvin onnistuneita. Jokaisella ohjauksen käynnillä kommunikoinnissa käytettiin kuvia ja osallistujia kannustettiin esittämään kysymyksiä. Keskustelun edetessä osallistujat olivat aktiivisia ja heitä

kannustettiin ottamaan painettuja monisteita, jotka liittyvät sairauksiin, kuten verenpainetautiin, sydänsairauksiin ja diabetekseen ja rintojen itsetutkiskeluun ja ehkäisyyn. Naiset olivat alusta alkaen avoimia puhumaan asioista ja ohjauksen edetessä, erityisesti viime tapaamisilla keskustelut tiivistyivät ja olivat antoisia.

On selvää, että ryhmädynamiikka on hyvin myönteisiä, vaikka kielellisiä ja kulttuurisia esteitä onkin. Saadut kokemukset osoittavat, että ohjaukset ovat olleet kiinnostavia aiheita. Ohjauksesta toteutettiin palautekysely. Ohjaukseen osallistuneille jaettiin viimeisen ohjauksen lopussa palautekyselylomake, jonka osallistujat täyttivät ja palauttivat saman tien. Kyselylomakkeessa oli 15 kysymystä. Kysymyksillä selvitettiin ohjaukseen osallistuneiden taustaa ja heidän mielipiteitään ohjauksen onnistumisesta ja hyödyllisyydestä.

Kyselyyn vastasi 13 ohjaukseen osallistunutta. Kerholaisten nimiä ei ollut tallennettu, eikä sitä myöskään laitettu kyselylomakkeeseen. Osallistujilla oli keskimäärin 3,5 lasta. Puolet vastanneista oli iältään 35–45 ja puolet yli 45 vuotta. Selvä enemmistö vastaajista (9 – 11 vastaajaa), vastasi kaikkiin ohjauksen sisältöä ja toteutuksen yleistä laatua koskeviin kysymyksiin positiivisesti. Kuitenkin lähes puolet (6 vastaajaa), vastasi ohjauksen ymmärrettävyyttä ja selkeyttä koskeviin kysymyksiin negatiivisesti. Yksikään vastaajista ei kirjoittanut sanallista palautetta vastauksiin. Kyselyn perusteella voidaan arvioida ohjauksen olleen tarpeellista ja kiinnostavaa. Voidaan myös arvioida ohjauksen toteutuksen olleen pääosin onnistunut, mutta joillakin osallistujilla oli vaikeuksia ymmärtää kaikkea ohjauksen sisältöä.

Vaikeudet ymmärtää ohjauksen sisältöä saattoivat johtua monesta syystä. Todennäköisesti vaikeuksien tärkein syy on puutteellinen suomen kielen taito osalla ohjaukseen osallistujista. Lähes puolet osallistuneista (6 vastaajaa), vastasi negatiivisesti kysymykseen koskien visuaalisen ohjausmateriaalien käyttöä. Myös tämä antaa viitteitä siihen, että suomenkielisen puhutun ja kirjallisen informaation vastaanottamisessa oli ongelmia.

Johtopäätöksenä voi todeta, että tämänkaltainen ohjaus on tarpeellista, mutta sen toteutusta tulisi kehittää siten, että varmistettaisiin sisällön ymmärtäminen. Tässä

voisi olla apuna kuvallisen materiaalin laajempi käyttö, sekä ohjauksen toteuttaminen kunkin ohjattavan omalla äidinkielellä. Omalla kielellä toteutettavan ohjauksen toteuttamiseen liittyy kyllä resurssiongelmiakin, mutta miinuksena myös se, että se ei edistä ohjaukseen osallistuvien suomen kielen taitoa ja siten kotoutumista.

Palautekyselyyn vastaamisessa saattaa olla joillakin vastaajista kielitaitoon ja ”lomakkeiden täyttämiseen” liittyviä ongelmia. Jatkossa voisi olla hyvä tarjota mahdollisuutta antaa palautetta ohjatusti tai haastattelun avulla, jolloin palautekyselyyn vastattaisiin kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja tarpeen mukaan selittäen.

8 POHDINTA

Opinnäytetyömme pohjana olivat terveystieteiden ohjaukset maahanmuuttajanaisille, suurin osa heistä on kotiaiteja. Kaikki naiset ovat tulleet Suomeen Lähi-idän eri alueilta ja edustavat muslimikulttuuria.

Muslimikulttuurissa on omat tavat ja tottumukset. Ohjauksissa olemme ottaneet huomioon heidän mahdolliset ruokavalionsa ja antaneet sopivat ohjeet terveellisestä ravitsemuksesta. Jokaisella on taustalla oma maahanmuuttohistoria. Jokaisella heistä on ollut jonkin verran vaikeuksia ymmärtää Suomen terveydenhuoltojärjestelmää sekä saada tietoa sairaudesta ja sen hoidosta.

Mielenterveysongelmia ja kroonisia sairauksia esiintyy sekä miehillä että naisilla. Lisäksi on sairauksia, jotka ovat naistentauteja tai yleisesti mielletään naisten ongelmiksi. Tällaisia ovat esimerkiksi rintasyöpä, kohdunkaulansyöpä, erilaiset sukupuolitaudit, ehkäisy, sekä toisaalta myös raskaudenaikainen hoito ja synnytys. Maahanmuuttajanaisilla terveysongelmien hoitaminen saattaa olla hankalaa johtuen kulttuurieroista, ja siitä ettei kyseisestä ongelmasta ole tarpeeksi tietoa ja joskus jopa terveyden hoitaminen vaikeutuu uskonnollisista syistä. Useat mainituista sairauksista liittyvät naisen kehoon tai naisen seksuaalisuuteen tai molempiin. Joissain kulttuureissa naisen kehosta ja seksuaalisuudesta puhutaan hyvin vähän, jos ollenkaan. Tähän asiasta puhumattomuuteen saattaa olla syynä myös uskonto, koska joissakin kulttuureissa uskonnolla on yhä suuri vaikutus päivittäiseen elämään. Muun muassa näistä syistä maahanmuuttajanaisten saattaa olla vaikeampaa hakeutua hoitoon, kuin kantaväestön. Myös naisen kulttuurin mukainen asema perheessä saattaa olla sellainen, etteivät he hakeudu oma-aloitteisesti hoidattamaan terveysongelmiaan tai rutiinitarkastuksiin. Saattaa myös olla, että he kokevat länsimaisten naisten tasa-arvon ja yleisen aseman yhteiskunnassa oudoksi, jos eivät ole siihen omassa kulttuurissaan totuneet.

Tehdyn ohjauksen tuloksena olemme saaneet kyselylomakkeiden avulla kerättyä palautetta. Kyselyyn vastasi suurin osa kerhossa käyneistä. Heidän mielestään ohjaukset olivat ymmärrettäviä ja he saivat tietoja riittävästi. Sen perusteella voisimme sanoa että terveystieteiden ohjaukset onnistuivat hyvin.

Tuomisen mukaan monilla maahanmuuttajilla on kieliongelmiä sekä vaikeuksia päästä keskustelemaan terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan kanssa (Tuominen 1998). Monet eivät tiedä minkälaisia palveluja on olemassa. Ohjauksissamme olemme miettineet tätä ongelmaa ja huomioineet kielivaikeudet, sen vuoksi neuvomme asiakkaita niin, että he saivat tarpeeksi tietoja terveydestä.

Pirisen ja Orozan tutkimuksissa on osoitettu, että maahanmuuttajat, jotka tulevat toisesta kulttuurista kohtaavat eniten vaikeuksia terveydenhuollossa (Pirinen 2010 & Oroza 2007,2010). Kerhon ohjausryhmään osallistuneilla naisilla oli oma kulttuuritausta ja perinteet, jotka vaikuttavat heidän osallisuutensa omaan terveyteen. Olemme selittäneet kohderyhmälle miten Suomessa terveyttä edistetään ja sairauksia hoidetaan sekä minkälaisia terveyspalveluita on olemassa.

Omassa tutkimuksessaan Castaneda on havainnut monien maahanmuuttajien kärsivän pitkäaikaissairauksista, esimerkiksi sydän- ja verisuonataudista, diabetes ja tuki- ja liikuntaelinsairauksista. Tutkimuksessa riskitekijänä on pidetty yksipuoleista ravintoa ja ylipainoa. (Castaneda 2012.) Olemme puhuneet ohjausryhmän kanssa terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnasta, ylipainosta, kolesterolin vaikutuksesta elimistöön sekä diabeteksestä. Ohjausryhmän naiset ovat kiinnostuneita diabeteksen ja kolesterolin hoidosta. Ohjauksen aikana naiset ovat keskustelleet miten he voivat vaihtaa elintapoja, esimerkiksi harrastaa liikuntaa.

Monilla ohjausryhmän naisilla on ollut paljon kysymyksiä, joihin olemme pyrkineet vastaamaan, mutta joka kerralla aika on loppunut kesken. Tällaisille ohjausryhmille on tärkeä varata riittävästi aikaa asioiden käsittelyyn.

Olemme tarkkaan pitäneet huolen eettisesti, että opinnäytetyön raportista ei ilmene ohjausryhmäläisten nimiä tai heidän henkilötietojaan.

Tilastokeskuksen ja maahanmuuttoviraston tiedotteen mukaan maahanmuuttajien määrä Suomessa kasvaa vuosittain (Tilastokeskus 2013). Tämän tiedon mukaan voidaan sanoa, että joka vuosi terveystieto ja terveyttä edistävä neuvonta on ajankohtainen ja tarve kasvaa. Tutkimuksen mukaan, eniten neuvontaa tarvitsevia ovat sodasta paenneita pakolaisia (Tilastokeskus 2013). Kun maahanmuuttajat

tulevat Suomeen heille laaditaan kotoutumista tukeva suunnitelma, johon kuuluu kielen oppiminen ja työllistyminen, mutta terveystietoa he eivät saa riittävästi terveydenhuollosta. Tästä johtuen tulevaisuudessa kolmannen sektorin järjestämä ohjausryhmä terveyden edistämässä on tärkeä. Ehdotuksena on jatkaa samantyyppisiä jatko-ohjauksia vuosittain, jotka olisi suunnattu kaikille maahanmuuttajataustaisille miehille, naisille sekä nuorille. Terveyden edistämistä koskeva ohjausryhmä ei tulisi rajoittaa pelkästään kerhoon osallistujille. Ohjausta voisi antaa myös kielikurssille osallistujille tai sitä voisi järjestää kansanopistossa. Mikäli ohjausryhmäläisillä on heikko kielitaito tai joku muu ongelma, silloin kannattaa ohjauksien materiaalit muokata tämän mukaan. Olemme tehneet malliopasta ja malliohjausta kerholaisille ja olemme antaneet mielestämme tärkeitä tietoja. Naiset ovat saaneet riittävästi hyödyllistä ja konkreetista apua terveystieteissä.

Jatkohankkeena voidaan ehdottaa suorittaa terveystieteiden tunteja maahanmuuttajille, esimerkiksi kieli- ja kulttuurikoulussa. Kieli- ja kulttuurikoulussa maahanmuuttajat opiskelevat pääsääntöisesti heti Suomeen tulon jälkeen ja terveystieteiden tilanteet voivat olla hyödyllisiä.

9 LÄHDELUETTELO

- Akar, S. & Tiilikainen M. 2004. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Helsinki: Väestöliitto 2004, 14–20.
- Alitolppa – Niitamo, A., Söderling, I. & Fågel, S. 2005. Olemme muuttaneet. Helsinki: Väestöliitto.
- Antikainen, R., & Kortelainen, S. 1998. Perhekahvilassa käyvän kotiäidin voimavarat, jaksaminen ja arvostus. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu.
- Castaneda, A., Koponen, P. & Rask, S. 2012. Maahanmuuttotausta. Teoksessa Castaneda A.(toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 42–47.
- Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P., Mölsä & M. Koskinen, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Raportti 3.
- Diarra, H., Tuominen, R. & Föhr, J. 1998. Ulkomaalaisten mielenterveysongelmat. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY 1998, 124- 142.
- Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveyskäsitteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma. [viitattu 8.4.2013]. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-934-x/urn_isbn_951-781-934-x.pdf
- Helövaara, M. 2012. Tuki- ja liikuntaelinvaiat ja somaattinen oireilu. Teoksessa Castaneda A.(toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 80–86.
- Kauhanen, M. & Koukkari, K. 2009. Maahanmuuttaja kotiäitinä. Opinnäytetyö. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Kajaani.

Koivisto-Junni, A., 1998. Tulkki-linkki kulttuurien välillä. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY 1998, 49–57.

Koponen, P., Klemetti, R., Surcel, H-M., Mölsä, M., Gissler, M. & Weiste-Paakkanen, A. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa Castaneda, A. 2012 (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 134–140.

Koskinen, S., Castaneda, A., Solovieva, N. & Laatikainen, T. 2012. Pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa Castaneda A. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 69–72.

Kuitunen, S., 2012. Irakilaisten maahanmuuttajanaisten käsityksiä seksuaaliterveydestä. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki.

Kyllönen-Saarnio, E., & Nurmi, R. 2005. Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta. Opas sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön

Kylmä, J, Nikkonen, M., Kinnunen, P. & Korhonen, T. 2009. Näetkö mielenterveyden edistämisen mahdollisuudet? Suomen Graafiset palvelut Oy Kuopio.

Laatikainen, T., Solovieva, N., Lundqvist, A. & Vartiainen, E. 2012. Lihavuus. Teoksessa Castaneda A. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 91–95.

Laatikainen, T., Vartiainen, E. & Jula A. 2012. Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes. Teoksessa Castaneda A. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 73–77.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Liebkind, K. 2000. Monikulttuurinen Suomi. Helsinki: Gaudeamus.

Liitsola, K., Nohynek, H. & Kivelä, P. Infektiotautien seulonta ja ehkäisy. Teoksessa Castaneda A.(toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 110–113.

Lumio, M., 2009. Monikulttuurisuus, maahanmuuttajuus ja sosiaalityö - Monikulttuurisen sosiaalityön asiantuntijuus sosiaalityöntekijöiden kertomana. Pro gradu – tutkielma. Tampere.

Maahanmuuttovirasto. 2013 [viitattu 30.9.2013]. Saatavissa osoitteessa: http://www.migri.fi/download/42017_Tp-hakijat_tammi_maalis_2013.pdf

Malin, M. & Suvisaari, J. 2010. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: Duodecim WS Bookwell 2010,134–163.

Markkula, J. & Impinen, A., 2012. Tapaturmista ja väkivallasta aiheutuneet pysyvät vammat. Teoksessa Castaneda A.(toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 87- 90.

Martikainen, T. & Tiilikainen, M. 2007. Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy 2007.

Mäkinen, T. 2012. Kuntoliikunnan harrastaminen, työn ruumiillinen rasittavuus ja unen riittävyys. Teoksessa Castaneda A.(toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 177–182.

Oroza, V. 2007. Maahanmuuttaja yleislääkärin vastaanotolla. Duodecim 123:441–447

Oroza, V. 2010. Yleislääkäri kohtaa maahanmuuttajan. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: Duodecim WS Bookwell 2010, 272- 296.

Ottawa Charter.1986

- Pirinen, I. 2010. Turvapaikkahakijoiden terveydentila. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: Duodecim WS Bookwell 2010, 164 – 189.
- Pohjanpää, K., Paananen, S. & Nieminen, M. 2003. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa Elinolot: 1. Helsinki: Tilastokeskus
- Prättälä, R. 2012. Ruokatottumukset. Teoksessa Castaneda A.(toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 171–177.
- Puska, P. & Vaarama, M. 2012. Esipuhe. Teoksessa Castaneda A.(toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tampere: Suomen Yliopistopaino, 3 – 4.
- Rahkamaa, L. 1998. Ulkomaalaisasiakkaat neuvoloissa ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. WSOY: Juva 1998,112–123.
- Rigoff, A. & Herrala, J. 2010. Terveysten edistäminen erikoissairaanhoidossa. Helsinki: Yliopistopaino, 2010.
- Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. 2011. Kapeneeko kuilu? – Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Helsinki: Yliopistopaino 2011, 69–81.
- Sainola-Rodriguez, K. & Koehn, PH. 2006. Turvapaikanhakijoiden ja pysyvästi Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvien tarpeiden tunnistaminen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43; 47–59.
- Saraneva, K. 2010. Pakolaisuus ja psyykinen traumatisoituminen. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: Duodecim WS Bookwell 2010, 192- 245.
- Seppälä, A. 1998. Ulkomaalaiset Suomessa. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY 1998, 11–18.

- Serkkola, A. 1998. Somali potilaana. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY 1998, 70–75.
- Silvennoinen, A. 2012, Maahanmuuttajaäitien sosiaalisen kotoutumisen tukeminen viikonloppuleireillä, Laurea ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Tikkurila 2012
- Ståhl, T. & Rimpelä, A. 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Yliopistopaino 2010, 35–44.
- Taipale, U. 2013. Maahanmuuttajatyöntekijä. Henkilökohtainen tiedonanto. 23.5.2013
- Tiilikainen, M, 2004. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Helsinki: Ihmisoikeusliitto ry 2004
- Tiilikainen, M. 2003. Arjen islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Tampere: Vastapaino 2003
- Tiilikainen, M. 2010. Etniset vähemmistöt Suomessa. Teoksessa Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Porvoo: Duodecim WS Bookwell 2010, 62–66.
- Tilastokeskus. 2013 [viitattu 30.9.2013]. Saatavissa osoitteessa: <http://193.166.171.75/Dialog/Saveshow.asp>
- Tuominen, R. 1998. Omat ja oudot opit. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY 1998, 19- 33.
- Vertio, H. 2003. Terveyden Edistäminen. Helsinki: Tammi

LIITTEET

Liite 1

Kolesteroli

Liite 2

Diabetes

Liite 3

Rintatutkimukset, rintojen omatarkkailu, rintasyöpä ja kohdunkaulan syöpä

Liite 4

Vaihdevuodet ja osteoporoosi

Liite 5

Raskauden ehkäisy ja papilloomavirus – HPV

Liite 6

Palaute ohjausta, todistus

Liite 7

Kyselylomake

TK tilanteiden toteutus

Ensimmäinen kerta:

Tavoite: ymmärtää kolesterolin käsitys, kohonneen kolesterolin riskit ja kolesterolin vaikuttavia tekijöitä.

Sisällys:

- Mitä kolesteroli on?
- Kohonneet kolesteroliarvot lisäävät sydäninfarktin ja muiden verisuonisairauksien riskiä
- Jos huonot rasvat ovat koholla ja hyvä rasva on matala, mitä teet?
- Ravinnolla voidaan vaikuttaa kolesteroliarvojen nousuun ja laskuun

Power point (vapaa muotoinen)esitys kolesteroli(liite 1).

Toinen kerta:

Tavoite: ymmärtää diabeteksen käsitys, oireet, hoito ja tietää diabeteksen komplikaatiot.

Sisällys:

- Haiman anatomia ja miten insuliini vaikuttaa verensokeriin
- Diabeteksen riskitestin kysymykset
- Diabeteksen oireet ja silmän verkkokalvosairaus, munuaissairaus ja ääreishermoston häiriö
- Diabeteksen hoito

Power point esitys diabetes (liite 2).

Kolmas kerta:

Tavoite: ymmärtää rintatutkimukset, rintojen omatarkkailu, rintasyövän ja kohdunkaulan syövän oireet, tiedetään Papa-koe.

Sisällys:

- Rinnan ja kohdun anatomia
- Rintatutkimukset: rintojen omatarkkailu, Mammografiakuvaus, Ultraäänikuvaus ja neulalla solunäyte ultraääniohjauksessa
- Rintasyövän riskitekijät, oireet ja hoidot
- Kohdunkaulan syövän toteaminen: Gynekologisen tutkimus, Irtosolunäyte (Papa-koe), Kolposkopia ja Papa-koe, Kaikututkimus (ultraäänitutkimus) ja Magneettitutkimus

Power point esitys rintatutkimukset, rintojen omatarkkailu, rintasyöpä ja kohdunkaulan syöpä(liite 3).

Neljäs kerta:

Tavoite: ymmärtää mitkä ovat vaihdevuodet sekä osteoporoosin oireet.

Sisällys:

- Mitä vaihdevuodet ovat ja vaihdevuosien tunnistaminen
- Kaksi naisten hormonin käsitys- Estrogeeni ja Progesteroni
- Vaihdevuosien vaikutus kehoon ja hormonikorvaushoidot
- Osteoporoosin oireet ja hoidot

Power point esitys vaihdevuodet ja osteoporoosi (liite 4)

Viides kerta:

Tavoite: ymmärtää yleiset käsitteet erilaisista raskauden ehkäisymenetelmistä ja HPV käsitys.

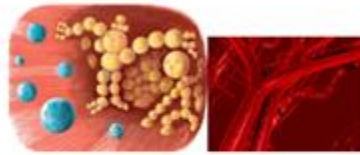
Sisällys:

- Ehkäisymenetelmän valita
- Yleistä ehkäisyn hyvät puolet ja huonot puolet: kondomi, kuparikierukka, ehkäisypilleri, minipillerit, ehkäisyalaastari, ehkäisykapselit ja hormonikierukka.
- Papilloomavirus käsitys ja milloin, miten hoito
- kysymystä HPV-rokotteesta

Power point esitys raskauden ehkäisy ja papilloomavirus - HPV(liite 5).

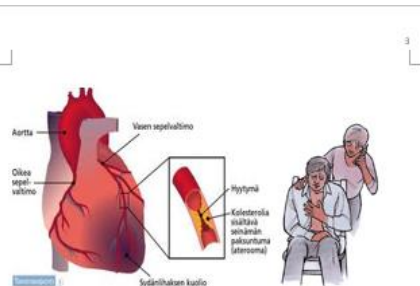
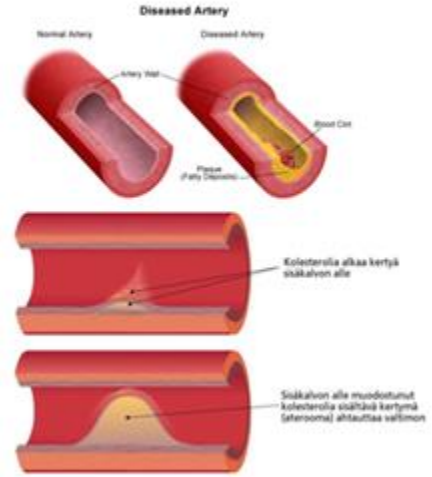
1, Mitä kolesteroli on?

Kolesteroli on lipidi eli rasvaa



kokonaiskolesteroli <5		
Huono LDL <3	Huono Trig <2	Hyvä HDL >1

2, Kohonneet kolesteroliarvot lisäävät sydäninfarktin ja muiden verisuonisairauksen riskiä.



3, Jos huono rasva koholla ja hyvä rasva matala Mitä teet?

- Ruokavaliot
- Liikunta
- Lääkäri

4, Ravinnolla voidaan vaikuttaa kolesteroliarvojen nousuun

- nousuun**
 - Punainenliha
 - Sianliha, naudanliha
 - Voita
 - Juusto
 - Ranskanperunat
 - Paistettu ruoka
- laskuun**
 - Vihanneksia
 - Vadelmia
 - Kala
 - Kana
 - Pähkinät

Aikuisiän diabetes

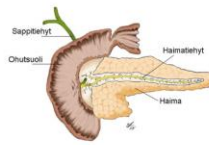
Tyyppi 2 Diabetes

Liite 2

1

Haima ja Insuliini

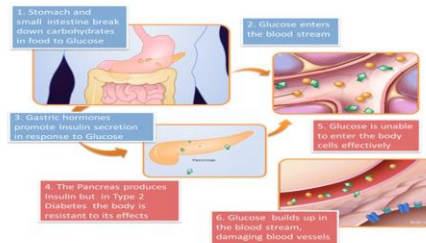
- **Insuliini** on hormoni, joka säätelee sokeriaineenvaihduntaa elimistössä.
- Insuliinia tuottavat haimasta.



Liite 2

3

Miten insuliini vaikuttaa verensokeri



Liite 2

5

Diabeteksen oireet

- Tyypin 2 diabetes alkaa hiipien.
- **Todetaan usein sattumalta**, kun tehdään **verikokeita** muista syistä.
- **Väsymystä**, ärtyneisyyttä ja jalkojen särkyjä sekä herkkyyttä erilaisille tulehduksille.
- **Virtsanerityksen** lisääntyminen ja janoaminen.

Liite 2

7

Diabetes (sokeritauti)

- Diabeteksen määritelmänä on, että "verensokeri"
- eli veriplasman glukoosipitoisuus on pysyvästi yön paaston jälkeen **7,0 mmol/l** tai sitä suurempi



Liite 2

2

Miten insuliini vaikuttaa verensokeri

- Esiintyy jo vuosia ennen sairastumista **insuliinin tehottomuus** eli **insuliiniresistenssi**.
- Se tarkoittaa, että insuliinin säätelemä sokerin (glukoosin) siirtyminen verestä soluihin on häiriintynyt.

Liite 2

4

Diabeteksen riskitestin kysymykset

- Testissä on kahdeksan kysymystä.
- Neljä niistä on **ikä**, **sukulaisten diabetes** (perimän vaikutus), **verenpainelääkkeet** ja onko **verensokeri ollut koholla**.
- Kaksi kysymystä, **painoindeksi** ja **vyötärön ympäryys**.
- Kaksi kysymystä liittyy elintapoihin, **kasvisten käyttöön** ja **liikuntaan**.

Liite 2

6

Diabeteksen lisäsairaudet (komplikaatiot)

- Diabetekseen liittyy lisäsairauksia, jotka kehittyvät hiljalleen **vuosien tai vuosikymmenien** kuluessa.
- Useimmat niistä johtuvat suurentuneesta veren sokeripitoisuudesta.
- Mitä suurempi verensokeri on keskimäärin, sitä suurempi on lisäsairauksien riski.

Liite 2

8

Silmän verkkokalvosairaus eli retinopatia

- Alkuvaiheessa usein oireeton.
- Edetessään diabeettinen retinopatia heikentää näköä.
- Verkkokalvon valokuvat seuranta.



Liite 2

9

Silmän verkkokalvosairaus eli retinopatia

- Hoito: laser
- Ehkäisy: Diabeteksen hyvä hoitotasapaino on paras keino.

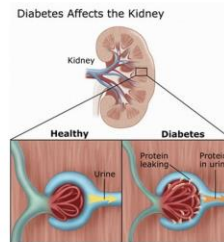


Liite 2

10

Munuaissairaus eli nefropatia

- Todetaan vähäistä valkuaisen erittymisen lisääntymistä virtsaan, eli **mikroalbuminuria** (proteiinia)
- Munuaisen vajaatoiminanta



Liite 2

11

Munuaissairaus eli nefropatia

- **Hoito ja ehkäisy:** verensokeriarvot ja kohonnutta verenpainetta mahdollisimman lähellä normaalia.
- Dialyysihoito eli "keinomunuaishoito" ja munuaisensiirto



Liite 2

12

Ääreishermoston häiriö eli neuropatia

- Ilmenee etenkin **alaraajoissa**.
- Se aiheuttaa **särkyjä ja tunnottomuutta**.
- pitkäaikaisia ja vaikeasti hoidettavia haavaumia ja tulehduksia.



Liite 2

13

Ääreishermoston häiriö eli neuropatia

- Pitkäaikaisia ja vaikeasti hoidettavia haavaumia ja tulehduksia.



Liite 2

14

Ääreishermoston häiriö eli neuropatia

- **Itsehoito:** Lieviä jalkaongelmia voi hoitaa itse.
- **Lääkärille ja hoitajalle:** pieni haava tai rakkula tulehtuu
- **Jalkahaavaumien hoito:** jalkaan kipsella, pallolaajennuksella tai verisuonileikkauksella.



Liite 2

15

Diabeteksen hoito

- Diabeteksen hoidon päätaivoite on saada **verensokeri riittävän lähelle normaalia tasoa**.
- Verensokeriin vaikuttavat **ruokavalio ja liikunta**.
- Lääkkeet: suun kautta käytettävät lääkkeet ja **insuliini pisto**.

Liite 2

16

Diabeteksen hoito



Liite 2

17

Kysymyksiä!!!



Liite 2

18

Rintatutkimukset

1. Rintojen omatoiminen tutkiminen
2. Mammografiakuvaus
3. Ultraääni- eli kaikukuvaus.
4. Otetaan kyhmystä neulalla solunäyte ultraäänihojauksessa.

Liite 3

1

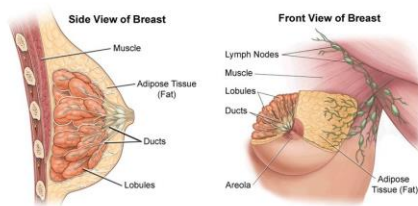
Roosa nauha -päivä 14.10 tuo vaaleanpunaisen katukuvaan



Liite 3

2

Rinta anatomi



Liite 3

3

Rintojen omatoiminen tutkiminen

- Rintojen omatoiminen säännöllinen tutkiminen.
- Mieluimmin kuukautisten jälkeen, jolloin rinnat aristavat vähiten.
- Jokaisen yli 20-vuotiaan naisen olisi hyvä tarkastaa rintansa kuukausittain.
- Nosta kädet ylös (pään yläpuolelle) ja tarkkaile liikkeen aikana, sekä alkuasennossa seisten, onko rinnoissa muodonmuutoksia tai sisäänvetäytymiä.

Liite 3

4

Rintojen omatoiminen tutkiminen



Liite 3

5

Mammografiakuvaus

- **Mammografia** on [rinnan röntgenkuvaus](#), jonka avulla tutkitaan rinnan kasvaimia ja muutoksia.
- Suomessa järjestetään nykyään ilmainen rintasyöpäseulonta **kahden vuoden** välein **50–69-vuotiaille** naisille.

Liite 3

6

Mammografiakuvaus



Liite 3 7

Mammografiakuvaus



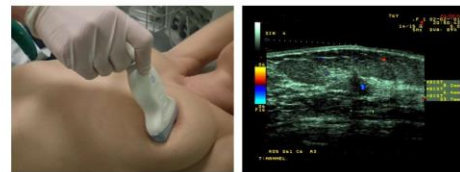
Mammogram of the breast indicating a cancerous lump
Photograph used by permission of the National Cancer Institute 8

Ultraääni- eli kaikukuvaus

- Ultraäänitutkimus on varsin herkkä menetelmä juuri pehmykudosalueella osoittamaan kudomuutoksia
- Ultraäänitutkimusta voidaan käyttää hyväksi myös neulanäytteen otossa

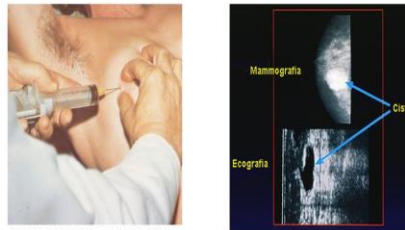
Liite 3 9

Ultraääni- eli kaikukuvaus



Liite 3 10

Otetaan kyhmystä neulalla solunäyte ultraääniohjauksessa



Introduzione dell'ago nel nodulo tenuto fermo con le dita

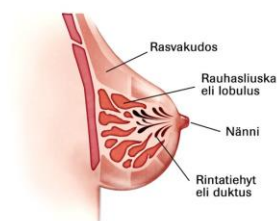
Liite 3 11

Kysymyksiä???



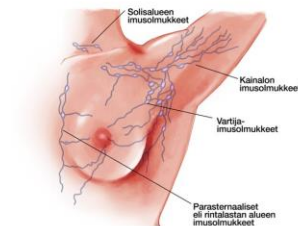
Liite 3 12

Rintojen omatarkkailu



Liite 3 13

Rintojen omatarkkailu



Liite 3 14

1. Katso peilistä

- Asetu ylävartalo paljaana peilin eteen kädet alhaalla.
- Nosta sitten kädet pään yläpuolelle. Tarkkaile liikkeen aikana, onko rinnoissa muodonmuutoksia tai sisäänvetäytymiä.
- Tarkkaile myös nännejä ja katso, onko niiden ulkonäössä jotakin epäsäännöllistä tai merkkejä ihottumasta.

Liite 3

15

2. Tunnustele

- Tunnustele rintasi säännöllisesti kerran kuukaudessa. Rintarauhasen tunnstelu onnistuu parhaiten selinmakuulla tai suihkussa.
- Tee tutkimus avokämmenellä pyörivin liikkein.
- Nosta vasen käsi pään päälle ja tunnustele oikealla kädellä vasen rinta.
- Aloita tutkiminen rinnan uloimmasta yläreunasta kohti nänniä ja tutki koko rinta.
- Tutki samalla tavoin toinen rinta.
- Rintarauhaskudos on normaalisti jonkin verran epätasaista.
- Saippuan tai rasvan käyttö helpottaa normaalin ja poikkeavan kudoksen erottamista toisistaan.

Liite 3

17

3. Tutki lopuksi kainalot

- Tutki kainalo käsi alhaalla ja olkapää rentona.
- Huomio kannattaa kiinnittää mahdollisiin uusiin muutoksiin.
- Tunnustelun avulla on mahdollista löytää kyhmyjä, mutta niiden laadun selvittäminen edellyttää lisätutkimuksia.
- Omatarkkailu ei korvaa mammografiaa.

Liite 3

19

4. Muutokset, jotka vaativat jatkotutkimuksia

- Kyhmy rinnassa tai kainalossa
- Rinnan muodon muutos
- Rinnan ihon sisäänvetäytymä
- Ihottuma nännipihassa
- Haava nännipihassa
- Kirkas tai verinen erite nännistä

Liite 3

21

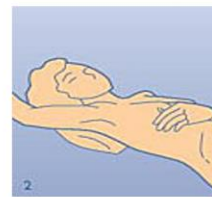
1. Katso peilistä



Liite 3

16

2. Tunnustele



Liite 3

18

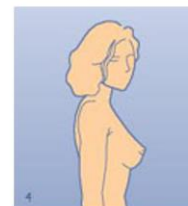
3. Tutki lopuksi kainalot



Liite 3

20

4. Muutokset, jotka vaativat jatkotutkimuksia



Liite 3

22

Rintasyöpä

Liite 3

23

Sairastumisriskiä lisäävät

- kuukautisten varhainen alkamisikä ja myöhäinen loppumisikä
- lapsettomuus ja myöhäinen ensisynnytys
- yli 5 vuotta kestänyt vaihdevuosi-ian hormonihoito
- lähisuvussa esiintyneet rintasyövät
- lihavuus, varsinkin vaihdevuosi-ian jälkeinen
- alkoholin käyttö
- tupakointi varsinkin raskauksien ja synnytysten aikoihin.

Liite 3

25

Muutos on aina tutkitettava lääkärillä,
jos potilaalla on

- aristamaton tai kivulias kyhmy tai turvotusta rinnassa
- nännin tai rinnan muodon, koon tai värin muutos
- pitkään jatkuvaa tai toistuvaa kipua tai pistelyä rinnassa
- kuoppa, ihon vetäytymä, haavauma rinnassa tai nännissä
- nännipihan ihottuma
- kirkasta tai veristä nännieritettä.
- Osa mainituista muutoksista voi esiintyä myös kainalon alueella.

Liite 3

27

Kohdunkaulan



Liite 3

29

Rintasyövän riskitekijät

- Rintasyöpä on naisten yleisin syöpämuoto.
- Rintasyöpä on vuosia kestäneen tapahtumasarjan tulos.
- Sen kaikkia riskitekijöitä ei tunneta.
- Periytyvä alttius rintasyövässä on vain 5–10 %. Näillä potilailla syöpä ilmenee usein melko varhaisella iällä, ja hoidon jälkeen riski uuden syövän ilmaantumiseen on suuri.

Liite 3

24

Oireet

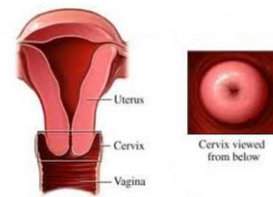
- Tavallisin oire on **kyhmy rinnassa**, 70–80 %:lla. Kyhmy on useimmiten aristamaton ja kova, mutta se voi olla myös **aristava, pehmeä ja tarkkarajainen**.
- **Rinnan koon tai muodon muutos, kipu, vihlonta**
- **Nännin ihottuma, värimuutos tai sisäänvetäytymä**
- **Erite nännistä**
- **Ihon kuumotus, punoitus, turvotus, ihottuma, sisäänvetäytymä tai haavaumat**

Liite 3

26

Kohdunkaulan syöpä

Kohdunkaulan



Liite 3

30

Oireet

- **Verinen vuoto**, erityisesti yhdynnän jälkeinen
- **Verinen tai pahanhajuinen valkovuoto**
- Myöhäisessä vaiheessa: alavatsakipua, ristiselkäsärkyä ja virtsaoireita.
- Varhaisvaiheen kohdunkaulan syöpä saattaa löytyä rutiinikäynnillä **papakokeesta**.

Liite 3

31

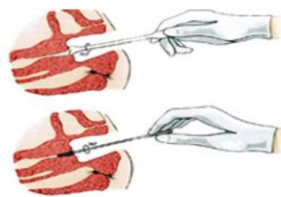
Taudin toteaminen

- Gynekologisen tutkimus
- Irterosolunäyte (papa-koe)
- Kolposkopia ja papa-koe
- Kaikututkimus (ultraäänitutkimus)
- magneettitutkimus

Liite 3

32

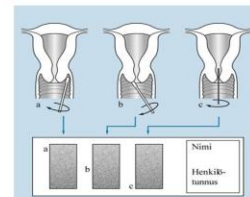
Papa-koe



Liite 3

33

Papa-näytteen ottaminen



Liite 3

34

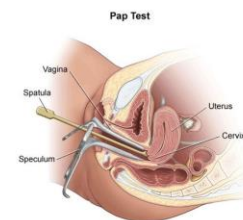
Papa-koe

- Papa-seulonta toteutetaan Suomessa asetuksen mukaisesti: naiset saavat kutsun Papa-seulontaan **viiden vuoden välein 30–60 vuoden iässä**.
- Papa-näytettä otettaessa nainen on gynekologisella tutkimuspöydällä ja tähytimesten (spekulan) avulla.

Liite 3

35

Papa-koe



Liite 3

36

Syövän kehittymisen tekijöitä

- varhain aloitettu sukupuolielämä
- seksipartnerien suuri määrä
- raskaus nuorella iällä sekä synnytysten suuri määrä
- virusinfektiot (HPV)
- sairastettu sukupuolitauti
- tupakointi
- alempi sosiaaliluokka
- immuunipuutos

Liite 3

37

PAPA-testiin liittyvät riskitekijät

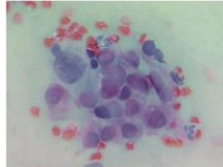
- ei ole koskaan otettu irtosolukoetta
- edellisestä irtosolukokeesta on kulunut yli viisi vuotta

Liite 3

38

Papa-vastaus

- Näytteestä tulkitaan solukuva ja tulehdukseen viittaavat löydökset.
- Perinteisesti on käytetty numeroluokitusta, jossa solulöydystä kuvataan luokilla I–V.



Liite 3

39

Hoito

- Leikkaus** on hoidon kulmakivi, leikkauksen laajuuden ratkaisee syövän koko ja levinneisyys.
- Useimmiten kohtu joudutaan kokonaisuudessaan poistamaan.

Liite 3

40

Ehkäisy

- On tärkeää käydä säännöllisesti **papa-kokeissa**.
- Papilloomaviruksen tarttumista voi ehkäistä välttämällä tilapäisiä seksuaalisuhteita ja käyttämällä yhdynnässä kondomia.
- HPV-rokotteet** ehkäisevät kohdunkaulan syövän esiasteita

Liite 3

41

Vaihdevuodet



Liite 4

1

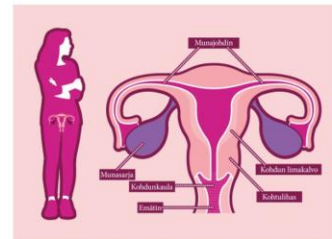
Mitä vaihdevuodet ovat?

- Vaihdevuodet on **elämänvaihe**.
- Naisen **munasarjojen toiminta heikkenee** ja lopulta sammuu.
- Estrogeenin määrä vähenee.
- Selvä merkki estrogeenin vähenemisestä on **kuukautisten loppuminen**.
- Suomalaisen naisen viimeiset kuukautiset tulevat keskimäärin 51-vuotiaana.

Liite 4

2

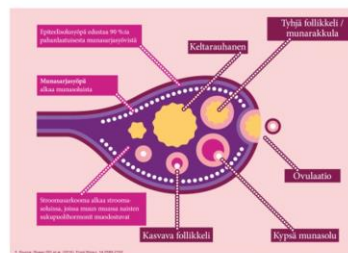
Kohtu ja munasarjat



Liite 4

3

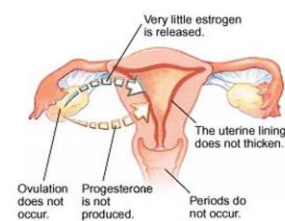
Munasarja



Liite 4

4

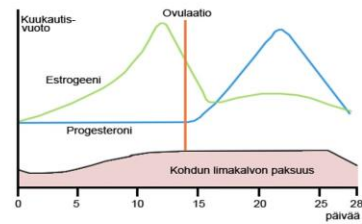
Estrogeeni ja Progesteroni



Liite 4

5

Estrogeeni ja Progesteroni



Liite 4

6

Tavallisemmat oireet

- **Kuumat aallot**
- **Yöllinen hikoilu**
- **Mielialan muutokset**
- Estrogeenin väheneminen kiihdyttää myös **elimistön vanhenemista**.

Liite 4

7

Tunnistaminen

- Ikä noin **45-vuotias** alkaa
- **Kuukautiset epäsäännöllisesti tai Kuukautisten loppumisen**
- **Mahdollisten oireiden perusteella**
- Muita tutkimuksia ei yleensä tarvita

Liite 4

8

Vaihdevuosien vaikutus kehoon

- **Luusto ja lihakset:**
- Estrogeenin väheneminen heikentää luustoa ja altistaa **osteoporoosille**.
- Säännöllinen luustoa suojaava **liikunta** (reipas kävely ja rauhallinen hölkkä)
- **D-vitamiinin ja kalkin** riittävästä saannista huolehtiminen ovat tärkeitä

Liite 4

9

Osteoporoosi



Normaali luu



Osteoporootinen luu

Liite 4

10

Osteoporoosi



Liite 4

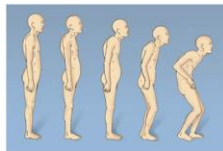
11

Osteoporoosi

Nainen



Mies



Liite 4

12

Murtumat

Reisi- ja sääriluukaulan murtumat



Liite 4

13

Vaihdevuosien vaikutus kehoon

- **Iho ja hiukset**
- Estrogeenin väheneminen nopeuttaa myös **ihon vanhenemista**.
- Hiusten rakenne muuttuu, ne ohenevat ja menettävät jäntevyyttään.
- Hiuksia myös saattaa **lähteä**.

Liite 4

14

Vaihdevuosien vaikutus kehoon

- **Rinnat**
- Rasvakudoksen osuus rinnasta kasvaa ja rauhaskudoksen osuus vastaavasti vähenee
- Kuukautisten loppumisen jälkeen **rintasyövän riski kasvaa**.

Liite 4

16

Vaihdevuosien vaikutus kehoon

- **Sydän- ja verisuonielimistö**
- Vaihdevuosien vaikutuksia sydämeen ja verenkiertoelimistöön ei tunneta tarkasti.
- Elimistön estrogeenipitoisuuden vähenee hyvän kolesterolin määrä

Liite 4

18

Hormonikorvaushoidot

- Estrogeeni on vaihdevuosisoireiden täsmälääke.
- Hormonikorvaushoidon **tavoitteena** on pitää elimistön estrogeenipitoisuus niin korkeana, että oireet poistuvat.
- Hormonikorvaushoidon aloittamisesta **päättää** jokainen nainen **itse**. Siitä tulee kuitenkin keskustella lääkärin kanssa

Liite 4

20

Vaihdevuosien vaikutus kehoon

- **Virts- ja sukupuolielimet**
- Virtsaputken ja emättimen pintasolut ja sidekudos ovat samantapaisia kuin ihossa.
- **Emättimen limakalvo kuivuu ja ohenee aiheuttaen erilaisia vaivoja**.
- Emätin voi tuntua kuivalta ja aralta ja **yhdyntä muuttua kivuliaaksi**.

Liite 4

15

Vaihdevuosien vaikutus kehoon

- **Aivot**
- Estrogeenitason vaihtelu voi aiheuttaa tunne-elämään liittyviä oireita, kuten mielialan vaihteluita, **ahdistusta, ärtyneisyyttä, masennusta tai itkuperkkyyttä**.
- Tämä ilmiö on tuttu monille naisille myös ennen kuukautisia, ja se menee ohi vaihdevuosien mukana.

Liite 4

17

Vaihdevuosisoireet

- Yleisimmät vaihdevuosisoireet ovat **kuumat aallot ja hikoilu**.
- Fyysisiä häiriöitä (**unettomuus, päänsärky, sydämentykytykset, huimaus, puutumiset, lihaskivut, emättimen kuivuus, virtsaoireet**)
- Psykkisiä oireita (**masennus, ärtyisyys, keskittymiskyvyn ja muistin vaikeudet, seksuaalinen haluttomuus**).

Liite 4

19

Hormonikorvaushoidot

- Estrogeeneja on käytetty vaihdevuosien oireiden hoitoon yli 40 vuoden ajan Suomessa.
- Ne oli tarkoitettu ehkäisemään osteoporoosia sekä sydän- ja verisuonitauteja.

Liite 4

21

Jaksottainen yhdistelmähoito

- Jatkuvasti käytettävässä **jaksottaisessa yhdistelmähoidossa estrogeenia (16 tab) ja keltarauhashormonia (12 tab)** sisältäviä tabletteja otetaan **28 päivän** jaksoissa.
- Jaksottaisessa hoidossa kuukautisten kaltaiset vuodot tulevat keltarauhashormonijakson jälkeen.

Liite 4

22

Jatkuva yhdistelmähoito

- Useat vaihdevuosi-ikäiset naiset haluavat päästä eroon kuukautisista
- Oireet lievittyvät ja **kuukautiset jäävät pois** yleensä puolen vuoden sisällä hoidon aloittamisesta.
- Jatkuvasa yhdistelmähoidossa päivittäin otettavat tabletit sisältävät kiinteät annokset sekä **estrogeenia että keltarauhashormonia**.

Liite 4

23

Hormonikorvaushoidot

Jaksottainen yhdistelmähoito
Novofem



Liite 4

Jatkuva yhdistelmähoito
Clovellet



24

Itseannosteltu estrogeenihoito

- Vaihdevuosisoireista kärsivät naiset annostelevat sopivat hoitoannokset sivelemällä estrogeenigeeliä iholle, kunnes oireet häviävät.
- Itseannostelun ansiosta on mahdollista löytää kullekin naiselle pienin mahdollinen oireet poistava estrogeeniannos ja käyttää sitä vain oireiden mukaan.

Liite 4

25

Emättimeen annosteltava estrogeenihoito

- Se on paikallisesti vaikuttava estrogeenihoito.
- Se riittää poistamaan paikalliset oireet, mutta ei vaikuta muihin vaihdevuosisoireisiin, kuten kuumiin aaltoihin.
- Paikallisen estrogeenihoiton ei ole todettu lisäävän rintasyövän, sepelvaltimotautien, aivohalvauksen tai keuhkoveritulpan riskiä.

Liite 4

26

Hormonikorvaushoidot

Itseannosteltu estrogeenihoito



Emättimeen annosteltava estrogeenihoito



Liite 4

27

Hoidon aloittaminen

Hormonihoitoa edeltävät tutkimukset :

- Potilaan elämäntilanne ja hoidon tarve
- **Gynekologinen perustutkimus**
- **Kaikututkimus tarvittaessa**
- **Papan-näyte**
- Rintojen tutkimus, tarvittaessa mammografia ja rintojen kaikututkimus

Liite 4

28

Hoidon aloittaminen

- Yleensä kuumat aallot häviävät 4–7 päivän aikana hormonikorvaushoidon aloittamisesta
- Unettomuus lievittyy 10–14 päivässä.
- Virtsa- ja sukupuolielinoireiden helpottumiseen saattaa mennä kuukausi tai pari.

Liite 4

29

Hoidon seuraaminen

- Hoidon vaikutusta seurataan vähintään vuoden välein.
- Seurantakäynneillä kiinnitetään huomiota hoidon **tehoon** ja välittömiin **sivuvaikutuksiin**.
- Samalla tehdään myös **yksilöllinen arvio** hoidon hyödyistä ja haitoista.

Liite 4

30

Hoidon seuraaminen

- Kliininen tutkimus: verenpaineen mittaus ja painon seuranta.
- Tunnustelee rinnat ja tekee gynekologisen tutkimuksen.
- Tarvittaessa kohdun ja munasarjojen ultraäänitutkimuksen.
- Mammografiaa ja Papaa suositellaan seurattavaksi kahden vuoden välein.

Liite 4

31

Hoidon lopettaminen

- **Hoidon keston tarve on yksilöllinen.**
- Joillekin on tarpeen jatkaa hoitoa jopa vuosikymmeniä, toisille riittää muutaman vuoden hoito.
- Hoidon voi yleensä aloittaa uudelleen, jos oireet palaavat.
- Hormonikorvaushoitoa lopetettaessa arvioidaan, onko aiheellista käyttää paikallista hoitoa emätin- ja virtsaelinoireiden hoitoon ja tarvitaanko osteoporoosin estoon muuta lääkehoitoa.

Liite 4

32

Kysymyksiä ???



Liite 4

33

Raskauden ehkäisy

<http://www.ehkaisy.net/>

Liite 5

1

Ehkäisymenetelmän

- Yhtä kaikille sopivaa ehkäisymenetelmää ei ole.
- Ehkäisytablettien ja kierukan käyttö edellyttää säännöllistä lääkärin seurantaa.
- Suomalaiset suosivat ehkäisytabletteja ja kondomia.

Liite 5

2

Ehkäisymenetelmän valinta

- Ehkäisyn valintaan vaikuttavat mm: ikä, paino, tupakointi, yleinen terveydentila.
- Myös käytössä oleva säännöllinen lääkehoito.
- Myös kuukautisvuotojen kesto ja määrä sekä kivut ohjaavat menetelmän valintaa.
- Ehkäisymenetelmä on hyvä valita yhdessä kumppanin kanssa, ja etukäteen.

Liite 5

3

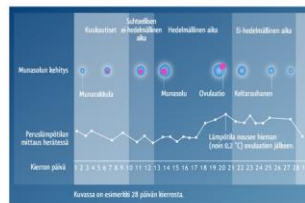
Peruslämpömenetelmä

- Arvioidaan munasolun irtoamista mittaamalla lämpö;
- Mittaus pitää tehdä aamulla ennen ylösnousua.
- Peruslämpö **nousee 0.3–0.5 astetta**, kun munasolu on irronnut.
- Tämän **hedelmällisen ajanjakson** pituus on keskimäärin **10 vuorokautta**.
- Rytmimenetelmä perustuu siihen, että säännöllisessä 28 päivän kierrossa **ensimmäiset 7 ja viimeiset 11 päivää ovat "varmoja"**.

Liite 5

4

Ovulaatio ja Peruslämpö



Liite 5

Lämpömittaus



Liite 5

Ehkäisyteknikaat ovat jaoteltu

- Hormonaalisiin ehkäisy menetelmiin
- Mekaanisiin ehkäisy menetelmiin
- Kemiallisiin ehkäisy menetelmiin
- Muita ehkäisy tapoja
 - Jälkiehkäisy
 - Keskeytetty yhdyntä
 - Sterilointi

Liite 5

Mekaaniset

- Mekaaniset ehkäisy keinoet estävät hedelmöityksen estämällä siittiöiden kohtaamisen munasolun kanssa.
- Ne ovat mekaaniset keinot
- Kondomi
- Pessaari
- Spermisidit
- Kuparikierukka

Liite 5

Kondomi



Liite 5

Kondomi

Hyvät puolet

- Estää sukupuolitautilien tarttumisen
- Hyvä ehkäisy teho
- Helposti saatavilla

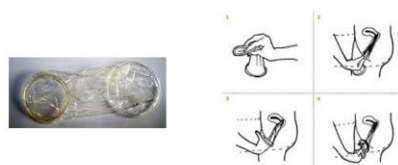
Huonot puolet

- Mahdollisesti hieman hankala käyttää
- Mahdollisuus kondomin rikkoutumiseen kesken yhdynnän

Liite 5

10

Femidomi - Naisen kondomi



Liite 5

11

Femidomi - Naisen kondomi

Hyvät puolet

- Suojaa sukupuolitaudeilta

Huonot puolet

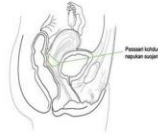
- Saattaa olla hankala käyttää, kuten miesten kondomikin

Mies ei halua käyttää kondomia.

Liite 5

12

Pessaari

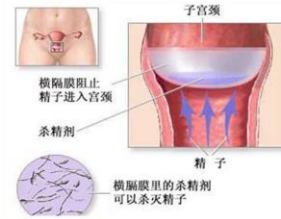


Liite 5

13

Spermisiditon

Suomessa hieman harvinaisempi ehkäisy menetelmä



Liite 5

14

Kuparikierukka

- Se on kohtuun asetettava T-mallinen ehkäisin

Hyvät puolet

- Asennuksen jälkeen ehkäisystä ei tarvitse huolehtia
- Ei hormonaalisia sivuvaikutuksia

Huonot puolet

- Mahdollisesti epämiellyttävä asennus
- Tamponoiden käyttöä kuukautisten aikana ei suositella
- Mahdollisesti epämiellyttävät kierukan poistonarut yhdynnän aikana

Liite 5

15

Kuparikierukka



Liite 5

16

Kuparikierukka asettaminen

- **Minloin:** noin viikon kuluttua kuukautisten alkamisen jälkeen lääkäriässä.
- **Kipu:** ei kokemusten mukaan ole kovin kivuliasta, suurin kipu ajoittuu muutaman sekunnin
- Kuparikierukan asettaminen **kestää muutaman minuutin**, ja kokonaisuudessaan koko toimenpide vie noin puolisen tuntia.

Liite 5

17

Seuraaminen ja poistaminen

- Kierukan poistonarut jätetään emättimen puolelle niin, että nainen voi itse tuntea ne.
- Jälkitarkastuksessa n. 3-6 kuukauden kuluttua, sekä vuosittain tarkastuksessa tämän jälkeen.
- Jos kierukan käytöstä syntyy ongelmia, lääkärille täytyy hakeutua välittömästi.
- Kierukka vaihdetaan viiden vuoden välein.

Liite 5

18

Hormonaaliset

- Estävät raskauden vaikuttamalla naisen hormonitasapainoon.
- **Ehkäisytabletti, ehkäisykapseli ja ehkäisyrengas** kahta hormonia yhdistelmäehkäisyvalmisteet. Perustuu ovulaation estämiseen.
- **Minipillerit, ehkäisykapselit ja ehkäisyruiske** yhtä hormonia, progesteronia. Perustuu kohdun limakalvon muutoksiin.
- **Hormonikierukka** hormonia sisältävä.

Liite 5

19

Ehkäisytabletti

- e-pillerit, ehkäisytabletit
- Sisältää estrogeenihormonia sekä keltarauhashormonia progestiinia
- Otetaan joka päivä kolmen viikon ajan, jonka jälkeen pidetään viikon tauko.



Liite 5

20

Ehkäisytabletti

Hyvät puolet

- Luotettava ehkäisykeino

Huonot puolet

- Pillerit muistettava ottaa ajallaan
- Mahdolliset mielialan muutokset
- Ei suojaa sukupuolitaudeilta

Liite 5

21

Ehkäisytabletti

- Asetetaan paikalleen kuukautisten ensimmäisenä vuotopäivä
- Kiinnitetään iholle 3 viikkona, 1 väliviikko.
- Yhdistelmäehkäisytabletti in levittää kehoon kahta hormonia



Liite 5

22

Ehkäisytabletti

Hyvät puolet

- Varma ehkäisyteho
- Ei unohdu niin helposti kuin ehkäisytabletit

Huonot puolet

- Mahdolliset sivuvaikutukset hormonitoiminnan muuttumisen vuoksi
- Ei suojaa sukupuolitaudeilta

Liite 5

23

Ehkäisytabletti

- Ehkäisytabletti on läpinäkyvä rengas, joka painetaan keskeltä kokoon ja asetetaan emättimeen.
- Rengas jätetään emättimeen kolmeksi viikoksi, jonka jälkeen pidetään viikon tauko.



Liite 5

24

Ehkäisytabletti

Hyvät puolet

- Varma ehkäisyteho
- Ei unohdu ehkäisytablettien tapaan

Huonot puolet

- Mahdolliset sivuvaikutukset hormonitoiminnan muuttumisen vuoksi
- Ei suojaa sukupuolitaudeilta



Liite 5

25

Minipillerit

Hyvät puolet

- Otetaan päivittäin, joten ei unohdu yhtä helposti kuin yhdistelmäehkäisytabletit
- Kohtuullisen luotettava
- Sopii myös imettäville äideille koska maidontuotanto ei häiriinny

Huonot puolet

- Aiheuttaa hormonaalisia muutoksia, josta saattaa seurata sivuvaikutuksia
- Muistettava ottaa päivittäin
- Ei suojaa sukupuolitaudeilta

Liite 5

26

Ehkäisytabletti

Hyvät puolet

- Eli ehkäisyimplantaatti on ihon alle asetettava kapseli, joka sisältää keltauhashormonia.
- Kesto on myös valmistajasta riippuen kolmesta viiteen vuoteen.



Liite 5

27

Ehkäisytabletti

Hyvät puolet

- Ei tarvitse muistaa päivittäisiä pillereitä
- Varma ehkäisyteho
- Ei käyttäjän virheitä

Huonot puolet

- Mahdolliset sivuvaikutukset hormonitoiminnan muuttumisen vuoksi
- Operaatio hieman hankalaho, vaikka onkin melko nopea
- Ei suojaa sukupuolitaudeilta

Liite 5

28

Ehkäisyruiske

- Ruiskeen saa lääkärin määräyksellä apteekista
- Sen antaa terveydenhoitaja
- Sen voi ottaa yksityisellä terveysasemalla.
- Ruiske annetaan kolmen kuukauden välein jotta ehkäisyteho säilyy riittävänä.



Liite 5

29

Ehkäisyruiske

Hyvät puolet

- Varma ehkäisy tapa
- Ei tarvitse muistaa ottaa päivittäin pillereiden tapaan

Huonot puolet

- Mahdolliset sivuvaikutukset hormonitoiminnan muuttumisen vuoksi
- Kun ruiske on annettu, vaikutuksia ei voi lopettaa nopeasti

Liite 5

30

Hormonikierukka

- Asetetaan kohtuun T-kirjaimen mallinen muovista tehty ehkäisin.
- Kierukka on päällystetty kalvolla, joka vapauttaa keltarauhashormonia.



Liite 5

31

Hormonikierukka

Hyvät puolet

- Hyvä ehkäisyteho
- Kierukan asettamisen jälkeen ehkäisyä ei tarvitse miettiä

Huonot puolet

- Mahdolliset sivuvaikutukset
- Ei suojaa sukupuolitaudeilta

Liite 5

32

Kemialliset

Spermisideja:

- Ehkäisygeeli
- Ehkäisyvaahto
- Ehkäisypuikko
- Ehkäisyvoide.



Liite 5

33

Kemialliset

Hyvät puolet

- Antaa lisää varmuutta ehkäisyyn kondomin kanssa käytettäessä

Huonot puolet

- Ei riittävän tehokas ainoaksi ehkäisytavaksi
- Saattaa aiheuttaa ärsytystä ja kirvelyä
- Saatavilla huonosti Suomesta
- Ei estä sukupuolitautilien leviämistä

Liite 5

34

Muut ehkäisymenetelmät

- [Jälkiehkäisy](#) on tarkoitettu käytettäväksi siinä tapauksessa, että suojaamatonta yhdyntää on jo harrastettu.
- [Keskeytetty yhdyntä](#) on kiistelty, mahdollisesti raskaaksi tulon todennäköisyyksiä pienentävä menetelmä.
- [Sterilointi](#) on lopullista hedelmättömäksi tekemistä.

Liite 5

35

Jälkiehkäisy

- Voidaan suorittaa **pillereiden** lisäksi myös asettamalla **kuparikierukka**.
- **Yli 15-vuotias** henkilö voi hakea jälkiehkäisytablettien apteekista ilman reseptiä.
- **Alle 15-vuotias** vain lääkäriltä saatavan reseptin kanssa.
- Jälkiehkäisytabletti otetaan mahdollisimman pian yhdynnän jälkeen, mieluiten **12 tuntiin** kuluessa mutta viimeistään **72 tuntia** yhdynnästä.

Liite 5

36

Jälkiehkäisy

Hyvät puolet

- Auttaa tilanteissa jos vahinko on jo tapahtunut

Huonot puolet

- Otettava mahdollisimman pian yhdynnän jälkeen tehon parantamiseksi
- Mahdollisesti haitalliset sivuvaikutukset

Liite 5

37

Keskeytetty yhdyntä

Hyvät puolet

- Vähentää riskiä tulla raskaaksi
- Ilmainen
- Ei sivuvaikutuksia

Huonot puolet

- Ei ole luotettava menetelmä
- Ei suojaa sukupuolitaudeilta
- Siemensyöksyn ennustaminen voi olla vaikeaa
- Saattaa aiheuttaa vaikutelman ”epätäydellisestä” seksistä

Liite 5

38

Sterilointi

- Naisen sterilointi tehdään **tukkimalla mekaanisesti munanjohtimet**, jolloin siittiöt eivät pysty hedelmöittämään munasolua
- Miesten sterilointi eli vasektomia tehdään **tukkimalla tai katkaisemalla siemenjohtimet** niin, että spermassa ei enää esinny siittiöitä.

Liite 5

39

Sterilointi

Hyvät puolet

- Varmasti tehokas ratkaisu jos tietää, ettei halua enää lapsia

Huonot puolet

- Peruuttamaton toimenpide
- Sterilointia harkittava tarkkaan, useat sen tehneet katuvat sitä myöhemmin

Liite 5

40

Sterilointi

Miehen sterilisaatio on pienempi toimenpide kuin naisen



Liite 5

41

Kysymyksiä???



Liite 5

42

Papilloomavirus-HPV

Rokotus

Papilloomavirus

- Ihmisen papilloomavirus (**human papilloma virus, HPV**) on yleisin pääasiassa sukupuoliteitse tarttuva virus.
- Papilloomavirusinfektioilla (HPV-infektio) on suuri spontaani paranemistaipumus.
- Ilman HPV-infektiota ei synny kohdunkaulan syöpää.

Liite 5

43

Liite 5

44

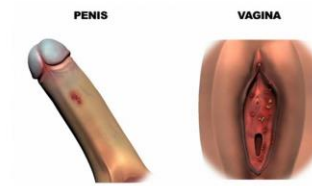
Papilloomavirus



Liite 5

45

Kuvat



Liite 5

46

Kuvat

Kondyloomat



Liite 5

Visvasyyliä peniksen varressa



47

Kuvat



Liite 5

48

HPV Kantajat ja tarttuu

- Kondyloomavirusten kantajien määrästä vaihtelevat 30–50 % aikuisista.
- Ne tarttuvat pian aktiivisen sukupuolielämän aloittamisen jälkeen.
- Vain noin 1 %:lla todetaan silmin nähtäviä syyliä, ja niitä sanotaan kondyloomiksi, visvasyyliksi.
- Papilloomavirus tarttuu pääasiassa sukupuoliyhteydessä.

Liite 5

49

Oireet

- Ilmenemismuodot vaihtelevat kukkakaalimaisista visvasyylistä.
- Lieviin tai vaikeisiin kohdunkaulan solumuutoksiin.
- HPV-tulehdus on usein oireeton.
- Silloin HPV-tulehdus löytyy naisella sattumalta Papa-kokeessa.

Liite 5

50

Miehille

- Miehillä suurin osa kondyloomista näkyy selvinä **vaaleanpunaisina pikku kasvaimina**
- terskassa
- siittimen varressa
- kivespussissa
- peräaukon seudussa tai perävaossa
- virtsaputkessa, jolloin ne aiheuttavat kirvelyä

Liite 5

51

Naisille

- Naisilla vastaavia kasvaimia voi olla
- Häpyhuulissa
- Emättimessä
- peräaukon seudussa
- perävaossa

Liite 5

52

Taudin toteaminen

- Michillä diagnoosin tekemiseen riittää tavallisesti **kliininen tutkimus**.
- Tarvittaessa otetaan **koepala** mikroskooppitutkimusta varten.
- Naisillakin ihosta ja limakalvosta kohoavat kondyloomat on tavallisesti helppo tunnistaa **katsomalla**.
- Tarvittaessa tehdään etikkahappokoe tai otetaan **koepala**.

Liite 5

53

Itsehoito

- Tuoreet, juuri ja juuri havaittavat kondyloomat häviävät itseksen arviolta 10–30 %:ssa tapauksista.
- Näppyläiset ja kukkakaalimaiset kondyloomat eivät häviä itseksen, eivätkä niihin auta itsehoitokeinot.
- Myös limakalvossa piileksivät virukset häviävät usein itseksen ilman hoitoa.

Liite 5

54

Milloin hoitoon?

- Kondyloomien hoitona käytetään penslausta 0,15 %:lla podofyllotoksiiniliuksella
- 0,5 -prosenttista podofyllotoksiinivoidetta, imikimodivoidetta,
- **Jäädystystä**
- **Sähköhydytystä (polttoa)**
- **Laserkäsittelyä.**

Liite 5

55

Milloin hoitoon?

- Kondyloomat uusiutuvat helposti hoidon jälkeen.
- Myyntissä on kaksi erilaista rokotetta
- Rokotteita saa vain reseptillä ja ne tulee itse maksaa

Liite 5

56

Ehkäisy-Rokote

- Eniten hyötyä on 9–12-vuotiaiden tyttöjen rokotuksista.
- Rokotteet saattavat ehkäistä myös kohdunkaulan syövältä.
- Virustartunnan jälkeen rokotus ei enää auta.
- Poikien ja miesten rokotusten hyödyistä ei ole näyttöä eikä poikia ja miehiä sen takia rokoteta.

Liite 5

57

Ehkäisy-Kondomia

- Kondomin käytön hyödyistä kondylooman tarttumisen estämisessä ei ole pitävää näyttöä.
- Kondomia tulisi kuitenkin käyttää aina tilapäisissä suhteissa.

Liite 5

58

10 kysymystä HPV-rokotteesta



Liite 5

59

Mikä on HPV-rokote?

- HPV- rokotteita on kaksi: Gardasil ja Cervarix.
- Gardasilin kohteena ovat virustyyppit 6, 11, 16 ja 18.
- Cervarix on kehitetty virustyyppijä 16 ja 18 vastaan.

Liite 5

60

Miksi rokote pitäisi ottaa?

- Rokote näyttää suojaavan rokotteen sisältämien HPV-tyyppien aiheuttamilta infektiolta ja solumuutoksilta tehokkaasti.
- Kohdunkaulan syövän tärkein riskitekijä on HPV-infektio ja syöpä kehittyy hitaasti esiastemuutosten kautta.

Liite 5

61

Miten yleisiä HPV-infektiot ovat?

- Kahdeksan kymmenestä ihmisistä saa HPV-infektion jossain elämänsä vaiheessa.
- Useimmiten se menee huomaamatta ohi, sillä yhdeksän kymmenestä paranee itsestään.
- Eniten infektiota ja solumuutoksia aiheuttavat HPV-tyypit 16 ja 18.
- Kaiken kaikkiaan on olemassa yli sata erilaista HPV-virusta.

Liite 5

62

Kuka voi ottaa rokotteen?

- Kuka tahansa alle 26-vuotias voi ottaa Gardasil – tai Cervarix-rokotteen .
- Parhaan hyödyn siitä saa, jos sen ottaa ennen 14 vuoden ikää.
- Rokote on otettava ennen sukupuolielämän aloittamista.

Liite 5

63

Onko rokotteissa valinnanvaraa ja vaihtoehtoja?

- Rokotteita on tällä hetkellä kaksi: Cervarix ja Gardasil.
- Gardasilin kohteena ovat papilloomavirustyyppit 6, 11, 16 ja 18.
- Cervarix on kehitetty virustyyppijä 16 ja 18 vastaan.

Liite 5

64

Miten rokote toimii?

- Rokote aiheuttaa ihmisen oman immuunivasteen heräämisen, jolloin **syntyy vasta-aineita** rokotteen sisältämille HPV-tyyppien malleille.
- Vasta-aineet suojaavat HPV-infektioilta.

Liite 5

65

Kuuluuko rokote kansalliseen rokotusohjelmaan?

- Tällä hetkellä rokote ei sisälly kansalliseen rokotusohjelmaan.
- Rokote tulisi kohdistaa 10-12-vuotiaisiin tyttöihin.

Liite 5

66

Minkä hintaisia rokotteet ovat?

- Gardasil-rokote maksaa noin **450** euroa
- Cervarix-rokote noin **380** euroa.
- Rokote annetaan kolmena pistoksena puolen vuoden sisällä ja hinta sisältää tarvittavat kolme pistosta.

Liite 5

67

Miten kauan rokotuksen antama suoja kestää?

- Tutkimusten perusteella ainakin **viisi vuotta**.

Liite 5

68

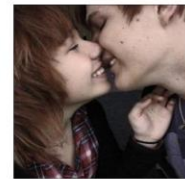
Kun rokote on otettu, tarvitseeko enää käydä papa-kokeissa?

- Kohdunkaulan syövän seulontaan kannattaa ehdottomasti osallistua
- Koska rokote antaa suojan vain muutamia HPV - virustyypejä vastaan.

Liite 5

69

Kysymyksiä???



Liite 5

70

Liite 6:

Todistus

Pyynnöstä todistan, että Yihong Zhang, Zahra Osman ja Ekaterina Riabinina ovat pitäneet kansainvälisessä naisten kerhossa (Bir gül) terveyden ja sairaanhoidon oppitunteja seuraavasti: 8.11.2012, 13.12.2012, 21.3.2013, 11.4.2013 ja 2.5.2013

Aiheina ovat olleet rintojen tutkiminen ja kohdunkaulan syöpä, osteoporoosi ja vaihdevuodet, verenpainetauti, korkea kolesteroli ja diabetes, raskauden ehkäisy ja papillooma-virus.

Oppitunnit oli toteutettu hyvin havainnollisesti ja mielenkiintoisesti. Opiskelijat suoriutuivat tehtävästään kiittävästi ja he saivat paljon myönteistä palautetta kerholaisilta.

Lahdessa 3.10.2013

Ulla Taipale

maahanmuuttajatyöntekijä

Lahden seurakuntayhtymä

puh. 044 7191 263

Liite 7: Kysymykset

Sukupuoli

- nainen

Onko sinulla lapsia?

- Montako ...

Minkäkäinen olet?

- 18–25
- 25–35
- 35–45
- 50 >

Onko kerhossa mukava keskustella?

- kyllä
- ei
- vaikea sanoa

Miten hyvin ymmärrät suomea?

- Hyvin
- melko hyvin
- huonosti
- kohtalaisesti
- en ymmärrä

miten hyvin sairaanhoitajien ohjaukset oli suoritettu?

- Hyvin
- melkein hyvin
- huonosti
- kohtalaisesti
- en osa sanoa

miten hyvin asiat oli käsitelty?

- Hyvin
- melko hyvin
- huonosti
- kohtalaisesti
- en osa sanoa

oletko saanut riittävästi tietoja ohjauksen aikana?

- Kyllä
 - ei
 - jos vastasit ei, selittää mitä ei saanut
-

Ohjauksilla käsitellyt asiat olivat ajan tasalla.

- olen sama mieltä
- olen eri mieltä

Ohjauksen lähtötaso oli sopiva.

- liian helppo
- sopiva
- liian vaikea

Jäikö paljon epäselvää?

- Kyllä
 - ei
 - jos vastasit ei, selittää mitä jäi epäselvää
-

Ohjaus oli tarkoituksenmukaista.

- sama mieltä
- eri mieltä

Olivatko ohjaukset hyödyllisiä?

- Kyllä
 - ei
 - jos vastasit ei, selittää
-

Oliko käytetty selkeitä visuaalisia apuvälineitä?

- olen sama mieltä
- olen eri mieltä

Ohjauksen aikana oli helppoa seurata ja ymmärtää.

- Olen sama mieltä
- olen eri mieltä

Epäselvyydet oli helppo selvittää.

- olen sama mieltä
- olen eri mieltä

KIITOS YHTEISTYÖSTÄ!
