

Emilia Stromer
Tiina Tikka

Muslimi- ja somalikulttuurien erityispiirteet ja niiden huomioon ottaminen lasten ja nuorten hoidotyössä

Osastotunnin suunnittelu ja toteutus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyö

Opinnäytetyö

20.11.2014

Tekijä(t)	Emilia Stromer ja Tiina Tikka
Otsikko	Muslimi- ja somalikulttuurin erityispiirteet ja niiden huomioon ottaminen lasten ja nuorten hoitotyössä
Sivumäärä Aika	29 sivua + 4 liitettä 20.11.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja	Lehtori Marja Salmela
<p>Viime vuosikymmeninä kiihtyvällä tahdilla lisääntynyt maahanmuutto tuo omat haasteensa Suomen terveydenhuoltoon. Kulttuurieroista johtuen asiakkaan ja hoitajan välille syntyy helposti ristiriitatilanteita ja väärinymmärrysten vaara kasvaa. Tutkimusten mukaan maahanmuuttajataustaisen potilaan hoitoon liittyvällä lisäkoulutuksella on huomattava vaikutus hoitotyöntekijöiden kulttuurillisen osaamiseen sekä ennakkoluulottomuuteen.</p> <p>Tämä toiminnallinen opinnäytetyö on osa Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa (TuLE)- hanketta ja se toteutetaan yhteistyössä HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikön sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman kanssa. TuLE- hanke pyrkii muun muassa vastaamaan maahanmuuttajaperheiden kasvaneeseen palvelutarpeeseen.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa yhteistyöosaston tarpeita vastaava osatotunti monikulttuurisuudesta kehittämistyön menetelmää käyttäen. Työn tavoitteena oli lisätä tietoisuutta muslimi- ja somalikulttuurien erityispiirteistä. Tärkeimpänä tavoitteena oli hoidon laadun edistäminen ja turvaaminen tuomalla uutta tietoa ja mahdollistamalla vanhan tiedon syventäminen kohdeosaston henkilökunnalle. Osatotunti toteutettiin Power Point-esitystä ja kuvitteellisia potilasesimerkkejä hyödyntäen. Lisäksi tuotimme työstämme havainnollistavan A3-kokoisen posterin.</p> <p>Työmme toteutettiin kehittämistyönä ja aineiston kokoamisen menetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta sekä kirjallisuuden lisäksi myös asiantuntijan kokemukseen perustuvaa tietoa. Työn suunnitteluvaiheessa keräsimme runsaasti tietoa somalikulttuurista ja islaminuskon erityispiirteistä. Yhteistyö työelämän yhdyshenkilön kanssa toteutui tapaamisina ja sähköpostien välityksellä. Hänen kauttaan saimme konkreettisia esimerkkejä havaituista ongelmakohtista ja työelämässä esiin nousseista ristiriitatilanteista. Näiden ongelmien pohjalta rajasimme työmme aiheita vastaamaan osastolla koettuun tarpeeseen.</p> <p>Työmme lisää hoitotyöntekijöiden kulttuurista kompetenssia ja tietoisuutta erityisesti muslimi- ja somalikulttuurin erityispiirteisiin liittyen.</p>	
Avainsanat	monikulttuurisuus, kulttuurinen kompetenssi, lasten ja nuorten hoitotyö, osatotunti, kehittämistyö

Author(s) Title	Emilia Stromer and Tiina Tikka Special Features of the Muslim and Somali Culture and How to Take Cognizance of Them in Paediatric Nursing
Number of Pages Date	29 pages + 4 appendices 20 November 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Marja Salmela, Senior Lecturer
<p>During the past few decades, the Finnish immigration rate has steadily grown bringing challenges to the Finnish health care system. The cultural differences have increased the risk of conflict situations and misunderstanding. According to previous studies, further training in nursing the immigrant patient has a great impact on the cultural competence and liberality of the nursing staff.</p> <p>Our functional final project was part of The Future of Specialised Health Care for Children (TuLE) project which is accomplished in co-operation with HUCH Gynecology and Pediatrics Unit and Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland. One of the purposes of the TuLE project is to answer the growing need of service for the immigrant families in Finland.</p> <p>The main purpose of our functional final project was to design and implement an educational event to meet the needs of our co-operating ward using the development work methods. The aim was to increase the knowledge of special features of the Muslim and Somali cultures in Finland. The purpose was to improve the quality of nursing and nurses' competence of cultural health care. The educational event was accomplished using a Power Point slide show and imaginary patient examples. We also produced a poster of our final project.</p> <p>Our final project was a literature review. In addition to the literature review, we utilized expert knowledge. At the planning phase of the educational event, we gathered information on the Somali culture in Finland and the special features of Islam. The co-operation with our contact person, an expert working in the field, was conducted in meetings and via emails. Through her, we got concrete examples of the problems and conflicts detected on the hospital ward. Based on these examples, we delimited our research questions to correspond the perceived need.</p> <p>Our final project will hopefully benefit nurses working with Muslim and Somali patients in Finland.</p>	
Keywords	multicultural, cultural competence, paediatric nursing, educational event

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	1
3	Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät	2
4	Monikulttuurisuus hoitotyössä	3
4.1	Kulttuuristen tekijöiden huomioiminen	4
4.2	Kulttuurinen osaaminen hoitotyössä	4
4.3	Monikulttuurisen ohjauksen pääsuuntaukset	5
4.3.1	Sanallinen kommunikaatio	6
4.3.2	Sanaton kommunikaatio	7
5	Muslimiperheen kohtaaminen hoitotyössä	8
5.1	Terveys- ja sairauskäsitys islamissa	8
5.2	Ravinto ja paasto	9
5.3	Hygienia Islamissa	10
5.4	Muslimi sairaalassa	11
5.5	Muslimiperheen lapsi sairaalassa	12
6	Somaliperheen kohtaaminen hoitotyössä	14
6.1	Aikakäsitys afrikkalaisessa kulttuurissa	15
6.2	Somaliperheen lapsi sairaalassa	16
6.3	Käsihygienia	17
7	Opinnäytetyöprosessi	18
7.1	Osastotunnin suunnitteluun vaikuttava teoriatieto	18
7.2	Asiantuntijakonsultaatio	19
8	Osastotunti: Muslimi- ja somalikulttuurien edustajan kohtaaminen lasten ja nuorten hoitotyössä	20
8.1	Osastotunnin suunnittelu	20
8.2	Osastotunnin toteutus	21
8.3	Osastotunnin arviointi	21
9	Pohdinta	22

Liitteet

Liite 1. Tiedonhakutaulukko

Liite 2. Alkuperäisaineiston hakutulokset

Liite 3. Power Point- esitys

Liite 4. Posterit

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena on muslimi- ja somalikulttuurien erityispiirteet ja niiden huomioiminen lasten ja nuorten hoitotyössä. Työ on toteutettu yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin kanssa vastaamaan todettuun työelämän tarpeeseen. Tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa osastotunti aiheen painoituksessa osaston tarpeet ja toiveet huomioiden. Opinnäytetyö liittyy Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa (TuLE) - hankkeeseen, joka pyrkii vastaamaan maahanmuuttajaperheiden kasvaneeseen palvelutarpeeseen sekä lisääntyneeseen hoidon vaativuuteen luomalla potilaslähtöisesti uusiutuvia toimintatapoja lasten erikoissairaanhoidossa ja kiinnittämällä huomiota hoitopolkujen saumattomuuteen. Hankkeen tavoitteena on lapsi- ja perhelähtöisesti kehittää lapsen, nuoren ja perheen osaamista, vahvistaa verkostomaisella työskentelyllä perheen voimavaroja ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä. (Salmela 2014.)

Lain mukaan myös jokaiselle Suomessa väliaikaisesti oleskelevalle on tarjottava välttämätön terveydentilan edellyttämä hoito (Kela 2014). Tämä lisää kulttuurista monimuotoisuutta ja luo haasteita joihin terveydenhuollon on kyettävä vastaamaan. Monikulttuurisuuden lisääntyessä on tärkeää, että tietoisuus erilaisten kulttuurien ominais- ja erityispiirteistä lisääntyy hoitohenkilökunnan keskuudessa. Jokaisella pysyvästi Suomessa asuvalla henkilöllä on lain mukaan oikeus saada tarvitsemansa hoito, potilaan kohtelussa on huomioitava myös kulttuuri ja hänen uskonnollista vakaumustaan on kunnioitettava (Valvira 2014). Väestöliiton (2014) tilastojen mukaan maahanmuutto on lisääntynyt jatkuvasti 1990-luvun loppupuolelta lähtien, ja muutaman viime vuoden aikana Suomeen on muuttanut 30 000 henkilöä joka vuosi. Maahanmuutto on painottunut suurimpiin kaupunkeihin, vuonna 2012 Helsingin väestöstä 8,4 % oli ulkomaalaisia. Tilastokeskuksen (2013) tietojen mukaan Somalian kansalaisia asuu Suomessa yli 7 000. Yksittäisistä uskontokunnista lisääntynyt maahanmuutto on kasvattanut eniten islamilaisten ja roomalaiskatolisten määrää. Myös matkustaminen ulkomailta Suomeen on lisääntynyt viime vuosina. Muslimeja on Tilastokeskuksen (2011:18) arvion mukaan Suomessa jo yli 40 000.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa yhteistyöosaston tarpeita vastaava osastotunti monikulttuurisuudesta kehittämistyön menetelmää käyttäen. Tavoitteena oli lisätä tietoisuutta muslimi- ja somalikulttuurien ominaispiirteistä ja niiden huomioon ottamisesta lasten ja nuorten hoitotyössä. Työelämässä tämä voisi näkyä jonkin kulttuurillisen erityispiirteen tunnistamisena ja huomioimisena, näin voidaan välttyä turhilta konflikteilta tai ristiriitatilanteilta. Hoitotyöntekijöiden kulttuurituntemuksen lisäämisen voidaan katsoa sujuvoittavan hoitotyötä, ja olevan näin eduksi kaikille osapuolille. Tärkeimpänä tavoitteena oli hoidon laadun edistäminen ja turvaaminen tuomalla uutta tietoa ja mahdollistamalla vanhan tiedon syventäminen kohdeosaston henkilökunnalle. Jotta toisesta kulttuurista tuleva henkilö ei tuntisi itseään huonosti kohdeosastoksi tai väärinymmärretyksi, olisi hoitohenkilökunnan hyvä tietää edes joitakin kulttuurin erityispiirteitä (Etene 2004: 11). Mulderin (2013: 64) Pro gradu-tutkielmasta käy keskeisenä tuloksena ilmi, että maahanmuuttajataustaisen potilaan hoitoon liittyvällä lisäkoulutuksella on tärkein vaikutus hoitohenkilökunnan kulttuurilliseen osaamiseen sekä ennakkoluulottomuuteen.

Kehittämistyön kysymykseksi valikoitui:

Millaisia erityispiirteitä liittyy muslimi- ja somalikulttuureihin ja kuinka ne otetaan huomioon lasten- ja nuorten hoitotyössä?

3 Opinnäytetyössä käytetyt menetelmät

Opinnäytetyömme on kehittämistyö, millä tarkoitetaan toiminallista työtä, joka jakautuu kahteen osaan: tuotteeseen tai tapahtumaan ja sen kehitysprosessia kuvaavaan kirjalliseen raporttiin. Raportissa esitellään myös hankkeen perustana käytettyä tietopohjaa. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2013.)

Kehittämistyön tavoitteena terveydenhuollossa on usein uusien palvelujen, menetelmien tai järjestelmien aikaansaaminen tai vanhan tiedon päivittäminen. Kehittämistoiminnan avulla etsitään realistisia mahdollisuuksia käyttöönottaa uusia parempia toimintamuotoja tai -tapoja. Kehittäminen kohdistuu normaalisti esimerkiksi toimintakäytäntöihin tai henkilöstön osaamiseen. Kehittämistoiminta terveydenhuollon organisaatiossa on usein kokemuksellista, tarkoittaen, että käytännön osaajat pyrkivät muuttamaan tutkimus- ja ko-

kemustiedon avulla ympäristöään paremmaksi sekä sitoutuvat itse toimijoiksi ja osallistujiksi kehittämistyöhön. (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 55; Seppänen-Järvelä 1999: 90.)

Aineiston kokoamisen menetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta ja lähteenä kirjallisuuden lisäksi myös asiantuntijan kokemukseen perustuvaa tietoa. Kirjallisuuskatsaus menetelmänä kokoaa aiheesta olennaista aiempaa tutkimustietoa ja suhteuttaa jo olemassa olevaa tietoa uuteen. Se myös osaltaan auttaa perustelemaan uuden tutkimuksen tarpeellisuutta. (Turun yliopisto.) Käytimme aineistonkeruumenetelmänä pääasiassa Cinahlia ja Mediciä. Tiedonhakutulokset olemme keränneet taulukoiksi, jotka löytyvät opinnäytetyön liitteistä. (Liitteet 1 ja 2)

Tavoitteena oli sopia vähintään kolme tapaamista työelämän yhdyshenkilön kanssa ja keskustella hänen kanssaan erilaisista prosessin aikana esiin nousevista ongelmista ja mieltä askarruttavista kysymyksistä. Näillä tapaamisilla pyrimme hyödyntämään asiantuntijan kokemukseen perustuvaa tietoa ja tarkentamaan työmme toiminnallista osuutta hänen kokemiensa tarpeiden mukaiseksi.

4 Monikulttuurisuus hoitotyössä

Kulttuuri voidaan nähdä jatkuvasti muuttavana prosessina ja sairaanhoitajillakin on oma ammatillinen kulttuurinsa. Hoitajien ja asiakkaiden tavatessa tapahtuu kolmen kulttuurin kohtaaminen: ensimmäinen on hoitajan oma ammatillinen kulttuuri, sen uskomukset, arvot ja käytännöt. Toisena on asiakkaan kulttuuri, joka perustuu hänen omiin kokemuksiinsa terveydestä ja sairaudesta sekä hänen henkilökohtaiset uskomuksensa ja käytäntönsä. Viimeisenä on esimerkiksi sairaalan kulttuuri. Työskenneltäessä eri kulttuuritaustaisten lasten ja perheiden parissa, hoitajan tulee pystyä mukautumaan kulttuurieroihin auliisti ja asiantuntevasti. Hoitohenkilökunta ei voi tietää kaikkea eri kulttuureista, joten ei ole häpeä kysyä suoraan itse asiakkaalta. (Watt – Norton 2004: 38 - 42.)

Hoitohenkilökunnan tulee kunnioittaa toisen kulttuuria olemalla käytettävissä eikä tuoda omia uskomuksiaan esille. Hoitotyöntekijän tulee myös muistaa, ettei pelkkä sanallinen viestintä ole kommunikaatioväline vaan kasvojen eleet ja kehon liikehdintä kertovat enemmän kuin tuhat sanaa. Huolenpitoa voidaan antaa ilman yhteistä kieltä. (Watt –

Norton 2004: 38 - 42.) Kulttuurisen osaamisen tulisi olla jatkuva oppimisprosessi. Hoitotyöntekijän on hyvä ymmärtää omaa kulttuuriaan ja hankkia tietoa sekä ymmärrystä erilaisista arvoista ja uskomuksista erilaisissa kulttuureissa. Tämän jälkeen tietoa voidaan hyödyntää käytännössä. Jokainen näkee tilanteen omista lähtökohdistaan käsin eri tavalla ja osapuolten odotukset voivat erota toisistaan. (Jenko – Moffitt 2006: 173.) Erilaisien kulttuurien kirjo on kuitenkin niin moninainen, että vieraiden kulttuuriympäristöjen kaikkia tapoja tai käytänteitä on mahdotonta tuntea. Maahanmuuttajat tulisikin kohdata ennen kaikkea yksilöinä ja ottaa rohkeasti puheeksi mieltä askarruttava asia, näin hoitaja tulee samalla haastaneeksi omia ennakkoluulojaan. (Vainikainen 2002: 4116.)

4.1 Kulttuuristen tekijöiden huomioiminen

Kyseenalaistettaessa ihmisen arvoja kyseenalaistetaan samalla koko ihmisen oleminen. Jäävuoren rakenteen avulla voidaan kuvata kulttuurin kerroksellisuutta ja sisäisten arvojen, odotusten, uskomusten ja tapojen hierarkkisuutta. Kohdatessaan vieraaseen kulttuuriin kuuluvan henkilön hoitotyöntekijä yleensä kiinnittää huomiota jäävuoren huipun näkyvään osaan, joka sisältää kielen, sukupuolen, iän, tavat, pukeutumisen ja ihonvärin. Hoitotyöntekijän tulisi monikulttuurisessa hoitotyössä paneutua näkymättömiin jäävuoren osiin, kuten asiakkaan kulttuuri-identiteettiin, arvomaailmaan, maailmankatsomukseen, odotuksiin, uskomuksiin, kulttuuriin perinteisiin sekä suvun ja perheen merkitykseen. Hoitotyöntekijälle saattaa olla haasteellista havaita näitä näkymättömiä osia, sillä asiakas ei välttämättä itsekään tiedosta itseensä vaikuttavia näkymättömiä kulttuurisia tekijöitä. (Abdelhamid – Juntunen – Koskinen 2009: 75 - 77.)

Asiakkaan käyttäytymisestä tulee ymmärrettävää, kun hoitotyöntekijä ymmärtää, että asiakkaan oudolta tuntuvat käyttäytymistavat liittyvät arvoihin, uskomuksiin ja odotuksiin. Ei ole kysymys epäkohteliaisuudesta vaan pikemminkin kunnioituksesta, jos muslimimies ei kättele tai katso naishoitajaa silmiin. Jotta hoitotyöntekijä voisi toimia asiakkaan parhaaksi, tulee hänen ymmärtää, miten kulttuuri, uskonto, etninen tausta, sukupuoli, sosiaalinen asema, koulutustausta, ikä ja elämäntapa vaikuttavat muun muassa hänen terveydentilaansa ja terveysuskomuksiinsa sekä kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa hakea ja saada hoitoa. (Abdelhamid ym. 2009: 75 - 77.)

4.2 Kulttuurinen osaaminen hoitotyössä

Kulttuurinen kompetenssi eli pätevyys voidaan nähdä taitona tai kykynä kohdata toisesta kulttuuritaustasta peräisin oleva henkilö tasavertaisena. Lisäksi siinä ilmenee muun muassa erilaisuuden arvostaminen, ihmisarvon kunnioittaminen sekä tasa-arvon edistäminen. (Mulder 2013: 11.) Wellmanin (2009) mukaan hoitotyöntekijät tarvitsevat tietyn etnisen ryhmän potilaiden kulttuurin tuntemusta sekä kykyä kohdata vieraasta kulttuurista tuleva potilas, jotta he voivat kehittyä kulttuurisesti päteviksi hoitotyöntekijöiksi. Tietoa tulisi olla myös potilaiden terveys- ja sairaskäsityksistä. Erittäin tärkeänä osana on hyväksyvä ja arvostava asenne kulttuurin erilaisuutta kohtaan. Erityisesti sairaanhoitajan voi olla vaikea hyväksyä omasta kulttuurista poikkeava hoitotapa.

Hoitajien kulttuurista kompetenssia on tutkittu ympäri maailmaa, erityisesti USA:ssa, Isossa Britanniassa ja myös jonkin verran Euroopassa sekä Australiassa. Kulttuuriseen kompetenssiin liittyvissä tutkimuksissa nousi esiin koulutuksen ja tiedon merkitys hoitotyöntekijän kulttuurista osaamista edistävänä tekijänä. Hoitotyöntekijän kulttuuriseen osaamiseen vaikuttaa jatkuva ammatillinen sekä kulttuurisuuteen liittyvä koulutus. (Mulder 2013: 3.) Hoitajan kulttuurisen osaamisen kehittymistä pohdittaessa tärkeässä asemassa ovat hoitotyöntekijän taidot, asenteet ja tiedot. Positiivinen asenne eri kulttuureista tulevia ihmisiä kohtaan on tärkeä hoitotyöntekijän kulttuurista osaamista edistävä tekijä. Päinvastoin negatiiviset asenteet ja stereotyyppiset oletukset monikulttuurisuutta kohtaan heikentävät hoitotyöntekijän kulttuurista osaamista. Rasismi ja sen olemassa olo varsinkin tiedostamattomana voi estää hoitotyöntekijän kulttuurisen kompetenssin kehittymistä. Monesti rasismi näkyy hoitotyössä peiteltyinä ja se ilmenee torjuvana, vihamielisenä ja etäisenä suhtautumisena sekä epäkohteliaana puhutteluna. Jotta hoitotyöntekijän kulttuurista kompetenssia voidaan kehittää, tulee monikulttuurisuutta kohtaan olla positiivinen ja avoin asenne ja pitää mieli avoimena erilaisuudelle. Hoitotyöntekijöiden kulttuurista osaamista parantaa yhteistyö eri toimijoiden välillä. (Mulder 2013: 6.)

4.3 Monikulttuurisen ohjauksen pääsuuntaukset

Monikulttuurisessa ohjauksessa on perinteisesti eroteltu kaksi pääsuuntausta: universaali ja kulttuurispesifinen lähestymistapa. Universaalissa lähestymistavassa korostetaan kulttuurien samankaltaisuuksia ja sen keskeisenä ideana on huomioida ohjattavien yksilölliset eroavaisuudet. Kulttuurispesifisessä suuntauksessa on perinteisesti pidetty ohjattavaa ensisijaisesti kulttuurillisen tai etnisen ryhmänsä tai rotunsa edustajana, ja tämän ryhmän vaikutus yksilöön on pyritty huomioimaan muun muassa mahdollistamalla

vahvasti yhteisöllisen taustan omaavalle ohjattavalle tärkeiden henkilöiden osallistuminen ohjaustilanteisiin. (Korhonen – Puukari 2013: 18.)

Nykyään molemmat pääsuuntaukset nähdään vastakkainasettelun sijaan lähinnä toisiinsa täydentävinä monikulttuurisen ohjauksen osina. Laajemmalti tarkasteltuna monikulttuurisessa ohjauksessa on pyrkimyksenä tunnistaa ja huomioida kulttuurillisia eroavaisuuksia ja niiden vaikutusta yksilön ajattelu- ja toimintatapoihin. (Korhonen – Puukari 2013: 18.)

4.3.1 Sanallinen kommunikaatio

Maailmanlaajuisesti puhutaan noin 6000 eri kieltä, joista jokaisessa on lähes saman laajuinen 50 000 sanan sanavarasto. Oma äidinkieli on tärkeä osa yksilön identiteettiä ja oppimista. (Halme – Vataja 2011: 16.) Yhteinen kieli onkin keskeisessä asemassa potilaan ja hoitotyöntekijän välisessä vuorovaikutussuhteessa. Toimiva kommunikaatio on yksi tärkeä tekijä optimaalisen potilashoidon tuottamisessa ja se edistää hoitotyöntekijän kulttuurista kompetenssia. Myös erilaiset kommunikaatiostrategiat lisäävät hoitotyöntekijän kulttuurista osaamista. Näitä strategioita ovat esimerkiksi potilaan tarpeiden arviointi, riittävän ajan varaaminen tapaamiseen, neuvotteluun perheen kanssa ja kommunikointisuunnitelman laatiminen. Puheen tulee olla selkää ja rauhallisella tahdilla puhuttua. Elekieli, ohjeiden, hoitoprotokollien ja tulkin käyttö kuuluvat kommunikaatiostrategioihin, jotka lisäävät hoitotyöntekijän kulttuurista osaamista. Hoidon tasoa laskee kielimuuri tai kieliongelmat hoitajan ja potilaan sekä tämän perheen välillä. Hoitotyöntekijän kulttuurista osaamista heikentävät myös puutteelliset kommunikaatiostrategiat. (Mulder 2013: 4.) Monikulttuurisuuden lisääntyessä lisääntyy niin ikään tulkkipalvelujen tarve ja käyttö.

Kielellisen kommunikaation tyyli vaihtelee epäsuoran ja suoran välillä. Suora kommunikaatio on tyyppillistä länsimaiselle kulttuurille, kun taas esimerkiksi aasialaisessa kulttuurissa kanssakäyminen on usein epäsuoraa. Toisen osapuolen loukkaamista pyritään välttämään viimeiseen asti ja arkaluontoiset asiat viestitään sen välttämiseksi epäsuoria viittauksia käyttäen. Tällaiseen kommunikaatiotapaan tottuneelle saattaa länsimainen suorapuheisuus tuntua erittäin työkeältä, mutta vastaavasti suoraan viestintään tottuneen voi olla mahdotonta tulkita epäsuorasta kulttuurista tulleen hienovaraisia vihjeitä. (Halme – Vataja 2011: 55.) Ulkomaalaistaustaisen potilaan kanssa asioidessa tulisi puhua niin, että hän näkee hoitajan huulten liikkeitä. Jotta asiakas ymmärtäisi kerrotun asian

tärkeyden, hoitajan tulee keskeisen sanoman jälkeen pitää puheessa pieni tauko, jotta asiakas ehtii sisäistää tämän. Keskeinen sisältö tulisi toistaa sekä puhuessa käyttäen erilaisia äänenpainoja. (Cools – Kahla – Tuominen 1998: 39.)

4.3.2 Sanaton kommunikaatio

Rugsakenin (2006) artikkelin mukaan jokapäiväisessä kanssakäymisessä yli 65 prosenttia kommunikaatiosta tapahtuu sanatonta viestintää käyttäen. Eri kulttuureissa ja maissa käytetty kehonkieli eroaa huomattavasti toisistaan ja jotkin yleismaailmalliset neutraaleina pidetyt eleet saatetaan yllättäen toisessa kulttuurissa kokea jopa loukkaavina. Sanaton viestintä voi elävöittää ja syventää kommunikaatiota, mutta siinä piilee myös väärinymmärrysten vaara. Tietämätön viestijä voikin joutua hankaluuksiin käyttämällä kehoaan ajattelemattomasti. Birdwishtell(1970) on arvioinut, että ihmiskasvot kykenevät muodostamaan jopa 250 000 erilaista ilmettä, joskaan kaikki ilmeet eivät ole merkityksellisiä. Kehonkieltä käytetään henkilöstä ja kulttuurista riippuen hyvinkin eri tavoilla, mutta yhtäläisyyksiäkin löytyy. Ihmisrodulla esiintyy kuusi kulttuurista riippumatonta universaaliallilmettä: onnellisuus, surullisuus, yllättyneisyys, pelko, viha ja inho. (Jyväskylän yliopisto Kielikeskus.)

Keskinäisen kommunikaation tehokkuus riippuu pitkälti siitä, kuinka hyvin osapuolet havaitsevat ja tulkitsevat toistensa viestejä. Tulkinnat ja havainnot ovat kulttuurisidonnaisia ja opittuja. Opitut tulkintatavat voivat johtaa väärin johtopäätelmiin, esimerkiksi lapsen pelokkuus saatetaan erehdyksessä tulkita vihamielisyydeksi. Tärkein yksittäinen tekijä kulttuurienvälisessä kommunikaatiossa on keskinäinen kunnioitus ja arvostus. Halu vuorovaikutukseen ja vilpitön kiinnostus johtaa onnistumisiin. Myös omien ennakoasenteiden tiedostaminen auttaa ehkäisemään väärinymmärryksiä. Monissa kulttuureissa kommunikaatiota ja vuorovaikutusta säätelevät tarkat säädökset ja käyttäytymiskuviot. Nämä säännöt ja vastapuoleen suhtautuminen voi riippua esimerkiksi keskustelukumppanin iästä, sukupuolesta ja asemasta. Kommunikaatioerojen tunnistamattomuus voi johtaa ristiriitoihin ja aiheuttaa turhaa mielipahaa esimerkiksi tilanteessa jossa miespuolinen perheenjäsen kieltäytyy kättelemästä naispuolista työntekijää. (Halme – Vataja 2011: 54.)

Halme ja Vataja (2011: 56) kuvaavat myös henkilökohtaisen tilan kokemisen vaihtelevan erilaisissa kulttuureissa suuresti. Yhteisöllisestä kulttuuripiiristä lähtöisin oleva saattaa

kokea keskustelukumppanin pitämän suuremman välimatkan kylmyydeksi, kun taas vastaavasti yksilökulttuurista tuleva saattaa tuntea olonsa kiusaantuneeksi esimerkiksi, jos vieraskulttuurinen vanhempi tulee fyysisesti hyvin lähelle. Kommunikaatioetäisyys vaihtelee suuresti myös kulttuurien sisällä tilaisuuden ja esimerkiksi osapuolien tuttavuusteen mukaan. Suomalaiset toimivat jo lapsena opitun kulttuurin mukaisesti ja pyrkivät pitämään melko suurta välimatkaa muihin, jolloin ”omalle reviirille” tuleva vieras lapsi saatetaan helposti kokea uhkaavana tai provosoivana. Vastaavasti myös suomalainen jurous saatetaan tulkita epäystävällisyydeksi tai rasismiksi, jos perisuomalainen sisänpäin kääntyneisyys ei ole ennestään tuttua (Vainikainen 2002: 4116).

5 Muslimiperheen kohtaaminen hoitotyössä

Ulkomaalaisten määrä on nelinkertaistunut Suomessa 1900-luvulla. Määrällisesti suurimpana yksittäisenä ryhmänä ovat venäläiset ja virolaiset sekä ruotsalaiset ja somalit. (Vainikainen 2002: 4116.) Islaminuskaisia on Suomessa Tilastokeskuksen (2011: 18) arvion mukaan jo yli 40 000.

Islaminuskon pyhä kirja Koraani on korkein auktoriteetti ja sen säädökset ohjaavat muslimin elämää ja valintoja. Islam pyrkii pyhien kirjoitusten avulla suuntaamaan ihmistä kohti hyvinvointia ja tasapainoista elämää. (Hänninen – Atalay 2000: 3020 - 3021; Moallin 2005: 97.) Jokainen islaminuskoinen on kuitenkin myös ihmisyksilö eikä kahta samanlaista muslimiperhettä ole. Hoitotyössä tulisikin pyrkiä suhtautumaan asiakkaisiin ihmisinä eikä vain uskontonsa edustajina.

Koraanin ja muiden pyhien kirjoitusten tulkintatavoissa, ja siinä kuinka suurta osaa uskonto muslimin arjessa näyttelee, on luonnollisesti suuria eroja niin alueellisesti kuin yksilöllisestikin. Koraani nähdään Jumalan puheena ja sitä pidetäänkin korkeimpana uskonnollisen auktoriteettina. Islaminuskon tärkeimmät pääkohdat on jaoteltu selkeästi viiteen peruspilariin joita ovat rukous, uskontunnustus, paasto, pyhiinvaellus sekä almuvero. (Moallin 2005: 96 - 105.)

5.1 Terveys- ja sairauskäsitys islamissa

Koraanin mukaan terveys on Jumalan lahja uskovalle, ja muslimit ovatkin syvästi kiitollisia elämän lahjasta. Hyvä muslimi vaalii arvokasta elämää pitämällä Koraanin ohjeiden mukaisesti huolta kehostaan ja noudattamalla profeetta Muhammedin oppeja. Sairaus ja sairastuminen nähdään Allahin keinona ohjata ihmistä kohti hyvää elämää ja saada syntisen näkemään virheensä ja pyrkimään kohti hurskautta. Jokaiseen Allahin luomaan sairauteen uskotaan olevan olemassa myös parannuskeino, jota sairastuneen tulisi etsiä. Myös länsimaiset hoitokeinot ovat sallittuja, kunhan ne ovat islamin näkökulmasta hoitoeettisesti hyväksyttäviä. (Hänninen – Atalay 2000: 3020 - 3021; Mäki 2003: 1934.)

Profeetta Muhammedin ohjeita on koottu lausumiksi, joita kutsutaan nimellä hadith. Nämä ohjeet auttavat Koraanin ohella suuntaamaan muslimin elämää, ja niiden sisältöä pidetään Jumalan sanana. (Hallenberg 2006: 2019; Brusila 2008: 76.)

Koraanin ohjeiden noudattaminen niin ruoka-, hygienia- kuin rukousasioissakin on islaminuskon mukaan tae hyvälle terveydelle, sillä näillä keinoin tullaan hoitaneeksi ihmistä kokonaisuutena. Muslimi on velvollinen pitämään huolta kehostaan ja olemaan myrkyttämättä sitä päihteillä, sekä voidakseen elää hyvin, ihmisen tulee elää yhteydessä Jumalaan. Profeetta Muhammed ohjeisti hoitamaan sairauksia erilaisilla keinoilla, joista mainitaan muun muassa kuppaaminen, hunajan juominen ja kuumalla raudalla polttaminen eli kauterisaatio, mutta omalta kansaltaan hän kielsi polttamisen sekä kuppaamisen, jossa verta vuodatetaan suuria määriä. Epämuodostumat tai vammaisuus voidaan nähdä Jumalan langettamana rangaistuksena synneistä, ja sairauden syy saatetaankin häpeän vuoksi pyrkiä salaamaan ulkopuolisilta. Islamilaiskulttuurissa on yleistä myös suhtautua sairauteen Jumalan asettamana koettelemuksena, jonka tarkoituksena on pyrkiä kasvattamaan ihmisen uskoa ja lujuttua. Tämän vuoksi muslimit eivät aina hae lääketieteellistä parannusta vaivaansa vaan uskovat Jumalan langettaneen sen jotakin tarkoitusta varten. Varsinkin mielenterveysongelmissa saatetaan turvautua maagisiin selityksiin. Sairaus nähdään tällöin pahan hengen tai toisen ihmisen pahalla silmällä katsoen aiheuttamaksi, ja se on oppien mukaan karkotettava manaamalla. (Hallenberg 2006: 2019 - 2021; Puustinen 1994: 2808.)

5.2 Ravinto ja paasto

Koraani ja hadithit rajoittavat ja ohjeistavat muslimia myös ravinnon suhteen. Koraani kieltää esimerkiksi sianlihan ja veren nauttimisen sekä kehottaa välttämään ylensyömistä. Myös alkoholin käyttö kielletään Koraanissa. (Hänninen – Atalay 2000: 3020 -

3021; Puustinen 1994: 2808.) Hallenberg (2006: 2020) kuvaa artikkelissaan, kuinka eläimet jaotellaan puhtaisiin ja epäpuhtaisiin. Puhtaksi luetaan kaikki ne sorkkaeläimet, jotka märehtivät, kuten lammas ja lehmä. Epäpuhtaksi luetaan lihansyöjät, jotka raatelevat saaliinsa, esimerkiksi kotka ja kissaeläimet. Eläimet, jotka syövät jotakin kiellettyä, luetaan epäpuhtaksi. Puhtaat eläimet tulee teurastaa oikeaoppisesti, jotta liha on halal, sallittua. Tässä teurastustavassa eläimen tulee olla elossa ennen teurastusta ja teurastus tulee suorittaa yhdellä viillolla niin, että kaulavaltimot sekä henki- ja ruokatorvi katkeavat. Ruho käännetään ylösalaisin, jotta mahdollisimman suuri osa eläimen verestä valuu pois.

Hallenbergin(2006: 2020) mukaan viime kädessä elossa pysymisen velvollisuus ohittaa kuitenkin ravinnon puhtausvaatimukset, joten hätätilanteessa muslimi voi syödä myös kielletyksi luettuja ruokia pysyäkseen elossa. Terveen aikuisen muslimin tulee viettää paastokuukausi kerran vuodessa. Paastoa kutsutaan nimellä ramadan ja sen ajankohta vaihtelee muslimien käyttämän kuukalenterin johdosta. Paaston aikana muslimi syö aamiaisen vasta illalla auringon laskettua ja illallisen juuri ennen kuin päivä koittaa. Jos paasto jostakin syystä keskeytyy esimerkiksi raskauden tai sairauden vuoksi, tulee menetyt paastopäivät korvata myöhemmin (Puustinen 1994: 2808; Maïche 2013: 41).

5.3 Hygieniä Islamissa

Koraani ohjeistaa muslimia rukoilemaan viidesti päivässä ja peseytymään ennen jokaista rukouksetta. Tässä peseytymisessä puhdistetaan kädet, jalat ja kasvot. Profeetta Muhammed opasti myös harjaamaan hampaita ja käyttämään sekä hammaslankaa, että hammastikkua päivittäin. (Hänninen – Atalay 2000: 3020 - 3021.) Eritteiden ja likaisten eläinten, kuten sikojen ja koirien karttamista pidetään osana vaadittua rituaalista puhdistusta. Säädösten mukaan muslimit eivät myöskään käytä wc:ssä paperia vaan suorittavat puhdistautumiset juoksevaa vettä käyttäen. Kädet pestään aina ennen ja jälkeen aterioiden. (Hallenberg 2006: 2020.)

Suuri, koko vartalon kattava puhdistautuminen tulee suorittaa aina yhdynnän, kuukautisten tai synnytysten jälkeen ja sitä kutsutaan nimellä ghusl. Rukoushetkiä edeltävä suppeampi puhdistautuminen on nimeltään wudu'. WC:ssä käynti tulee suorittaa ennen puhdistautumista, jottei se riko saavutettua puhtautta. WC-hygienian hoidossa ja peseytymisessä muslimi käyttää vasenta kättä, oikea käsi on varattu ruokailuun. (Akar – Tiilikainen

2004: 16.) Keho pidetään puhtaana myös huolehtimalla parran ja kynsien siistinä pitämisestä sekä naisilla ihokarvojen poistamisella muun muassa sukuelinten alueelta (Brusila 2008: 86).

5.4 Muslimi sairaalassa

Koraanin opit ohjeistavat ihmistä etsimään parannusta sairauteen ja pitämään huolta itsestään. Täten lääketiede ja sen erilaiset hoitomuodot katsotaan uskonnon puolesta sallituiksi. Sen sijaan esimerkiksi kauneus- ja sukupuolenkorjausleikkaukset katsotaan Jumalan luomistyöhön puuttumiseksi ja ne ovat siksi kiellettyjä. Sairaanhoito katsotaan siis sallituksi, kunhan se tapahtuu jumalan asettamia rajoja kunnioittaen. (Islamopas; Brusila 2008: 84.)

Länsimainen mainoksissa ja televisiossa esiintyvä seksin ylitarjoonta saattaa tuntua islaminuskoisista hyvin ahdistavalta, sillä muslimimaissa paljastavia vaatteita käyttävät vain prostituoidut (Tuppurainen 2001: 4310). Alastomuuskin on muslimikulttuurissa vierasta, edes oman perheen jäseniä ei ole muslimiyhteisössä yleensä totuttu näkemään vaatteita. Tämä seikka tulee huomioida muslimipotilaan hoidossa, ja hänelle tulisikin taata mahdollisuus riisuutua katseilta suojattuna. Potilaan halutessa tulisi pyrkiä tarjoamaan mahdollisuus siihen, että hoitava tai tutkiva henkilö olisi samaa sukupuolta kuin potilas itse. Hoitavien henkilöiden omalla uskonnolla ei kuitenkaan ole väliä. (Brusila 2008: 83,110; Toikkanen 2010: 1599.) Luottamusta hoitohenkilökunnan sekä muslimipotilaan välillä voisi lisätä se, että potilaalle kerrotaisiin, keitä henkilöitä osallistuu potilaan hoitoon. Islaminuskon mukaan miesten ja naisten tulisi pyrkiä olemaan eri tiloissa, mikä ei länsimaisissa sairaaloissa useinkaan ole tilanpuutteen vuoksi mahdollista. Yksityisiä ruumiinosia, joiksi luetaan kaikki navan ja polvien väliltä, ei saa ilman erityisen painavaa syytä paljastaa kenellekään. Toisinaan paljastaminen on tutkimusten tekemiseksi kuitenkin välttämätöntä. Tällöin tulisi pyrkiä varmistamaan, että huoneeseen ei tule ulkopuolisia kesken tutkimuksen ja potilas tulisi suojata niin, ettei hänen tarvitsisi hävetä alastomuuttaan. (Islamopas; Brusila 2008: 110.) Jos mieslääkäri tutkii naispotilasta, tulee tutkimushuoneessa olla läsnä joko tutkittavan aviomies, veli tai esimerkiksi eno (Maïche 2013: 61).

Muslimien velvollisuus on suorittaa rukousrituaali vähintään viidesti päivässä. Tarvittaessa rukoukset voi tehdä myös sängyllä maaten tai istuen. Hoitohenkilökunnan olisi tär-

keää kunnioittaa näitä rukoushetkiä ja tarvittaessa auttaa potilasta muistamaan rukousajat. Koska sairaalaympäristössä on vaikea varmistua lihan oikeasta valmistustavasta, monet muslimit pidättäytyvät syömästä lihaa sisältäviä ruokia. (Islamopas; Serkkola – Allahwerdi 1998: 79 - 80.) Paastovelvoitteesta vapautetaan lasten lisäksi ne aikuiset, joiden terveyden katsotaan voivan liaksi kärsiä siitä. Paastosta huolimatta potilas voi antaa verinäytteitä, saada lääkkeitä, laskimonsisäistä tai muuta lääkitystä. Paaston mitätöiviä lääkkeenantotapoja ovat nestemäinen peräruiske, lääkkeenotto suun kautta sekä nenätipat nieluun valuessaan, mutta henkeä uhkaavassa tilanteessa elämän suojeleminen menee paaston edelle. (Hallenberg 2006: 2020; Brusila 2008: 112.)

Islamin mukaan sairaana olevaa tuttavaa on käytävä katsomassa, vaikkei edes tuntisi tätä hyvin, sillä siitä on kuolemanjälkeisessä elämässä luvassa palkinto. Käytösohjeet vaativat muslimia noudattamaan vierailuaikoja ja muita sääntöjä, mutta tämä ei aina toteudu, sillä kotimaan sairaalakulttuuri saattaa erota ratkaisevasti länsimaisesta. Muslimimaissa on tavallista, että omaiset osallistuvat sairaan hoitamiseen. He valvovat tämän vuoteen vierellä sekä auttavat ruokailussa ja peseytymisessä lääkärin antamien ohjeiden mukaisesti. Kuolevaa muslimipotilasta ei saa jättää yksin, ja jos sairaan tila äkisti huononee tai hän menehtyy, on omaisille ilmoitettava välittömästi. Ihminen katsotaan kuolleeksi, kun sielu jättää ruumiin ja sydän pysähtyy, eikä keinotekoisista elämän ylläpitämisistä sallita. Ruumiiseen ei pidä koskea ennen kuin paikalle saapuu henkilö, jonka on määrä suorittaa peseminen. Pesun voi suorittaa sukulainen tai muu samaa sukupuolta oleva muslimi. Sukuelimet tulee tässäkin tilanteessa peittää, jos pesijä ei ole vainajan puoliso. (Islamopas; Brusila 2008: 83.)

5.5 Muslimiperheen lapsi sairaalassa

Lasten sairaanhoidossa on lapsille tyypillisten sairauksien tuntemuksen sekä lapsen tai nuoren kasvun ja kehityksen turvaamisen lisäksi huomioitava aivan erityisellä tavalla myös omaiset. Päätökset alaikäisen hoidosta tekee viime kädessä huoltaja eli usein lapsen vanhempi. Perhe on muutoinkin läsnä sairaalan arjessa paljon tiiviimmin, kun aikuisosastoilla. Lasten ikä sekä fyysinen ja henkinen kehitys vaihtelee luonnollisesti paljonkin ja luo omalta osaltaan haasteita hoitotyölle. (Hus. Lasten ja nuorten sairaanhoito.)

On ensiarvoisen tärkeää, että imetyksen suorittaa vain lapsen biologinen äiti, sillä islaminuskossa sisaruksiksi määritellään juridisesti vain ne lapset, joita on imettänyt sama

nainen. Siksi on tärkeää kysyä aina lapsen äidin mielipidettä ennen, kuin lapselle annetaan lisämaitoa. Lisäksi suurin osa äidinmaidonkorvikkeista sisältää sianrasvaa ja on täten sopimatonta muslimilapselle. Koraanin mukaan lasta tulisi imettää aina, kun se on nälkäinen, ja imetystä jatkaa kahteen ikävuoteen asti. (Brusila 2008: 96; Islamopas; Häninen – Atalay 2000: 3021.) Jo hyvin nuoret muslimilapset saattavat leikinomaisesti jäljitellä vanhempien rukousliikkeitä. Perheen kanssa olisikin hyvä keskustella uskonnon vaikutuksesta ja sen ilmenemismuotojen huomioimisesta hoitotyössä esimerkiksi paaston ja rukouksien mahdollistamisena. (Islamopas.) Paastoamiseen tulisi osallistua viimeistään 15 vuoden iässä, mutta sairaana ei paastoamiseen tarvitse ottaa osaa. Moni kuitenkin osallistuu siitä huolimatta. (Akar – Tiilikainen 2009: 36.)

Lapsen omaisten kanssa on hyvä keskustella vierailuajoista ja vierailijamäärästä, sillä islamin opetusten mukaan hyvän muslimin on käytävä sairaalassa katsomassa myös ei-niin-läheisiä tuttavita, mikä saattaa tuottaa käytännön hankaluuksia ahtaissa tiloissa, jos vierailijoita on paljon. (Brusila 2008: 76). Islamin pyhien kirjoitusten lukeminen ja sosiaalisten verkostojen tuki on muslimille tärkeää, joten suuriin vierailijamääriin tulisi pyrkiä suhtautumaan ymmärtäväisesti (Akar – Tiilikainen 2009: 37). Jos muslimilapsi tai nuori tai omainen ei keskustellessa ota katsekontaktia tai kättele, ei kyseessä välttämättä ole epäkunnioittava käytös, sillä käytetty kehonkieli eroaa muslimikulttuurissa suuresti verrattuna suomalaiseen kulttuuriin. Silmiin katsominen nähdään provosoivana ja epäkunnioittava, tuijottamista pidetään suorastaan seksuaalisen mielenkiinnon osoituksena. Vastakkaisen sukupuolen edustajaa ei islamin oppien mukaan tule kätellä. (Ensihoidon erikoislehti 2011.)

Mies on perheen pää ja vastaa perinteisesti käytännön asioiden hoitamisesta. Henkilökunnan tuleekin lähestyä ja puhutella ensimmäiseksi muslimiperheen miespuolista edustajaa, joka yleensä on perheen isä tai vanhin poika. (Serkkola – Allahwerdi 1998: 88.) Risto Tuomisen mukaan lääkeresepti saattaa esimerkiksi jäädä lunastamatta, jos se annetaan jollekin muulle perheenjäsenelle kuin isälle (Sariola 1998:1284). Nämä kulttuurilliset eroavaisuudet saattavat tuottaa hämmennystä toisesta kulttuurista peräisin olevien omaisten ja potilaiden kanssa toimiessa.

Hoitajan olisi hyvä tietää, että islaminusko kieltää muotokuvien sekä patsaiden muovamisen tai piirtämisen. Myös ihmisten tai eläinten kokovartalokuvien esillä pitäminen on kielletty. Esimerkiksi eläinhahmoiset lelut ja nuket ovat kuitenkin hyväksytyjä. Musiikin kuuntelussa tulisi muslimilapsen vanhempien kantaa tiedustella, sillä islaminuskokoiset

vanhemmat saattavat vierastaa musiikissa esiintyviä kristinuskoon liittyviä aiheita, vaikkapa joululauluja. (Moallin 2005: 104 - 105.)

6 Somaliperheen kohtaaminen hoitotyössä

Lähes jokainen somali on muslimi, mutta eroja on valtavasti siinä, miten sääntöjä noudatetaan ja tulkitaan. Somaliperheissä uskonnon merkitys on suomalaisen perheeseen verrattuna suuri. Suurin osa somalialaisista harjoittaa islaminuskontoa ja erityisesti sunni-suuntausta. Uskonto vaikuttaakin elämään sen kaikilla osa-alueilla. (Abdulkarim 2014; Mölsä – Tiilikainen 2007: 454.)

Perinteiset afrikkalaiset syvälle juurtuneet sukupuoliroolit ovat köyhyyden ohella suuri syy sille, miksi tyttöjen koulutus on vähäistä ja jää usein kesken. Mies on perheen pää ja naisen osana on olla ensisijaisesti äiti. Eräällä Namibian köyhälistöalueella 14-vuotiaista tytöistä 20 prosenttia tulee raskaaksi. Tällöin opettajat painostavat tyttöjä jättämään koulun kesken, vaikka laki ei siihen enää pakotakaan. Usein häpeä saa tyttölapsen keskeyttämään opintonsa viimeistään siinä vaiheessa, kun raskaus alkaa näkyä ulospäin. Lapsen saaminen nuorella iällä sitookin usein afrikkalaiset tytöt köyhyyden kierteeseen. Koulutetut naiset avioituvat myöhemmin, ja heillä on paremmat edellytykset huolehtia lastensa ravitsemuksesta ja terveydestä. Koulutuksen saaneet äidit siirtävät myös todennäköisesti kotikasvatuksessa oppinsa jälkipolville. YK:n vuosijulistuksen eräs tavoite onkin taata kaikille Afrikan lapsille sukupuoleen katsomatta peruskoulutus vuoteen 2015 mennessä. (Kekäläinen – Roos 2006: 22 - 25.)

Afrikkalaisessa terveydenhuollossa kansanparantajilla on edelleen tärkeä rooli. WHO:n arvion mukaan jopa 80 prosenttia afrikkalaisista käyttää perinteisiä hoitomenetelmiä joko yksinään tai modernien hoitomuotojen ohella. Toisaalta neljännes länsimaisen lääketieteen käyttämisestä lääkkeitä on kehitetty lääkekasvien pohjalta, ja WHO onkin tunnustanut perinteisen lääketieteen tärkeäksi terveydenhoidon osaksi. Kansanparantajat huomioivat myös potilaidensa sosiaalisen ja henkisen ympäristön sekä tuntevat vallitsevat kulttuurinormit ja tavat. Hoidon laatu vaihtelee kuitenkin suuresti, sillä kansanparantajilta ei monissa maissa vaadita minkäänlaista ammattitutkintoa joten kuka vain voi halutesaan esiintyä sellaisena. (Kekäläinen – Roos 2006: 13.)

Lasten ja nuorten ympärileikkaus on tavallista somalikulttuurissa. Suomen lainsäädäntö mahdollistaa poikalapsen ympärileikkaamisen tämän suostumuksella, mutta tyttöjen ympärileikkaaminen on rikos josta voi saada monen vuoden vankeusrangaistuksen. Myös lapsen vieminen toiseen maahan ympärileikkausta varten on rangaistavaa. (Infopankki 2014.) Tyttölasten ympärileikkaus on säilynyt vahvana itäafrikkalaisessa perinteessä, sillä kulttuuri puoltaa tapaa ja leikkaamatonta tyttöä pidetään likaisena ja kyvyttömänä kontrolloimaan himojaan. Ympärileikkauksen katsotaan toimivan myös neitsyyden taakkeena ja ulkoisten sukupuolielinten poistamisen katsotaan tekevän naisen hygieenisemmäksi, joten sosiaalinen paine sen toteuttamiseen on suuri. Pahimmillaan leikkaukselta säästynyt tyttölämpi jää aviottomaksi ja joutuu siten myös taloudellisesti huonoon asemaan. (Turku 2011; Brusila 2008: 118 - 119.) Ympärileikkaamisen vaarallisuudesta on tiedotettu Somaliassa jo 70-luvulta lähtien, mutta vanhat perinteet muuttuvat hitaasti. Ympärileikatut naiset saattavat kokea uudessa asuin maassaan toimenpidettä kohtaan ilmenevän ihmettelevän tai kauhisteleavan suhtautumisen loukkaavana ja kaipaisivat mieluummin tukea ja kulttuurisensitiivistä hoitoa. (Vainikainen 2002: 4115.)

Mölsä ja Tiilikainen (2007: 452 - 453) kuvaavat artikkelissaan kuinka ympäristönvaihdoksen myötä perinteiset suurperheet ovat hajonneet ja perhesuhteet muuttuvat vieraan kulttuurin vaikutuksesta. Länsimaiden tarkka minuuttiaikataulu sekä sairaaloiden moderni teknologia on monesti somalille outo kokemus, joka saattaa aiheuttaa jopa toimenpiteistä kieltäytymistä pelon vuoksi. Kirjallinen viestintä on myös somalikulttuurissa suhteellisen uutta ja suullinen kommunikaatio on edelleen tärkeässä roolissa. Tämän vuoksi esimerkiksi ajanvarauksista tulisi pyrkiä kertomaan myös suullisesti. Maahan muuttaneiden somalien yleinen tietämys lääkkeitä ja sairauksista on usein hyvin puutteellista; kotimaassaan he ovat saattaneet tottua siihen, että antibiootteja voi ostaa vapaasti apteekista eikä haittavaikutuksista ole tietoa.

6.1 Aikakäsitys afrikkalaisessa kulttuurissa

Uskonto vaikuttaa yksilön elämäkatsomukseen ja sitä kautta myös aikakäsityksiin. Eroavat aikakäsitykset ja arvomaailmat saattava luoda ongelmia kulttuurien välisessä kanssakäymisessä, kun toisen toimintatapaa ei ymmärretä. Moniaikaisissa kulttuureissa joihin lukeutuu muun muassa Aasia ja suuri osa Afrikkaa, aikakäsitys on melko ylimalkainen, myöhästely tavallista eikä täsmällisyysodotuksia juurikaan ole. (Turku 2007.) Aikakäsitys on virtaava, aika nähdään loputtomana ja asiat jotka jäävät tekemättä voidaan

aina jättää myöhemmäksi (Osuma 2007). Yksiaikainen, esimerkiksi Pohjois- ja Keskieurooppalainen kulttuuri sen sijaan painottaa täsmällisyyttä sekä tehokkuutta ja aikataulussa pysyminen nähdään itseisarvona. Näiden kulttuurillisten erojen ymmärtämättömyys voi luoda konflikteja. (Turku 2007.)

Jo toisen kulttuurin erilaisen aikakäsityksen tiedostaminen voi auttaa ristiriitatilanteiden välttämiseksi. Esimerkiksi päivähoitossa ilmeneviä aikakäsityseroja voi myös pyrkiä lieventämään tähdentämällä sovitussa ajassa pitäytymisen tärkeyttä sekä muistuttamalla perhettä ajankohdasta tarvittaessa suullisesti ja kirjallisesti. Viime kädessä myös lapsen etua voidaan käyttää perusteluna, sillä esimerkiksi säännöllinen päivähoito edistää lapsen suomenkielentaitoa ja ryhmään integroitumista. (Halme – Vataja 2011: 57 - 58.) Näiden asioiden huomioiminen myös sairaanhoidossa voi parantaa lapsen kokemusta hoidosta.

6.2 Somaliperheen lapsi sairaalassa

Somalikulttuuri rakentuu oppimisen kautta eikä se periydy biologisesti. Lapsi alkaa muovata kuvaa kulttuuristaan ja itsestään ympäristön palautteen ja reaktioiden perusteella. Vanhemmat ovat ensimmäinen kulttuurillinen esikuva jota lapsi peilaa ja joilta hän oppii jo varhain erilaisia toimintamalleja erilaisiin tilanteisiin. (Vartiainen-Ora 2007: 13.) Perinteinen somalialainen elämäntapa on myös hyvin yhteisökeskeinen, perhe käsitteenä on selvästi suomalaista ydinperhettä laajempi. Suurperhe toimii turvaverkkona ja perustuu vastavuoroisuuteen ja jonka kesken järjestetään lasten ja sairaiden hoitoon liittyvät asiat. Yhteisöön tukeudutaan kriisitilanteissa ja sairaalaan joutunutta lasta katsomaan tullut suuri joukko saattaa tulla henkilökunnalle yllätyksenä. Perheen tuki on perinteisesti tärkeä osa hoitoa. (Tiilikainen 2011: 1-3; Vainikainen 2002: 4114.)

Somalikulttuurissa on yhteneväisyyksiä suomalaiseen kulttuuriin ainakin siinä, että korkea kipukynnystä pidetään arvossa. Lapsen satuttaessa itsensä somaliperheen äiti pyrkii pysymään itse rauhallisena, puhdistaa lapsen haavan ja tarkistaa vaurion vakavuuden. Jos haava ei ole syvä, lasta rohkaistaan palaamaan leikkeihinsä ja kerrotaan kivun häviävän pian. Jo se, että äiti sanoo, ettei hätää ole voi riittää vähentämään lapsen kokemaa kipua. (Finnström – Söderhamn 2005: 423.) Sairaanhoidossa erilainen kulttuurillinen kehonkieli sekä yhteisen kielen puuttuminen saattaa hankaloittaa lapsen kivun tulkintaa ja sen hoito saattaa jäädä vajavaiseksi. (Niemi-Murola – Pöyhä: 49 - 50.) Myös

mielenterveysongelmista vaietaan usein molemmissa kulttuureissa (Vainikainen 2002: 4116).

Lastensuojelun käsikirjan (2012) mukaan murrosikää tai uhmaikää ei perinteisesti tunnusteta somalikulttuurissa samalla tavalla kuin länsimaissa. Maahanmuuton myötä Suomessa kasvaneet somalilapset läpikäyvät nämä murrosvaiheet normaalisti ikätovereidensa tavoin, mutta heidän vanhemmillaan ei välttämättä ole työkaluja nuoren tukemiseksi tässä elämänvaiheessa.

Somalikulttuurissa mies on perheen pää, ja hän on ensi kädessä vastuussa käytännön asioiden hoitamisesta kodin ulkopuolella. Isä hoitaa usein myös tulkkauksen neuvolaikäynneillä. Kielimuurin vuoksi hoitajan voikin olla mahdotonta tietää, saako muu perhe tiedon lapsen terveydentilasta sellaisena kun hän sen tarkoitti. (ETENE 2004: 30 - 31.) Tulkkauspalvelujen käyttö olisi tämän vuoksi suotavaa väärinymmärrysten välttämiseksi.

6.3 Käsihygienia

Opinnäytetyömme yhteistyöosastolla on noussut esiin käsihygienian ohjaamisen hankaluus afrikkalaistaustaisille perheille. Somalia kirjoitettuna kielenä on melko nuori ja kulttuurissa nimenomaan suullinen kansanperinne elää vahvana. Osa Suomeen muuttaneista somaleista ei osaa lukea tai kirjoittaa lainkaan. Tämän vuoksi olisi hygieniaohjaaminen tärkeää saada toteutetuksi kirjallisten ohjeiden lisäksi perheille myös suullisesti. Tulkkipalveluiden käyttö mahdollistaisi tämän, mutta käytännön hoitotyössä tulkkia saatetaan joutua odottamaan pitkiäkin aikoja eikä sitä ole aina edes saatavilla. (Mölsä – Tiilikainen 2007: 452 - 453; Vainikainen 2002: 4115.) Ammattitulkki on usein kuitenkin paras vaihtoehto, sillä he tuntevat kielen lisäksi myös kyseisen kielialueen tapakulttuuria (Sariola 1998: 1284).

Unicefin (2013) tietojen mukaan vain 29 prosentilla Somalian väestöstä on mahdollisuus puhtaaseen juomaveteen ja 41 - 66 prosentilla somalitalouksista ei ole lainkaan saippuaa. Jopa puolet alle viisivuotiaiden lasten ripulitapauksista ja neljäsosa hengitystautien oireista olisi ehkäistävissä pelkällä käsien saippuapesulla. Somaliassa joka viides lapsi kuolee ennen viidettä ikävuottaan kyseisiin tauteihin. Unicef lisää tietoisuutta käsihygienian tärkeydestä tautien ennaltaehkäisyssä, ja etenkin lasten kohdalla käsien pesusta yritetään tehdä rutiininomaista, jotta tautien leviämistä saadaan ehkäistyksi.

Sijaintinsa vuoksi Afrikan ilmasto eroaa suuresti Suomen oloista ja vettä joudutaan hakemaan kaukaakin käsivoimin eikä sitä välttämättä aina riitä peseytymiseen. Avustusjärjestöt pyrkivätkin jakamaan tietoa hygienian merkityksestä ja käsienpesun vaikutuksesta tautien leviämisen pysäyttämiseen (Unicef). Somalilapsen vanhemmat ovat monesti maahanmuuttajia jolloin hygieniatottumuksissa saattaa tämän vuoksi monesti olla parantamisen varaa ja puhtauskäsitkset eroavat huomattavasti länsimaiden tasosta. Tämä luo haasteita sairaalan hygieniaohjaukseen.

Vaikka alkoholin nauttiminen on Koraanissa jyrkästi kielletty, haavojen puhdistukseen ja käsien desinfiointiin voidaan kuitenkin käyttää alkoholipitoisia tuotteita (Hankonen 2010: 52). Uskontoa ei siis voida nähdä esteenä hyvän käsihygienian toteutumiselle.

7 Opinnäytetyöprosessi

Haimme joulukuussa 2013 toteuttamaan opinnäytetyötä Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa (TuLE) - hankkeeseen. Saimme saman kuukauden aikana tietää, että pääsimme projektiin. Hankkeen ensimmäisellä tapaamiskerralla tammikuussa jaoimme opinnäytetyön aiheet ja aiheeksemme varmistui Monikulttuurisuus lasten ja nuorten hoidotyössä. Helmikuussa aiheemme tarkentui, kun tapasimme yhteistyötahon yhdyshenkilön ensimmäisen kerran. Suunnittelimme ja toteutimme yhteistyöosastollemme osastotunnin ja teimme lisäksi aiheestamme posterin.

7.1 Osastotunnin suunnitteluun vaikuttava teorian tieto

Ruohotie (2000: 9) kuvaa ammatillista kasvua alati jatkuvana oppimisprosessina. Jatkuvaan oppimiseen sitoutuneet ihmiset reagoivat ajoissa muuttuneisiin tilanteisiin ennakoimalla niin ettei oppimisaukkoja pääse syntymään. Jotta yksilö voi vastata alati muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin, tulee hänen hankkia elämänuransa aikana lukuisia tietoja ja taitoja sekä päivittää osaamistaan jatkuvasti.

Engeströmin (1988: 63) teorian mukaan hyvä opetus sisältää niin sanotun täydellisen oppimisprosessin, joka sisältää motivoitumisen, orientoitumisen, sisäistämisen, ulkoistamisen, arvioinnin sekä kontrollin. Engeström (1988: 45 - 47) kuvaa motivointia mielenkiinnon heräämisestä opittavaa asiaa kohtaan. Orientoitumisessa oppija muodostaa tie-

toisen ennakkokuvan tai lähtökohtamallin, joka selittää ongelman ratkaisemiseen tarvittavan periaatteen ja tietorakenteen. Sisäistämisellä hän tarkoittaa, että aikaisemmin opittu ajattelu- tai toimintamalli kyetään joko muokkaamaan tai muuttamaan uuden tiedon avulla. Engeströmin mukaan ulkoistamisella tarkoitetaan, että opittavaa periaatetta sovelletaan käytännössä, jolloin ratkaistaan konkreettisia ongelmia. Teorian mukaan arviointivaiheessa oppija tarkastelee kriittisesti selitys- ja toimintamallin todenmukaisuutta ja pätevyyttä. Oppija havainnoi etäältä omaa oppimistaan kontrollivaiheessa, hän tunnistaa oppimistuloksissa esiintyvät virheet sekä vahvat puolet.

Terveyden edistämisen oppitunnilla lehtori Ylikahrin (2014) käyttämän luentomateriaalin pohjalta voidaan tilaisuuden suunnittelu jakaa kahdeksaan vaiheeseen. Ensin tulee huomioida käytettävissä oleva aika, resurssit sekä opetuksen tavoitteet. Näiden tulee olla sopusoinnussa keskenään, sillä yhden tekijän ollessa lukittuna tulee kahden muun olla siihen nähden tasapainossa. Suunnitelmassa tulee olla sopivasti tavoitteita suhteessa aikaan ja resursseihin. Seuraavaksi määritellään opetukselle tavoitteet ja hahmotetaan keskeinen sisältö. Tämän jälkeen valitaan parhaat menetelmät tavoitteisiin pääsemiseksi ja laaditaan aikataulu. Suunnitelma toteutetaan, toteutusta arvioidaan ja lopuksi mietitään mitä voitaisiin vielä kehittää.

Kolbin (1984) kehittämässä nelijakoisessa kokemuksellisen oppimisen mallissa yksilön omakohtainen kokemus toimii oppimisen pohjana ja sitä seuraa reflektointi eri näkökulmista. Abstraktissa käsitteellistämävaiheessa muokataan vanhoja käsitteitä ja luodaan uusia malleja sekä teorioita. Viimeisessä vaiheessa oppija testaa uusia malleja ja päätelmiään käytännössä. (Pylkkä.)

7.2 Asiantuntijakonsultaatio

Tapasimme asiantuntijaa ensimmäisen kerran hankkeen alussa maaliskuussa 2014. Tällöin keskustelimme opinnäytetyön rajauksesta ja osastolla havaituista ongelmista. Työelämän yhteyshenkilö kertoi osastolla havaitun ongelmia muun muassa siinä, että afrikkalaisesta kulttuurista peräisin olevat perheet eivät useinkaan saavu sovittuun aikaan paikalle. Lisäksi esiin nousi terveyden ja sairauden käsitteet islaminuskossa sekä käsihygienian ohjaamisen vaikeus somalitaustaisille perheille.

Keskustelun pohjalta rajasimme työmme aihepiiriksi seuraavat: aikakäsitys afrikkalaisessa kulttuurissa, pohjoisafrikkalaisen kulttuurin hygieniakäsitykset ja erityisesti käsihygieniä sekä islaminuskon terveys- ja sairauskäsitys. Työ olisi jäänyt melko suppeaksi tai tietoa ei olisi ollut riittävästi, jos olisimme valinneet vain yhden havaituista ongelmista, joten rajasimme aiheemme esitettyjen asioiden pohjalta kattamaan sekä muslimi- että somalikulttuuria. Sovimme tapaamisella myös osastotuntia varten kaksi erillistä aikaa siltä varalta, että toinen jostakin syystä peruuntuisi.

Toinen tapaaminen toteutui lokakuun 2014 alussa. Tällöin sovimme osastotunnin ajankohdan marraskuun alkuun ja keskustelimme käsihygieniaohtaukseen liittyvän motivoinnin vaikeudesta. Tapaamisten lisäksi olemme konsultoineet yhteyshenkilöä sähköpostitse useamman kerran työmme aiheen rajauksen ja osastotunnin tiimoilta. Suunniteltu kolmas tapaaminen jäi toteutumatta, mutta koimme, että sähköpostikonsultaation ohella kaksi tapaamiskertaa olivat riittäviä.

8 Osastotunti: Muslimi- ja somalikulttuurien edustajan kohtaaminen lasten ja nuorten hoitotyössä

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa osastotunti jonka toteutuksessa huomioidaan erityisesti yhteistyöosaston toiveet ja tarpeet. Työhön sisältyi suunnittelu- toteutus- ja arviointivaihe. Suunnitteluvaiheessa etsimme tietoa työn aiheesta ja koulutustilaisuuden järjestämisestä. Osastotunti toteutettiin sovittuna ajankohtana Power Point- esitystä hyödyntäen. Lopuksi arvioimme toteutunutta työtä ja pohdimme sen pohjalta kehittämisehdotuksia.

8.1 Osastotunnin suunnittelu

Osastotunnin tavoitteena oli lisätä kulttuurista kompetenssia tuomalla henkilökunnalle lisää tietoa islaminuskosta ja somialaisesta kulttuurista sekä tarjoamalla mahdollisuus syventää aiempaa tietämystä. Tarkoituksena oli saada kuulijat osallistumaan ja herättää heissä ajatuksia sekä keskustelua osastolla havaituista ristiriitatilanteista ja niiden mahdollisista syistä. Toteutimme osastotunnin Kolbin (1984) kokemusperustaista mallia hyödyntäen, sillä osastolla hoidetaan paljon somali- ja muslimitaustaisia potilaita ja halu-

simme hyödyntää myös henkilökunnan kokemuksia sekä osaamista sisällön suunnittelussa. Esityksessä käytiin läpi teoriaa sekä kolme kuvitteellista esimerkkitapausta. Ylikahrin (2014) materiaalien pohjalta pyrimme huomioimaan sen, että esityksen sisällössä tulee olla sopivasti tavoitteita suhteessa käytettävissä olevaan aikaan ja resursseihin. Määrittelimme esitykselle tavoitteet ja hahmotimme keskeisen sisällön, joka kattoi muslimi- ja somalikulttuurien erityispiirteet ja niiden huomioon ottamisen lasten ja nuorten hoitotyössä. Viimeiseksi mietimme parhaat menetelmät, joilla tavoitteisiin päästäisiin ja päädyimme käyttämään potilasesimerkkejä havainnollistamaan erilaisia kulttuurillisia ristiriitatilanteita. Laadimme aikataulun ja harjoittelimme esityksen läpi sen kestoa tarkkailen.

Osastotunnin pitämiseen oli varattu tunti aikaa ja esitys toteutettiin Power Point-esityksenä yhteistyöosaston kahvihuoneessa. Suunnittelimme jakavamme osallistujille esimerkkitapausten kuvaukset myös kirjallisina, jotta niiden seuraaminen olisi helpompaa. Emme tienneet esityksessä käytettävän tilan kokoa tai rakennetta ennalta, joten tämä hankaloitti tilaisuuden konkreettista suunnittelua.

8.2 Osastotunnin toteutus

Osastotunnilla tarkoituksena oli käsitellä muslimi- ja somalikulttuurien erityispiirteitä ja niiden huomioimista lasten ja nuorten hoitotyössä. Osastotunti toteutettiin Power Point-esityksenä (Liite 3) Case-tyyppisiä kuviteltuja potilasesimerkkejä hyödyntäen. Kerroimme ensin yleistä tietoa hankkeesta ja projektista, jonka jälkeen pyrimme esimerkkitapausten avulla osallistamaan kuulijoita esitykseen. Tarkoituksena oli herättää keskustelua hoitajien havaitsemista kulttuurillisista ristiriitatilanteista ja pohtia yhdessä heidän kanssaan niiden mahdollisia syitä sekä vaihtoehtoisia toimintamalleja tilanteisiin. Ja olimme osallistujille myös kirjallisena potilasesimerkit joihin he voivat halutessaan tehdä muistiinpanoja. Lopuksi pyysimme kuulijoita arvioimaan aiheen tarpeellisuutta sekä sitä tuliko esityksen aikana hoitajille uutta tietoa aiheesta.

8.3 Osastotunnin arviointi

Pidimme osastotunnin sovittuna ajankohtana 4.11.2014. Esitykseen oli varattu tunti ja osallistujamääräksi oli ennalta arvioitu kolmesta seitsemään henkilöä. Osallistujia oli seitsemän, joista kaksi poistuivat välillä työtehtäviin. Esitys kesti hieman yli 40 minuuttia,

joten varattu aika riitti hyvin. Pyrimme osastotunnin toteuttamisessa huomioimaan Engeströmin (1988) täydellisen oppimisprosessin mallin. Saimme kuuntelijoiden mielenkiinnon heräämään käyttämällä potilasesimerkkitapauksia ja rohkaisemalla heitä keskustelemaan aiheesta sekä omista kokemuksistaan. Saimme kuuntelijat osallistumaan esitykseen hyvin ja kertomaan myös omia kokemuksiaan. Monet esityksen yksityiskohdat herättivät keskustelua yleisön keskuudessa ja kuuntelijat esittivät myös meille kysymyksiä aiheesta. Kuulijat tekivät muistiinpanoja jaettuihin potilasesimerkkipapereihin. Kuten Engeströmin (1988) mallissa ilmenee, uuden tiedon myötä hoitajat pystyvät muokkaamaan ajattelutapojaan ja keskustelussa tulikin ilmi tapaus, jossa hoitaja vasta jälkeempäin uuden tiedon valossa ymmärsi erään perheen toimintaa. Uskomme, että henkilökunta tulee soveltamaan uutta tietoa käytännössä.

Ylikahrin (2014) luentomateriaalien pohjalta tilaisuuden jälkeen toteutusta tulisi arvioida ja lopuksi miettiä mitä voitaisiin vielä kehittää. Esityksen jälkeen pyysimme kuulijoita suullisesti arvioimaan sisällön hyödyllisyyttä sekä sitä saivatko he esityksestä uutta tietoa. Kaikki osallistujat kokivat aiheen erittäin hyödylliseksi ja oppivat esityksestä paljon uutta. Erityisesti vasemman käden käyttö islaminuskossa tuli monelle yllätyksenä ja aihe aiheuttikin vilkasta keskustelua. Pyysimme vielä suullista palautetta esityksen jälkeen, jolloin saimme erityistä kiitosta muun muassa selkeydestä ja kuvien sekä muiden tehosteiden käytöstä. Kuuntelijat kokivat, että mielenkiintoisessa esityksessä oli tarpeeksi tietoa ja potilastapaukset olivat sisällöltään kattavia sekä ajatuksia herättäviä. Mielestämme osastotunti sujui hyvin, mutta esitys olisi voinut olla hieman pidempi, sillä aikaa jäi yli. Väljä rakenne toimi kuitenkin hyvin, sillä keskusteluosuuden pituutta oli vaikea ennalta arvioida ja sisältöä oli sopivasti suhteessa käytettyyn aikaan ja resursseihin. Olimme mielestämme saaneet erityispiirteet kiteytettyä esitykseen hyvin.

Asiantuntijakontaktimme mielestä esitys oli onnistunut ja olennaiset asiat tiivistetty hyvin, lisäksi hän kiitti onnistuneesta yhteistyöstä opinnäytetyöprosessin aikana. Hän toivoi saavansa käyttämämme diaesityksen osaston käyttöön.

9 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa osastotunti kohdeosaston tarpeet ja toiveet huomioiden. Saavutimme nämä asettamamme tavoitteet. Osastotunnin esitys oli onnistunut ja kuulijoita oli paikalla odotettua enemmän. Esitys oli kattava ja herätti

kuuntelijoissa paljon keskustelua. Olemme opinnäytetyöprosessin aikana arvioineet itse omaa työtämme, lisäksi olemme saaneet ohjaavalta opettajalta palautetta ja kehittämisehdotuksia työhömmme liittyen. Asiantuntijakontakti toi työhömmme arvokkaan lisän tarjoamalla konkreettista tietoa hoitotyössä havaituista ongelmakohdista. Yhteistyömme sujui hyvin koko prosessin ajan.

Eettisesti hyväksyttävän opinnäytetyön tulee noudattaa tieteellisiä toimintatapoja, jonka kriteerejä ovat huolellisuus, tarkkuus ja rehellisyys. Jotta voidaan käyttää aikaisempia tutkimuksia tai teoksia, on niille annettava asianmukainen arvo merkitsemällä lähdeviitaukset oikeaoppisesti. Loukkauksina tieteellistä käytäntöä kohtaan voidaan pitää piittaamattomuutta sekä vilppiä. Piittaamattomuus tarkoittaa muiden tutkijoiden vähättelyä sekä tulosten puutteellista sekä huolimattonta kirjaamista. Vilppi ilmenee vääristelynä, anastamisena tai sepittämisenä. (Leino-Kilpi – Välimäki 2009: 364.) Olemme noudattaneet näitä eettisiä ohjeita työmme kirjallisen osuuden tuottamisessa sekä Power Pointesityksessä käytettyjen valokuvien alkuperän asianmukaisessa merkitsemisessä. Jätimme opinnäytetyössämme tietoisesti yhteistyöosaston sekä työelämän yhteyshenkilön tunnistetiedot mainitsematta. Keräsimme alkuperäisaineiston hakutulokset työn liitteessä olevaan taulukkoon (Liite 1 ja 2). Olemme paikoin käyttäneet useampia lähteitä varmistamaan tiedon todenperäisyyttä ja luotettavuutta.

Tutkijan henkilökohtaiset asenteet ja ennakkoluulot voivat vaikuttaa hänen suhtautumistapaansa tutkittavaa asiaa kohtaan. Näiden ennakkoasenteiden tunnistaminen on tärkeää, jotta ne eivät pääse vaikuttamaan työhön. (Leino-Kilpi – Välimäki 2009: 370.) Olemme tunnistaneet itsessämme ennakkoluuloja monikulttuurisuutta kohtaan ja keskustelemalla karistaneet näiden seikkojen vaikutusta aiheen parissa työskentelyyn. Tiedon karttuessa myös oma suhtautumisemme on muuttunut avoimemmaksi. Koemme, että ennakkoluulot eivät ole vaikuttaneet työskentelyymme.

Evaluaatiolla tarkoitetaan seurantaa ja arviointia, jolloin hankkeen toteutumista tarkastellaan muun muassa tavoitteiden ja projektin ohjaamisen näkökulmasta (Seppänen-Järvelä 1999: 90). Realistisen evaluaation keskeiset tekijät ovat vilpittömyys, hyödynnettävyys, osaaminen, vaikuttavuus ja uskottavuus. Kehittämishanketta ei voida pitää vaikuttavana, jos se ei vaikuta mihinkään, edes osallistujien oppimiskokemuksiin. (Anttila 2007: 148.) Olemme työmme lähdeaineistoa valitessa kiinnittäneet erityistä huomiota aineiston luotettavuuteen ja ajantasaisuuteen. Käytimme muun muassa useampia lähteitä saman tiedon todenperäisyyden varmentamiseksi. Evaluaation keskeiset tekijät on

niin ikään huomioitu työmme toteutuksessa, ja kaikkien työssä esitettyyn tietoon on olemassa lähde tai perustelu. Koska julkaistu työ on kaikkien saatavilla, voi kuka tahansa käyttää työtämme tiedonlähteenään.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli lisätä hoitotyöntekijöiden kulttuurillista kompetenssia ja edistää hoidon laatua. Työprosessin pituus vaikutti siihen, että aktiivisuus vaihteli suuresti vuoden mittaisen projektin aikana. Olemme työstäneet opinnäytetyötä yksinomaan parityöskentelynä jakamatta tehtäviä tai osa-alueita. Projektityöskentely ja luotettavan tiedon etsiminen on opinnäytetyöprosessin aikana tullut tutuksi ja olemme lisäksi saaneet toteuttaa itseämme kirjoittajina. Olemme ottaneet vastuun työn toteutuksesta ja aikataulutuksesta sekä ratkaisseet vastaan tulleet ongelmat itsenäisesti. Vuorovaikutustaitomme ovat lisääntyneet asiantuntijakontaktin kautta sekä osastotunnin pitämisen myötä. Myös keskinäinen kunnioitus toisen mielipiteitä ja ajatuksia kohtaan on kasvanut. Opimme projektin aikana olemaan joustavia ja tekemään kompromisseja, mutta myös avarakatseisuus hoitotyöntekijänä sekä ymmärrys kulttuurillisten piirteiden tärkeydestä lisääntyi. On erittäin tärkeää huomioida ihmisten erilaisuus ja kunnioittaa heidän periaatteitaan omasta vakaumuksesta riippumatta. Asioita tulee katsoa monesta näkökulmasta ja näin pyrkiä takaamaan jokaiselle kulttuurista tai uskonnosta riippumatta laadukasta hoitoa. Saimme paljon uutta ja hyödyllistä tietoa muslimi- ja somalikulttuureista ja niiden huomioimisesta hoitotyössä. Näitä tietoja ja taitoja tulemme varmasti itsekkin hyödyntämään hoitotyössä.

Kohdeosaston henkilökunta sai osastotunnin kautta muslimi- ja somalikulttuureista tietoa, joka vaikuttaa hoitotyöhön ja parantaa sen laatua lisäämällä hoitohenkilökunnan kulttuurista kompetenssia. Tällä pyritään takaamaan, että eri kulttuuripiireistä tulevia henkilöitä kohdellaan tasavertaisina ja heidän kulttuurilliset sekä uskonnolliset erityispiirteensä otetaan huomioon hoitotyössä. Kun asiakasta kohdellaan arvostavasti, hän kokee saamansa hoidon paremmaksi ja henkilökunnan toiminnasta välittyy kunnioitus potilasta kohtaan. Vaikka aihe oli rajattu lasten ja nuorten hoitotyöhön, on työmme tuloksista hyötyä muillakin hoitotyön osa-alueilla. Opinnäytetyömme ydinsisältö on helposti löydettävissä ja kaikkien saatavilla.

Maahanmuutto on yleistynyt valtavasti viime vuosikymmenien aikana ja lisääntyy edelleen. Tutkittua tietoa monikulttuurisuudesta on kuitenkin vielä suhteellisen vähän varsinkin hoitotyössä. Koulutusten avulla voitaisiin parantaa hoidon laatua ja täten lisätä hoito-

työntekijöiden kulttuurista kompetenssia. Kohdeosastollamme on ilmennyt haasteellisuutta afrikkalaistaustaisten maahanmuuttajien hyvän käsihygienian motivoinnin onnistumisessa. Emme löytäneet aiheesta tutkittua tietoa, ja jo olemassa oleva tieto kohdistui Afrikassa avustusjärjestöjen suorittamaan hygieniaohjaukseen. Tämä voisi olla mielenkiintoinen tutkimusaihe tulevaisuudessa.

Lähteet

- Abdelhamid, Pirkko – Juntunen, Anitta – Koskinen, Liisa 2009. Monikulttuurinen hoito-työ. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Abdulkarim, Maryan 2014. Somalialainen kulttuuri. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus/somalialainen-kulttuuri>> Luettu 13.10.2014.
- Akar, Sylvia – Tiilikainen, Maria 2004. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Väestötietosarja 13. Helsinki: Väestöliitto.
- Akar, Sylvia – Tiilikainen, Maria 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestötietosarja 20. Väestöliitto.
- Anttila, Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: Painotyö Juvanes Print.
- Brusila, Pirkko 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Helsinki: Duodecim.
- Campbell, Anne 2006. Spiritual care for sick children of five world faiths. Paediatric nursing 18 (10). 22-25.
- Cools, Carine – Kahla, Elina – Tuominen, Risto 1998. Kasvotusten potilaan kanssa. Teoksessa Tuominen, Risto (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva.WSOY.34-47.
- Engeström, Yrjö 1988. Perustietoa opetuksesta. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Ensihoidon erikoislehti 2011. Muslimi maahanmuuttajana. Verkkodokumentti. <http://www.ensihoidontiedotus.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64:muslimi-maahanmuuttajana&catid=4:jutut&Itemid=9> Luettu 20.8.2014.
- ETENE 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistopaino.
- Festini, Filippo – Focardi, Stella – Bisogni, Sofia – Mannini, Claudia – Neri, Stella 2009. Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy. Journal of Nursing Scholarship 41 (2).220-227.
- Finnström, Berit – Söderhamn, Olle 2005. Conceptions of pain among Somali women. Journal of Advanced Nursing 54(4). 418-425.
- Halme, Katjamarja – Vataja, Anita 2011. Monikulttuurinen varhaiskasvatus ja esiopetus. Helsinki: Tammi.
- Hallenberg, Helena 2006. Terveys ja sairaus islamin maailmassa. Suomen Lääkärilehti 18/2006 Vsk 61. 2019-2023.
- Hankonen, Riitta 2010. Muslimi potilaana. Tehy-lehti. 7/2010. 52.

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hermanson, Elina – Lommi, Anni 2009. Maahanmuuttajataustaiset nuoret haaste kouluterveydenhuollolle. Suomen Lääkärilehti 11/2009. Vsk 64. 1009-1015.

Hänninen, Osmo – Atalay, Mustafa 2000. Islamin terveysohjeet. Suomen Lääkärilehti 31/2000 vsk 55. 3020-3021.

Hus. Lasten ja nuorten sairaanhoito. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/Sivut/default.aspx>> Luettu 19.8.2014.

Infopankki 2014. Ympärileikkaus. Verkkodokumentti. <<http://www.info-pankki.fi/fi/elama-suomessa/terveys/lapsen-terveys>> Luettu 19. 8. 2014.

Islamopas. Verkkodokumentti. <<http://www.islamopas.com/varden.html>>. Luettu 21.3.2014.

Jenko, Mimi – Moffitt, Susan Raye 2006. Transcultural Nursing Principles. Journal of Hospice and palliative nursing 8 (3). 172-180.

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2013. Verkkodokumentti. <<http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamisty/>>. Luettu 10.1.2014.

Jyväskylän yliopisto Kielikeskus. Verkkodokumentti. <https://kielikompassi.jyu.fi/puheviestinta/tietomajakka/maja_perusteita_maaritely_koodit.shtml>. Luettu 13.2.2014.

Kela. 2014. Ulkomailta tulevien sairaanhoito Suomessa. Verkkodokumentti. <http://www.kela.fi/documents/10180/1169656/Kela_esite_ulkomaalaisen+_sairaanhoito_012014.pdf/19a5042b-8096-4db8-aaf8-0d8d03618661> Luettu 12.2.2014.

Kekäläinen, Annu – Roos, Jonna 2006. Päiväntasaajan valo ja varjot. Väestötietosarja. 15. 1-36.

Korhonen, Vesa – Puukari, Sauli 2013. Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Lastensuojelun käsikirja 2012. Somialainen kulttuuri. Verkkodokumentti. <http://www.sosiaaliporssi.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus/somialainen_kulttuuri/> Luettu 19.8.2014.

Laiti, Malla 2008. Potilaana romani - kuinka huomioin kulttuurin? Suomen Lääkärilehti 46/2008 vsk 63. 4025-4026.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Maïche, Abdel-Ghani 2013. Muslimi potilaana ja asiakkaana Suomessa. Helsinki: Into Kustannus Oy.

Moallin, Mohammed 2005. Islam ja perhe. Teoksessa Alitolppa-Niitamo, Anne – Söderling, Ismo – Fågel, Stina (toim.) Olemme muuttaneet. Helsinki: Väestöliitto. 96-106

Mulder, Riikka 2013. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Pro gradu - tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Terveystieteiden yksikkö.

Mäki, Kalle 2003. Ihmiskäsitykset sairaus- ja hoitokäsitysten taustalla. Suomen Lääkärilehti. 16-17/2003 vsk 58.1933-1934.

Mölsä, Mulki – Tiilikainen, Marja 2007. Potilaana somali. Duodecim 2007;123. 451-456.

Niemi-Murola, Leila – Pöyhiä, Reino. Kipu, kieli ja kulttuuri. Finnanest. 48-51.

Osuma. 2007. Maahanmuuttajat työpaikalla. Opas monikulttuurisiin kohtaamisiin. Verkkodokumentti. <<http://www.salpaus.fi/esittely/projektit/paattyneet-projektit/Documents/Maahanmuuttajat%20ty%C3%B6paikalla%20opas%202007.pdf>> Luettu 24.3.2014.

Puustinen, Raimo 1994. Islam ja lääkintäetiikka - käytännön näkökohtia. Suomen Lääkärilehti 28/1994 vsk 49.2808.

Pylkkä, Outi. Oppimiskäsitykset. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. <<http://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskasitykset/oppimiskasityksista-oppimisen-ohjaamiseen/kokemuksellinen-oppiminen-ja-oppimisen-ohjaaminen/>> Luettu 14.10.2014.

Rugsaken, Kris 2006. Body Speaks: Body language around the world. Verkkodokumentti. <<http://www.nacada.ksu.edu/Resources/Clearinghouse/View-Articles/body-speaks.aspx>> Luettu 13.2.2014.

Ruhotie, Pekka 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Porvoo: WSOY.

Sariola, Suvi 1998. Sukulainen on hyvä tuki mutta huono tulkki ulkomaalaiselle potilaalle. Suomen Lääkärilehti. 11/1998 vsk 53.1284.

Salmela, Marja 2014. Tulevaisuus lasten Erikoissairaanhoidossa-hanke. Luentomateriaali. Opinnäytetyön aloitusseminaari 8.1.2014 Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Seppänen, Anne 2008. Syntymän värikäs ihme. Suomen Lääkärilehti 43/2008. Vsk 63. 3632-3634.

Seppänen-Järvelä, Riitta 1999. Kehittämistyö ja arviointi. Teoksessa Eräsaari, Risto – Lindqvist, Tuija – Mäntysaari, Mikko – Rajavaara, Marketta (toim.) Arviointi ja asiantuntijuus. Tampere. Tammer-Paino Oy 90-105.

Serkkola, Ari – Allahwerdi, Helena 1998. Islamin jälkiä terveydenhoidossa. Teoksessa Tuominen, Risto (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva. WSOY 76-91.

Tiilikainen, Marja 2011. Somalialainen perhe- ja tapakulttuuri. Kontiolahti. Helsingin yliopisto. 1-3.

Tilastokeskus. 2011. Kulttuuritilasto. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/isbn_978-952-244-320-5.pdf> Luettu 20.3.2014.

Tilastokeskus. 2013. Verkkodokumentti.

<http://tilastokeskus.fi/til/rajat/2012/02/rajat_2012_02_2013-03-20_tie_001_fi.html> Luettu 12.2.2014.

Tilastokeskus. 2013. Verkkodokumentti.

< http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#ulkomaidenkansalaiset> Luettu 20.3.2014.

Toikkanen, Ulla 2010. Pyydätkö potilasta riisuutumaan? Suomen Lääkärilehti 18/2010 vsk 65 1598-1601.

Tuppurainen, Marketta 2001. Millaista on seksuaalisuus eri kulttuureissa? Suomen Lääkärilehti 42/2001 vsk 56 4309-4310.

Turku. 2007. Verkkodokumentti. <<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=13073&culture=fi-FI&contentlan=1>> Luettu 24.3.2014.

Turku. 2011. Verkkodokumentti. <<http://www.turku.fi/public/default.aspx?nodeid=13046>> Luettu 20.8.2014.

Turun yliopisto. Verkkodokumentti. <<https://www.utu.fi/fi/yksikot/hum/yksikot/ktmt/opiskelu/ohjeet/Sivut/Miten-teen-kirjallisuuskatsauksen.aspx>> Luettu 10.4.2014.

Unicef 2013. On Global handwashing day, UNICEF focuses on creating awareness about the link between hand washing and Polio prevention in Somalia. Verkkodokumentti. <http://www.unicef.org/somalia/media_13681.html> Luettu 1.10.2014.

Unicef. Vesi, sanitaatio ja hygienia. Verkkodokumentti. < <https://www.unicef.fi/unicef/tyomme-paakohteet/terveys/vesi/>> Luettu 21.8.2014.

Vainikainen, Tuula 2002. Kulttuurien kohtaamisessa auttaa kysyminen ja ymmärtäminen. Suomen Lääkärilehti 41/2002 vsk 57 4114-4116.

Valvira. 2014. Verkkodokumentti.

<http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet>. Luettu 23.1.2014.

Vartiainen-Ora, Päivi 2007. Erilaisuus sallittu. Verkkodokumentti. <<http://www.sak.fi/aineistot/julkaisut/esitteet-ja-julkaisusarja/erilaisuus-sallittu>> Luettu 24.3.2014.

Väestöliitto. 2014. Verkkodokumentti.

<http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkeja/tilastotietoa/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/>. Luettu 23.1.2014.

Watt, Sigrid – Norton, Diane 2004. Culture, ethnicity, race: what's the difference? Pediatric Nursing 16 (8). 37-42.

Wellman. 2009. Kulttuurinen pätevyys on erikoisosaamista. Verkkodokumentti.

<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4_2009/muut_artikkelit/kulttuurinen_patevyys_on_erikois/> Luettu 13.2.2014.

Ylikahri, Kati 2014. Ryhmä terveyden edistämisen työmenetelmänä. Luentomateriaali. Terveyden edistämisen luento 9.10.2014 Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Liite 1 Tiedonhaku-aulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Hyväksytty otsikoinnin perusteella	Hyväksytty tiivistelmän perusteella	Hyväksytty aineistoon
Medic	hoito AND monikult*	Asiasanojen synonyymit käytössä. suomalaiset asiasanat.	41	9	1	1 (hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi)
	lapsen hoidot* AND monikult*	Asiasanojen synonyymit käytössä, vuosiväli: 2005-2014 Suomalaiset asiasanat.	55	17	2	2 (maahanmuuttajanuoret haaste terveydenhuollolle ja syntymän värikäs ihme)
	"Nursing Care" "kulttuurinen kyvykkyys" AND monikulttuuri*	Vuosiväli 2004- kaikki asiasanat	26	2	1	1 (maahanmuuttajat pakottavat näkemään monikulttuurisuuden haasteet)
	perh* hoidot* AND monikult*	Vuosiväli 2005-2014 Asiasanojen synonyymit	61	1	0	0

		käytössä, kaikki asiasanat				
Cinahl	pediatric AND nurs- ing AND multicul- tural	Vuosiväli 2006-2013	6	0	0	0
	multicul- tural AND nursing AND family	Vuosiväli 2006-2013	30	1	1	1 (transcultural nursing principles)
Medic	Cultural AND family	21	5	2	1	1 (potilaana romani, kuinka huomioon kulttuurin?)
Tieto- kanta	Hakusanat	Rajaukset	Osu- mat	Hyväk- sytty ot- sikoinnin perus- teella	Hyväk- sytty tii- vistelmän perus- teella	Hyväksytty aineis- toon
Cinahl	transcul- tural AND nursing AND chil- dren	Vuosiväli 2006-2013	31	3	1	1 (Spiritual care for sick children of five world faiths)
	transcul- tural AND nurses AND pedi- atric	Vuosiväli 2006-2013 Full text only	2	2	1	1 (Providing Trans- cultural to Children and Parents: An Ex- ploratory Study From Italy)
	Multicul- tural nurs- ing OR transcul-	2004-2013 Full text only	21	2	1	1 (culture, ethnicity, race, what's the dif- ference?)

	tural nursing AND pediatric					
	Family health AND transcultural	2005-2014	1	1	1	1(good family syndrome)

Alkuperäisaineiston hakutulokset

Artikkelin nimi	Julkaisupaikka ja -aika	Tekijät	Ydinsisältö
Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study From Italy	Journal of Nursing Scholarship, 2009; 41:2	Filippo Festini, Stella Focardi, Sofia Bisogni, Claudia Mannini, Stella Neri	Tutkimus selvittää hoitajien asenteita ja ongelmia kulttuurillisessa kohtaamisessa ja kieli-aidon merkitystä asenteisiin
Culture, ethnicity, race: what's the difference?	Paediatric Nursing 2004	Sigrid Watt, Diane Norton	Tutkimus hoitajien kohtaamista haasteista koettaessaan tarjota kulttuurillisesti oikeanlaista hoitoa monikulttuurisessa yhteiskunnassa. Käsitteiden "kulttuuri", "etnisyys" ja "rotu" ero.
Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi	Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede Toukokuu 2013	Riikka Mulder	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kulttuurista osaamista, saada tietoa kulttuuriseen kompetenssiin yhteydessä olevista tekijöistä sekä hoitotyöntekijöiden kulttuurisesta osaamisesta.
Maahanmuuttajataustaiset nuoret haaste kouluterveydenhuollolle	Suomen Lääkäri-lehti 11/2009 vsk 64	Hermanson Elina, Lommi Anni	Tutkimuksessa tarkasteltiin tilannetta koulu-

			terveystarkastuksia tekevän lääkärin näkökulmasta.
Potilaana romani - kuinka huomioin kulttuurin	Suomen Lääkäri-lehti 46/2008 vsk 63	Laiti, Malla	Artikkelissa käydään läpi romanikulttuurin erityispiirteitä, joita hoitohenkilökunta voisi huomioida työskentelyssään.
Spiritual care for sick children of five world faiths	Paediatric nursing December vol 18 no 10	Campbell Anne	Artikkelissa käsitellään eri uskontojen erityispiirteistä.



Emilia Stromer

Tiina Tikka

TuLe-hanke = Tulevaisuus lasten erikoissairaanhoidossa

Yhteistyössä:

HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö

sekä Metropolia ammattikorkeakoulun Hoitotyön koulutusohjelma.

TuLe-hankkeen tavoitteena on:

- ▶ Lasten, nuorten ja perheiden hoitotyön osaamisen kehittyminen ja sen oppiminen
- ▶ Lapsen ja perheen voimavaroja vahvistava verkostomainen työskentely
- ▶ Yhtenäiset hoitokäytännöt ja saumattomat hoitopolut lasten erikoissairaanhoidossa
- ▶ Lapsi- ja perhelähtöinen hoitotyö

Opinnäytetyömme aihe

- ▶ Opinnäytetyömme on kehittämistyö eli käytännön näkökulmasta tehty työ
- ▶ Aiheet nousevat työelämästä
- ▶ Työ toteutetaan yhteistyössä yhteistyöosaston kanssa osaston toiveet huomioiden
 - Käsihygienian ohjauksen vaikeus somaliperheille
 - Aikakäsitys afrikkalaisessa kulttuurissa
 - Islamin käsitys terveydestä ja sairaudesta

➔ Aiheeksi rajautui muslimi- ja somalikulttuurin erityispiirteet ja niiden huomioiminen lasten ja nuorten hoitotyössä



Muslimi ja somali

- ▶ Islaminuskoisia eli muslimeja on Suomessa yli 40 000
- ▶ Somalian kansalaisia on Suomessa yli 7000



Miksi aihe on tärkeä?

- ▶ Hoitotyöntekijöiden kulttuurituntemuksen lisäämisen voidaan katsoa sujuvoittavan hoitotyötä ja olevan näin eduksi kaikille osapuolille
- ▶ Tärkeimpänä tavoitteena voidaan pitää hoidon laadun edistäminen ja turvaaminen tuomalla uutta tietoa sekä syventämällä jo olemassa olevaa
- ▶ Jotta toisesta kulttuurista tuleva henkilö ei tuntisi itseään huonosti kohdelluksi tai väärinymmärretyksi, olisi hoitohenkilökunnan hyvä tietää edes joitakin kulttuuriin liittyviä erityispiirteitä
- ▶ Lisäkoulutuksella on todettu olevan vaikutusta hoitohenkilökunnan kulttuurilliseen osaamiseen sekä ennakkoluulottomuuteen

Kulttuurinen kompetenssi eli pätevyys

- ▶ Voidaan nähdä taitona tai kykynä kohdata toisesta kulttuuritaustasta peräisin oleva henkilö tasavertaisena
- ▶ Lisäksi siinä ilmenee muun muassa erilaisuuden arvostaminen, ihmisarvon kunnioittaminen sekä tasa-arvon edistäminen



Sanallinen viestintä

- ▶ Kielellisen kommunikaation tyyli vaihtelee suoran ja epäsuoran välillä
- ▶ Suora kommunikaatio on tyypillistä länsimaiselle kulttuurille kun taas esimerkiksi aasialaisessa kulttuurissa kanssakäyminen on usein epäsuoraa
- ▶ Näiden viestintätapojen edustajien välille voi tulla väärinymmärryksiä, jos eroja ei ymmärretä
- ▶ Sanotun toistamista, äänenpainoa ja taukoja puheessa voi käyttää kommunikaatiokeinoina → tämä tehostaa viestintää

Sanaton viestintä

- ▶ Yli 65% kommunikaatiosta tapahtuu sanatonta viestintää käyttäen
- ▶ Eri kulttuureissa ja maissa käytetty kehonkieli eroaa huomattavasti toisistaan
- ▶ Opitut tulkintatavat voivat johtaa väärinymmärryksiin
- ▶ Myös henkilökohtainen ”reviiri” vaihtelee suuresti kulttuureittain, suomalaisilla esimerkiksi oma tila on hyvin laaja

Case 1: Muslimin kohtaaminen

Potilaana on 16-vuotias uskonnollisesta perheestä tuleva muslimipoika, joka on hoidossa tulehtuneen umpisuolen vuoksi. Umpisuoli on leikattu edellisenä päivänä ja poika toipunut toimenpiteestä hyvin.

Hän on kuitenkin surullinen ja ahdistuneen oloinen sekä rukoilee useasti päivän mittaan ja viipyy kylpyhuoneessa aina pitkään ennen rukoilemista.

Poika ei ole suostunut syömään koko päivänä, vaikka hoitajat ovat tarjonneet hänelle ruokaa useaan otteeseen. Poika ei ole myöskään suostunut ottamaan suun kautta lääkkeitä.

Finnmatkat

Case 1: Muslimin kohtaaminen

- ▶ Mitä tapauksesta tulee mieleen?
- ▶ Mihin kiinnität huomiota?



Case 1: Muslimin kohtaamisen erityispiirteitä

- ▶ Sairaus koetaan Allahin keinona ohjata tai rangaista syntistä teoistaan
- ▶ Harras muslimi rukoilee viidesti päivässä ja pesee kädet, jalat ja kasvot aina ennen rukousta
- ▶ Ramadan-paastokuukausi velvoittaa kaikki yli 15 vuotiaat terveet muslimit paastoamaan. Syödä saa vasta auringon laskun ja nousun välisenä aikana. Sairaiden ei tarvitsisi paastota, mutta siitä huolimatta he haluavat usein osallistua paastoon
- ▶ Voisiko suun kautta otettavia lääkkeitä vaihtaa esimerkiksi suonensisäisiksi?

Case 2: Somalikulttuurin edustajat sairaalassa

Kymmenen vuotta Suomessa asunut 14 vuotias somalityttö Maryamin piti saapua perheineen vastaanotolle klo 10, mutta he saapuvat paikalle kuitenkin vasta klo 11.30. Perheen ottaa vastaan hieman tuottuneen oloinen hoitaja. Myös Maryamin isän serkku perheineen ja lapsen isovanhemmat ovat mukana.

Maryamilla on pitkittynyt yskä, jota jatkunut kuusi viikkoa. Miespuolinen lääkäri pyytää perheen tytärtä riisumaan paitansa, jotta voi kuunnella tämän keuhkoja, mutta tyttö kieltäytyy. Maryamin isä kertoo myös tyttären käyttäytyvän todella huonosti eikä tottele vanhempiaan. Maryamin mielialat vaihtelevat paljon ja hän on alkanut kapinoida vanhempiaan vastaan. Vanhemmat eivät ymmärrä mikä tytärtä vaivaa.

Case 2: Somalikulttuuri

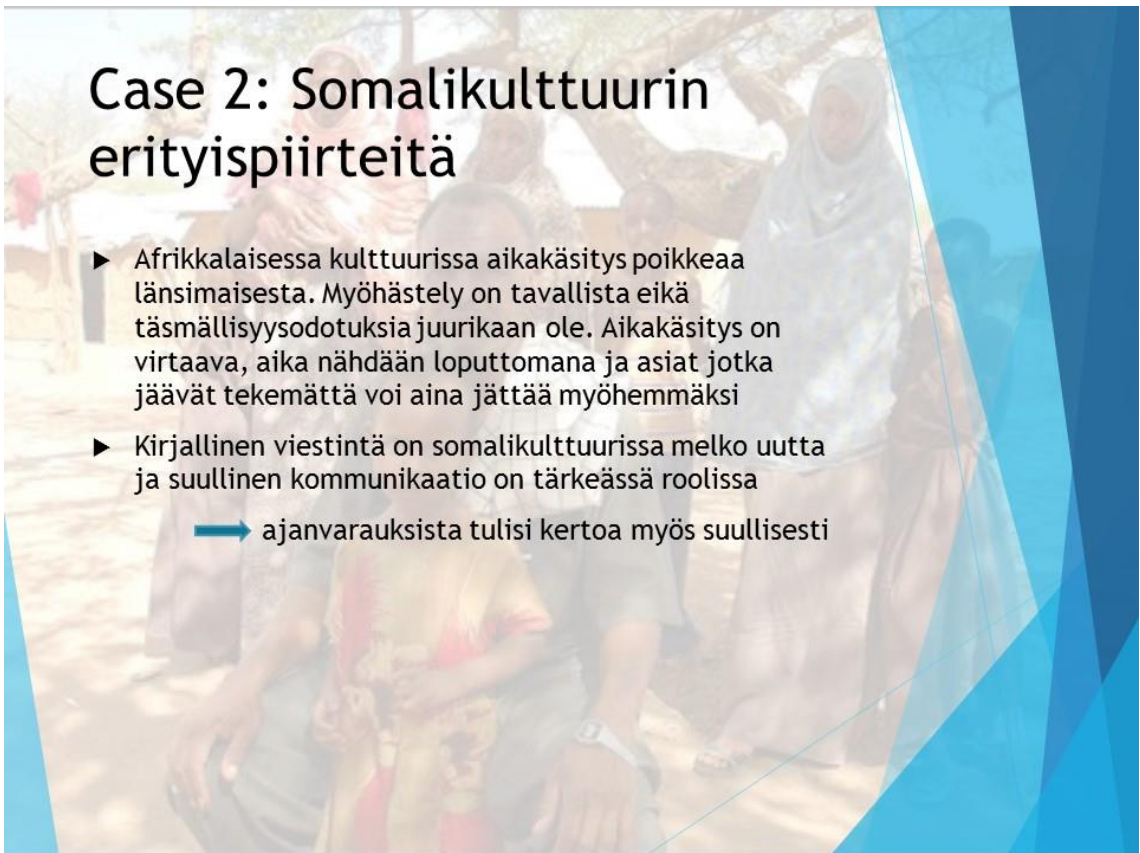
- ▶ Mitä ajatuksia tapaus herättää?
- ▶ Mihin kiinnität huomiota?



Wallpapers

Case 2: Somalikulttuurin erityispiirteitä

- ▶ Afrikkalaisessa kulttuurissa aikakäsitys poikkeaa länsimaisesta. Myöhästely on tavallista eikä täsmällisyysodotuksia juurikaan ole. Aikakäsitys on virtaava, aika nähdään loputtomana ja asiat jotka jäävät tekemättä voi aina jättää myöhemmäksi
- ▶ Kirjallinen viestintä on somalikulttuurissa melko uutta ja suullinen kommunikaatio on tärkeässä roolissa
 - ajanvarauksista tulisi kertoa myös suullisesti



Case 2: Somalikulttuurin erityispiirteet jatkuu..

- ▶ Yhteisöllisyys on tärkeää somalikulttuurissa ja perhekäsitys on suomalaista ydinperhettä suurempi
- ▶ Yhteisöön tukeudutaan kriisitilanteissa ja sairaalaan joutunutta lasta saatetaan tulla katsomaan suurin joukoin. Perheen tuki on perinteisesti tärkeä osa hoitoa.
- ▶ Lähes jokainen somali on islaminuskoinen ja tästä johtuen alastomuus on vierasta jopa perheen keskuudessa
- ▶ Parasta olisi, jos hoitohenkilökunta olisi samaa sukupuolta kun potilas
- ▶ Tutkimuksissa muistettava hienotunteisuus ja pyrittävä varmistamaan ettei huoneeseen tule ulkopuolisia kesken tutkimuksen
- ▶ Luottamusta lisäisi se, että potilaalle/perheelle kerrottaisiin etukäteen ketkä osallistuvat hänen hoitoonsa
- ▶ Murros- tai uhmaikää ei perinteisesti tunnisteta somalikulttuurissa. Suomessa kasvaneet somalilapset läpikäyvät nämä murrosvaiheet normaalisti, mutta heidän vanhemmillaan ei ole työkaluja nuoren tukemiseksi tässä elämänvaiheessa.

Case 3: Muslimiperheen kohtaaminen

Osastolle on saapunut islaminuskoinen somaliperhe, johon kuuluu isä Mohammed, äiti Layla sekä tytär Aidah 6v ja poika Amin 2v. Perhe on hakeutunut hoitoon Aidahin kovan vatsakivun vuoksi.

Huoneeseen tulee hoitaja, joka ensi töikseen tervehtii iloisesti perheen äitiä. Hän juttelee Aidahille rauhoittavasti ja silittää samalla pikkuväljen päätä vasemmalla kädellä. Hoitaja kiinnittää huomiota siihen, että perhe ei ota katsekontaktia häneen ja ihmettelee tätä. Perheen isä vaikuttaa tuohtuneelta. Hoitaja huomaa tämän ja esittäytyy kättelemällä sekä syvälle silmiin katsoen. Mohammed kavahtaa kosketusta ja perääntyy loukkaantuneen oloisena.

Lääkäri saapuu huoneeseen. Hänen kysellessä Aidahin oireita isä vastailee tyttären puolesta ja vähättelee tytön vatsakipua.

Lääkäri pyytää isää ja poikaa poistumaan paikalta tutkimuksen ajaksi. Isä ei poistu paikalta.

Case 3: Muslimiperhe

- ▶ Mikä meni vikaan?
- ▶ Mitä ajatuksia heräsi?
- ▶ Mihin kiinnität huomiota?
- ▶ Miksi isä ei poistunut paikalta?

Case 3: Muslimiperheen erityispiirteet

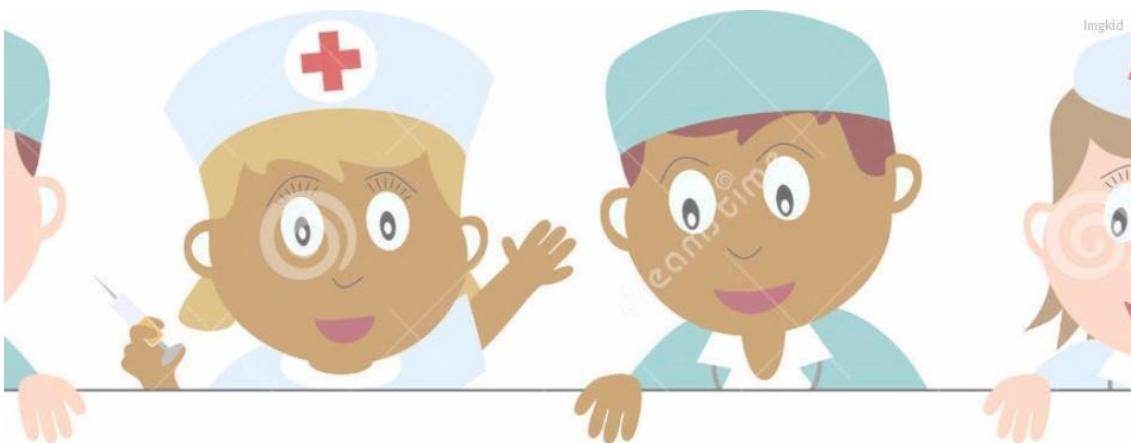
- ▶ Koraanin ohjeiden mukaan vasen käsi liitetään muslimikulttuurissa wc-asiointiin ja koetaan siksi likaisena
- ▶ Islamin oppien mukaan vastakkaisen sukupuolen edustajaa ei saa kätellä
- ▶ Silmiin katsominen nähdään muslimikulttuurissa provosoivana ja epäkunnioittavana, tai jopa seksuaalisen mielenkiinnon osoituksena
- ▶ Somalikulttuurissa, kuten myös suomalaisessa kulttuurissa korkeaa kipukynnystä pidetään arvossa
- ▶ Isä on muslimikulttuurissa perheen pää, hän hoitaa usein tulkkauksen ja käytännön asioiden hoitamisen. Isää tulisikin puhutella ensin.
- ▶ Myös lääkeresepit pitäisi antaa perheen isälle tai ne voivat pahimmassa tapauksessa jäädä lunastamatta

Käsihygienia

- ▶ Sijaintinsa vuoksi Afrikan ilmasto eroaa suuresti Suomen oloista ja vettä joudutaan usein hakemaan kaukaakin käsivoimin
 ➔ ei välttämättä riitä peseytymiseen
- ▶ 29% Somalian väestöstä on mahdollisuus puhtaaseen juomaveteen
- ▶ 41-66% Somalian talouksista ei ole lainkaan saippuaa
- ▶ Somaliassa joka 5. lapsi kuolee ennen viidettä ikävuottaan mm. ripulitauteihin ja hengitysinfektioihin
- ▶ Avustusjärjestöt pyrkivät jakamaan tietoa hygienian merkityksestä ja käsien pesun vaikutuksesta tautien leviämisen pysäyttämiseen
- ▶ Somalilasten vanhemmat ovat usein maahanmuuttajia, joten hygieniatottumuksissa saattaa tämän vuoksi olla monesti parantamisen varaa ja puhtauskäsitketykset eroavat huomattavasti länsimaiden tasosta
- ▶ Uskonto ei ole este käsidesinfektioaineiden tai alkoholipitoisten haavanpuhdistustarvikkeiden käytölle
- ▶ Keinoja Suomessa tapahtuvaan motivointiin ei ole tutkittu



OMIA KOKEMUKSIA?



KIITOS MIELENKIINNOSTA!

Jos myöhemmin mieleen tulee kysyttävää, ota yhteyttä!

Emilia.Stromer@metropolia.fi tai Tiina.Tikka@metropolia.fi

Valmis työ löytyy ensi keväänä osoitteesta: Theseus.fi.

Lähteet

- ▶ Allegra-consulting 2014. Verkkodokumentti. <<http://allegra-consulting.com/>> Kuva haettu 16.10.2014.
- ▶ Akar, Sylvia - Tiilikainen, Maria 2004. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Väestötietosarja 13. Helsinki: Väestöliitto.
- ▶ Akar, Sylvia - Tiilikainen, Maria 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestötietosarja 20. Loimaa: Väestöliitto.
- ▶ Brusila, Pirkko 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy
- ▶ Chezra Chiara 2011. Verkkodokumentti <<http://www.chezchiara.com/2011/08/braving-mogadishu-to-provide-medical.html>> Kuva haettu 17.10.2014.
- ▶ Clipartpanda. Verkkodokumentti <<http://www.clipartpanda.com/categories/school-book-dipart>> Kuva haettu 17.10.2014.
- ▶ Colleenday. Verkkodokumentti <<http://colleenday.wordpress.com/>> Kuva haettu 17.10.2010
- ▶ Cools, Carine - Kahla, Elina - Tuominen, Risto 1998. Kasvotusten potilaan kanssa. Teoksessa Tuominen, Risto (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva:WSOY.34-47.
- ▶ Dreamstime 2014. Verkkodokumentti <<http://www.dreamstime.com/royalty-free-stock-photo-doctors-nurses-hospital-illustration-white-background-image33314668>> Kuva haettu 16.10.2014
- ▶ Dreamstime 2014. Verkkodokumentti <<http://es.dreamstime.com/foto-de-archivo-libre-de-regaloc3%A0das-grupo-de-los-doctores-holding-question-mark-sign-image34954538>> Kuva haettu 17.10.2014
- ▶ Ensihoidon erikoislehti 2011. Muslimi maahanmuuttajana. Verkkodokumentti. <http://www.ensihoidontiedotus.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64:muslimi-maahanmuuttajana&catid=4:jutut&Itemid=9> Luettu 20.8.2014.
- ▶ ETENE 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Helsinki: Yliopistopaino.
- ▶ Finnmatkat 2014. Intia kaikilla aisteilla. Verkkodokumentti <<http://loma.finnmatkat.fi/intia-kaikilla-aisteilla/>> Kuva haettu 16.10.2014.
- ▶ Finnström, Berit - Söderhamn, Olle 2005. Conceptions of pain among Somali women. Journal of Advanced Nursing 54(4). 418-425.
- ▶ Hallenberg, Helena 2006. Terveys ja sairaus islamin maailmassa. Suomen Lääkärilehti 18/2006 Vsk 61. 2019-2023.
- ▶ Halme, Katjamaaria - Vataja, Anita 2011. Monikulttuurinen varhaiskasvatus ja esiopetus. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- ▶ Hankonen, Riitta 2010. Muslimi potilaana. Tehy-lehti.7/2010
- ▶ Hänninen, Osmo - Atalay, Mustafa 2000. Islamin terveysohjeet. Suomen Lääkärilehti 31/2000 vsk 55. 3020-3021.
- ▶ Imgkid. Verkkodokumentti <<http://imgkid.com/nurse-dipart-for-kids.shtml>> Kuva haettu 17.10.2014.
- ▶ Islamopas. Verkkodokumentti. <<http://www.islamopas.com/varden.html>>. Luettu 21.3.2014.
- ▶ Istockphoto. Verkkodokumentti <<http://www.istockphoto.com/vector/kids-holding-phones-12296808>> Kuva haettu 17.10.2014.
- ▶ Kuva1 Thisisbravetalk. <http://thisisbravetalk.com/?attachment_id=6389> Kuva haettu 16.10.2014.
- ▶ Kuva 2 Työterveyslaitos 2014. Henkilövalinnat ja kansainvälinen työelämä.
- ▶ Kuva 3 Mtv3.fi. Verkkodokumentti <<http://www.mtv3.fi/uutiset/ulkomaat/artikkeli/uskonto-hairitsee-tyoelamaa-ranskassa-/2223390>> Kuva haettu 16.10.2014.

Lähteet jatkuu..

- ▶ Lastensuojelun käsikirja 2012. Somalialainen kulttuuri. Verkkodokumentti. <http://www.sosiaaliporssi.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/erityiskysymykset/monikulttuurisuus/somalialainen_kulttuuri/> Luettu 19.8.2014.
- ▶ Mulder, Riikka 2013. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Pro gradu - tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotiede, Terveystieteiden yksikkö.
- ▶ Mölsä, Mulki - Tiilikainen, Marja 2007. Potilaana somali. Duodecim 2007;123. 451-456.
- ▶ Rugsaken, Kris 2006. Body Speaks: Body language around the world. Verkkodokumentti. <<http://www.nacada.ksu.edu/Resources/Clearinghouse/View-Articles/body-speaks.aspx>> Luettu 13.2.2014.
- ▶ Restoreinternational 2014. Verkkodokumentti <<http://restoreinternational.org/somalia/>> Kuva haettu 17.10.2014.
- ▶ Salmela, Marja 2014. Tulevaisuus lasten Erikoissairaanhoidossa-hanke. Luentomateriaali. Opinnäytetyön aloitusseminaari 8.1.2014 Metropolia Ammattikorkeakoulu
- ▶ Serkkola, Ari - Allahwerdi, Helena 1998. Islamin jälkiä terveydenhoidossa. Teoksessa Tuominen, Risto (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva. WSOY 76-91.
- ▶ Shutterstock 2014. Verkkodokumentti <<http://www.shutterstock.com/pic-78417415/stock-vector-two-boys-grimacing-vector-illustration.html>> Kuva haettu 17.10.2010
- ▶ The Atlic 2012. Ramadan 2012. Verkkodokumentti <<http://www.theatlantic.com/infocus/2012/08/ramadan-2012/100354/>> Kuva haettu 17.10.2014.
- ▶ Tilastokeskus. 2011. Kulttuuritilasto. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/isbn_978-952-244-320-5.pdf> Luettu 20.3.2014.
- ▶ Tilastokeskus. 2013. Verkkodokumentti. <http://tilastokeskus.fi/til/rajat/2012/02/rajat_2012_02_2013-03-20_tie_001_fi.html> Luettu 12.2.2014.
- ▶ Tiilikainen, Marja 2011. Somalialainen perhe- ja tapakulttuuri. Kontiolahti. Helsingin yliopisto. 1-3.
- ▶ Tilastokeskus. 2013. Verkkodokumentti. <http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#ulkomaidenkansalaiset> Luettu 20.3.2014.
- ▶ Turku. 2007. Verkkodokumentti. <<http://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=13073&culture=fi-FI&contentlan=1>> Luettu 24.3.2014.
- ▶ Unicef 2013. On Global handwashing day. UNICEF focuses on creating awarness about the link between hand washing and Polio prevention in Somalia. Verkkodokumentti. <http://www.unicef.org/somalia/media_13681.html> Luettu 1.10.2014.
- ▶ Unicef. Vesi, sanitaatio ja hygienia. Verkkodokumentti. <<https://www.unicef.fi/unicef/tyomme-paakohteet/terveys/vesi/>> Luettu 21.8.2014.
- ▶ Wallpapers. Verkkodokumentti <http://wallpaperswa.com/Nature/Desert/desert_silhouette_camels_sahara_sahara_desert_1600x1200_wallpaper_49279> Kuva haettu 17.10.2014



Muslimi- ja somalikulttuurien erityispiirteet ja niiden huomioon ottaminen lasten ja nuorten hoitotyössä

Osastotunnin suunnittelu ja toteutus

Sairaanhoidon opiskelijat Emilia Stromer – Tiina Tikka

Työn tarkoitus

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa yhteistyöosaston tarpeita vastaava osastotunti monikulttuurisuudesta kehittämistyönmenetelmää käyttäen. Osastotunnilla kuvasimme muslimi- ja somalikulttuurien erityispiirteitä potilasesimerkkitapauksia hyödyntäen.



Työn merkitys

Henkilökunta sai osastotunnin kautta muslimi- ja somalikulttuureista tietoa, joka vaikuttaa hoitotyöhön ja parantaa sen laatua lisäämällä hoitotyöntekijöiden kulttuurillista kompetenssia. Kuuntelijat arvioivat esityksen hyödylliseksi ja kaikki kokivat oppineensa sen aikana paljon uutta.



Miksi aihe tärkeä?

Lisäkoulutuksella on todettu olevan vaikutusta hoitohenkilökunnan kulttuurilliseen osaamiseen sekä ennakkoluulottomuuteen. Hoitohenkilökunnan on hyvä tietää edes jotakin kulttuuriin liittyviä erityispiirteitä, jotta toisesta kulttuurista tuleva henkilö ei tuntisi itseään huonosti kohdelluksi tai väärinymmärretyksi.

