

Monikulttuurisuus ja eettisyys terveydenhuollossa

Katsaus hoitoalan tutkimuksiin

Tehy ry

Taina Keituri

Tehyn julkaisusarja F: 4/2005

Taina Keituri, Ttm-opiskelija

Monikulttuurisuus ja eettisyys
terveydenhuollossa

Katsaus hoitoalan tutkimuksiin.

Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.
Kehittämistyö

.....

Tehyn julkaisusarja F: 4/2005

ISBN 951-9172-39-4

Painopaikka: Multiprint Oy, 2005

LUKIJALLE

Tehyn teemavuosi 2004 oli Oikeus hoitoon – Oikeus hoitaa. Vuoden 2004 aikana Tehyn Kehittämissyksikköön perustettiin eettisiä asioita käsittelevä työryhmä. Sen tarkoituksena on tarkastella sekä kansainvälisellä että kansallisella tasolla mitä maailman globalisoituminen, Euroopan unioni, pakolaisvirrat, erilaiset yhteiskunnalliset muutokset jne. vaikuttavat terveydenhuollon toimintaan eettisestä näkökulmasta.

Tämän katsauksen tarkoituksena on luoda monipuolinen kuva monikulttuurisuuteen liittyviin eettisiin kysymyksiin terveydenhuoltojärjestelmässä. Tavoitteena on, että lukija pohtii työtään monikulttuurisessa ympäristössä, hyödyntää tietoa omaan ajatteluunsa ja työyhteisön toimintaan. Katsaukseen kerättiin tietoa pääasiassa terveydenhuoltoon liittyvistä suomalaisista tutkimuksista vuosilta 1994–2004.

Katsauksen tekeminen on osa tekijän Turun hoitotieteen laitoksen opintoihin liittyvää neljän viikon kliinistä harjoittelujaksoa. Työn tekemiseen ja toteuttamiseen vaikutti työryhmän aktiivinen ote eettisten asioiden pohtimisessa ja työstämisessä. Lämpimät kiitokset ohjaajalleni Tehyn tutkimuspoliittiselle asiamiehelle THL, HT Kaija Suonsivulle ja koko loistavalle tiimille.

Helsingissä joulukuussa 2004

Taina Keituri

TtM-opiskelija

Turun yliopisto

Hoitotieteen laitos

TIIVISTELMÄ

Tämän katsauksen tarkoituksena on tuottaa tietoa eettisistä kysymyksistä ja ristiriita-tilanteista, joita esiintyy monikulttuurisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Sekä etiikka että monikulttuurisuus ovat alueita, joita terveydenhuollossa on vain vähän tutkittu. Katsaukseen on valittu pääasiassa suomalaisia hoitotieteen tutkimuksia. Tutkimukset rajattiin vuosille 1994–2004 ja tutkimusten määräksi muodostui neljätoista.

Monikulttuurisuus on monimuotoinen ja laaja käsite. Se on parhaimmillaan eri kulttuurien tasa-arvoista, toisia kunnioittavaa rinnakkaiseloä. Maahanmuuttajalla tarkoitetaan kaikkia Suomeen muuttaneita, riippumatta tulosityistä. Maahanmuuttaja voi olla paluumuuttaja, pakolainen, turvapaikanhakija tai siirtolainen.

Maahanmuuttajalla on monenlaisia kokemuksia Suomeen tullessaan, ja ne vaikuttavat hänen kotoutumisensa onnistumiseen. Kielitaito on kommunikation ja vuorovaikutusprosessin onnistumisessa tärkeä tekijä. Ilman kielitaitoa maahanmuuttaja kokee olonsa yksinäiseksi, eristäytyneeksi, yhteiskunnan ulkopuoliseksi ja riippuvaiseksi läheisistään. Kielitaidon kartuttua maahanmuuttajan elämänlaatu paranee.

Kahden kulttuurin kohtaamisessa erilaisten tapojen, tottumusten ja ennakkoluulojen vaikutuksesta törmätään helposti väärinymmärrysten, ristiriitatilanteiden, turhautumisen ja mielipahan tunteisiin.

Maahanmuuttajien terveyden edistäminen tulisi nähdä koko yhteisön terveytenä, jossa vallitsevat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus sekä oikeudenmukaisuus. Henkilökunnan hyvä ammattitaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto ovat eettisiä periaatteita, jotka edistävät monikulttuurisen terveydenhuollon palveluita.

Työntekijöiden henkilökohtainen kiinnostus muita kulttuureita kohtaan ja omien kulttuuristen piirteiden käsittely ja määrittely vähentävät ennakkoluuloja ja parantavat työn tekemisen laatua.

SAMMANDRAG

Syftet med denna översikt är att skaffa information om etiska frågor och konfliktsituationer som uppstår i ett mångkulturellt hälsovårdssystem. Både etiken och den kulturella mångfalden är områden som utforskats bara i liten utsträckning. För översikten valdes huvudsakligen finska vårdforskningsundersökningar. Undersökningarna begränsades till åren 1994–2004 och antalet undersökningar blev fjorton.

Kulturell mångfald är ett mångformigt och omfattande begrepp. Som bäst är det jämlik samexistens mellan olika kulturer som respekterar varandra. Med inflyttare förstås alla som flyttat in till Finland, oberoende av orsak. Inflyttare kan vara återflyttare, flyktingar, asylsökande eller immigranter.

Inflyttare har mångahanda erfarenheter när de kommer till Finland, och de inverkar på hur deras acklimatisering lyckas. Språkkunskaper är en viktig faktor i hur kommunikation och interaktionsprocesser lyckas. Utan språkkunskaper känner sig inflyttarna ensamma, isolerade, stående utanför samhället och beroende av sina anhöriga. När språkkunskaperna förkovras förbättras inflyttarnas livskvalitet.

När två kulturer möts blir det lätt på grund av olika seder, vanor och fördomar sammanstötningar med känslor av missförstånd, konfliktsituationer, frustration och harm.

Främjandet av inflyttarnas hälsa borde ses som hela samfundets hälsa där rätt till bra vård, respekt av människovärdighet, självbestämmanderätt och rättvisa är förhärskande. Hög yrkesskicklighet hos personalen, en atmosfär som gynnar välbefinnande samt samarbete och ömsesidig hjälp är etiska principer som gynnar den mångkulturella hälsovårdsservicen.

Arbetstagarnas personliga intresse för andra kulturer och behandling och definition av sina egna kulturella drag minskar fördomar och förbättrar kvaliteten i arbetandet.

SUMMARY

The aim of this survey is to provide information on ethical questions and conflict situations which arise within a multi-cultural healthcare system. Neither ethics nor multiculturalism are areas which have been widely researched from the healthcare perspective. In the main, Finnish nursing science research reports were chosen to be used in this survey. The dates of the reports were restricted to the period of 1994–2004. Fourteen such research reports were included.

Multiculturalism is a wide concept which takes many forms. At its best, multiculturalism means that individuals from different cultural backgrounds live together as equals and respect one another. In this survey the term 'immigrant' is used to include returning expatriates, refugees, asylum seekers and those who are migrating from one country to another.

Immigrants experience Finland in a variety of ways when they arrive and these experiences influence their ability to settle successfully. Language skills form an important element in successful communication and in the interactive process. Without such language skills the immigrants will feel themselves lonely, isolated, marginalised in society and dependent on any close relatives. When immigrants have better learned the language of the country their quality of life improves.

When different cultures meet, different codes of conduct, habits and prejudices may easily lead to misunderstanding, conflict, frustration and hurt feelings.

Improving the health of immigrants should be seen as being beneficial to the health of the community as a whole, where everyone is entitled to receive quality healthcare services, where human rights are respected, where all individuals have the right to make their personal decisions and where fairness prevails. The professional competence of staff and an atmosphere which is beneficial to well-being, co-operation and mutual help are ethical principles which improve healthcare services in a multicultural environment.

Personal interest in other cultures and the willingness to analyse and to define the characteristics of one's own culture, decrease prejudice amongst the workforce and improve the quality of work which is being carried out.

”Meistä kaikista löytyy vedättäjät ja sit ne äärettömän hurmaavat. Kyllä meille suomalaisille tekee hyvää kohdata näitä aivan ihania muun kulttuurin ihmisiä, koska musta tuntuu, että pari-kolme päivää yhdessä vietetty aika jonkun sellasen ihmisen kanssa, joka on aivan ihana, saa paljon muutosta aikaa. Et tää (moni-kulttuurisuus) on musta rikkaus!”(Terveystieteiden kommentti)

(Kuusio 2000)

Sisällysluettelo

1	Johdanto	13
2	Terveydenhuollon etiikka	14
2.1	Terveydenhuollon etiikan osa-alueet	16
2.2	Eettinen ongelma	17
3	Monikulttuurisuus terveydenhuollossa	18
3.1	Monikulttuurisuus	18
3.2	Maahanmuuttaja	19
3.3	Monikulttuurinen hoitotyö ja etiikka	22
4	Katsaus monikulttuurisuuden eettisiä kysymyksiä käsittelevään kirjallisuuteen	24
4.1	Katsauksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	24
4.2	Aineiston keruu	24
4.2.1	Tutkimusten valintakriteerit	24
4.2.2	Tutkimusten hakeminen	25
4.2.3	Aineiston analysointi	25
5	Tulokset	28
5.1	Ihmisarvon kunnioittaminen ja oikeus hyvään hoitoon	29
5.1.1	Pakenemisen aiheuttamia ristiriitoja	29
5.1.2	Maahanmuuttajaperhe uudessa maassa	30
5.1.3	Maahanmuuttajamiehen rooli uudessa maassa	32
5.1.4	Maahanmuuttajanaisen rooli uudessa maassa	33
5.1.5	Kielitaito maahanmuuttajien terveydenhoidossa	34
5.2	Itsemääräämisoikeus	37
5.2.1	Erilaiset kulttuuriset tavat, uskonto ja uskomukset	38
5.2.2	Tyttöjen ympärileikkaus	39
5.2.3	Poikien ympärileikkaus	41
5.3	Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo	42
5.4	Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto	43

6 Yhteenveto ja pohdinta.....	45
Lähteet	49
Muu monikulttuurisuutta käsittelevä aineisto.....	52
Liite 1. Maahanmuuttajat Suomessa 2003.....	55
Liite 2. Väestö kielen ja iän mukaan 2002.....	56
Liite 3 Turvapaikanhakijat ja pakolaiset 2003	59
Liite 4. Etiikka ja monikulttuurisuus, miellekartta	60

1 Johdanto

Suomi on nopeasti muuttunut kulttuurisesti homogeenisestä yhteisöstä monikulttuuriseksi yhteisöksi. Maahanmuuttajien määrä on kasvanut suhteellisen nopeasti. Kulku-yhteyksien nopeutuminen, globalisaatio sekä verkostoituminen multimedian avulla yli kansallisten rajojen ovat helpottaneet kulttuurien välistä vuorovaikutusta (Hassinen-Ali-Azzani 2002), mutta toisaalta sen ajatellaan vähentävän monikulttuurisuutta ja samankaltaistavan asuinympäristöjä (Männistö 2001). Yhteiskunnallisissa keskusteluissa ja tutkimuksissa pohditaan, minkälaisia seurauksia globalisaatiolla tulee olemaan ihmiskunnan yhteiselämälle. Minkälaisiksi muotoutuvat esimerkiksi Euroopan Unioniin kuuluvien maiden keskinäiset suhteet tai miten pakolaiset ja vastaanottavan maan, Suomen, asukkaat mukautuvat muutoksiin, joita tapahtuu erilaisten kulttuurien kuuluvien tapojen, tottumusten ja ihanteiden kohdatessa toisensa? Terveydenhuoltohenkilöstö kohtaa käytännön työssään yhä useammin eri kulttuureista saapuvia ihmisiä. Miten toimimme ammatillisesti, lisäämmekö suvaitsevaisuutta jakamalla monenlaista tietoa? (Järvinen 2004.)

Kun ihminen joutuu täysin uuteen ja vieraaseen ympäristöön, vieraan kulttuurin vaikutuspiiriin, hän törmää monenlaisiin kulttuurillisiin eroihin. Oman ja toisen kulttuurin erityispiirteet erottuvat toisistaan. Keskenään erilaisten kulttuurien kohtaamisesta aiheutuvien ongelmien ilmaantuessa voi olla vaikea ymmärtää, että ristiriitatilanteet, väärinymmärrykset, turhautumiset ja mielipahan tunteet johtuvat erilaisten kulttuuristen käytäntöjen vaihteluista. (Koskinen ym. 1999.) Jokaisella kulttuurilla on monia alakulttuureita, jotka tulkitsevat kulttuuriaan ja sen perinteitä, arvoja ja velvoitteita omista henkilökohtaisista lähtökohdistaan. Jokainen kulttuurin edustaja on yksilö, jolla on omat yksilölliset toiminta- ja ajatuskuvionsa. (Tuominen 1998.) Näiden ominaispiirteiden tiedostaminen ja tunteminen, asiakkaan kulttuuriin kuuluvien arvojen, uskomusten ja toimintatapojen huomioon ottaminen sekä monikulttuurisen tiedon eettinen pohdinta lisäävät yhteisymmärrystä ja suvaitsevaisuutta monikulttuurisessa hoitamisessa.

Tässä katsauksessa tarkastellaan minkälaisia eettisiä kysymyksiä tai ristiriitatilanteita syntyy monikulttuurisessa terveyden- ja sairaanhoidossa lähinnä hoitotieteen tutkimusten välittämänä. Tutkimus liittyy Tehy ry:n eettisen työryhmän toimintasuunnitelmaan. Hoitotieteen alueella on vain vähän tutkimusta monikulttuurisuuden eettisestä näkökulmasta. Katsauksen avulla toivotaan lukijan löytävän monikulttuurisuuden siemenen itsestään. Sen avulla voidaan oivaltaa monikulttuurisuuden haasteellisuus ja tärkeys moniammatillisen työyhteisön toiminnan sekä hoitotieteen, käytännön hoitotyön ja oman elämänhallinnan alueilla.

Katsauksessa käydään aluksi läpi etiikan perusteita ja käsitellään monikulttuurisuutta ja siihen liittyvää käsitteistöä eri näkökulmista. Monikulttuurisen hoitotyön teoreettinen viitekehys mainitaan, koska sen opiskelu kuuluu terveydenhuoltoalan koulutusohjelmaan, ja sitä kautta monikulttuurisen hoitotyön pitäisi näkyä käytännön hoitotyössä monikulttuurisessa vuorovaikutuksessa. Kielitaidolla on erittäin merkittävä osuus kommunikaation onnistumisessa ja siten myös asiakkaan koko hoitoprosessin onnistumisessa.

Tässä työssä maahanmuuttaja on yhteinen nimitys kaikille Suomeen vakituisesti muuttaneelle ihmiselle, riippumatta tulon syystä tai lähtömaasta. Terveydenhuollon asiakkaasta tai potilaasta käytetään nimitystä asiakas.

2 Terveydenhuollon etiikka

Terveydenhuollossa eettisistä kysymyksistä on tullut yhä tärkeämpiä, koska henkilökunta kohtaa päivittäin tilanteita, jotka edellyttävät eettistä herkkyyttä, arvojen analyysiä ja rohkeutta tehdä päätöksiä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003). Etiikka tulee kreikan kielen sanasta ”ethos” ja moraalilatinan kielen sanoista ”mos”, ”more”. Ne tarkoittavat tapaa ja tapoja koskevaa traditiota, henkeä. Etiikassa ja moraalissa on kysymys ihmisten ja sosiaalisten yhteisöjen toiminnasta, tavoista ja säännöistä, joita toiminta noudattaa sekä hengestä, jossa toimitaan. (Sarvimäki 1996.) Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja se koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka liittyvät hyvään ja pahaan, oikeaan ja väärään. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja vaan auttaa ihmistä tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa. (ETENE 2001; Repo 2003.) Termejä ”etiikka” ja ”moraali” saatetaan käyttää joskus synonyymeinä. Etikalla voidaan tarkoittaa filosofian osa-aluetta, jossa tutkitaan moraalialueita koskevia kysymyksiä, jolloin etiikka ja moraalifilosofia tarkoittavat termeinä samaa asiaa. Etiikka tarkoittaa tällöin tutkimusala, jonka tutkimuskohde on moraalil. (Repo 2003.)

Etiikka ja juridiikka ovat sukulaisalueita, mutta eivät synonyymejä. Juridii-kan eli lainsäädännön avulla voidaan institutionalisoida moraalil. Juridiikassa on keskeistä, noudattaako ihminen lakia vai ei, moraalissa on kysymys teon moraalialueista arvoista ja periaatteista. Yleisten moraalialueiden muututtua on muutettu myös lakeja. Esimerkiksi abortti ei enää ole rikos, mutta se ei tarkoita, että abortin teko olisi kaikkien mielestä moraalialueesti hyväksyttävää. Juridinen laillisuus ei ole samaa kuin moraalialueesti hyväksyttävää, eikä juridinen laittomuus ole samaa kuin moraalialueesti tuomittava. (Sarvimäki 1996.) (Vrt. esim. avioerojen aiheuttamat lastenhuoltajuuskiistat ja lasten palauttamatta jättämiset mm. Suomen ja USA:n välillä.)

Etiikka ja uskonto liitetään usein toisiinsa, mutta nämä eivät ole synonyymejä, vaikka samantapaista problematiikkaa saattaa ilmetä. Etiikka ja moraalit eivät ole riippuvaisia uskonnosta, vaikka useimmat uskonnot sisältävätkin eettisiä näkemyksiä ja ohjeita. Eri uskonnoille on tyypillistä korkeamman voiman, Jumalan, olemassaolon tunnustaminen. Useimmissa uskonnoissa katsotaan, että Jumala on säätänyt ihmiselle moraalilait, joissa Jumalan tahto ilmenee. Tällaisessa näkemyksessä uskonnon ja etiikan erottaminen toisistaan on mahdotonta, koska etiikka perustuu tällöin viime kädessä uskontoon. (Sarvimäki 1996.) Esimerkiksi muslimikulttuurissa kuolema nähdään luonnollisena, ”Allahin tahtona” eikä sitä vastaan kapinoida (Silvennoinen 2000). Näkemys on teistinen, koska Jumalan tahto ja mieltymykset määrittelevät moraalisen hyvän, mutta se on myös ongelmallinen, sillä eri uskonnoissa on erilaiset moraalisäännöt. Kristinusko tunnustaa samaa Jumalaa, mutta suhtautuu aborttiin, perhesuunnitteluun, alkoholiin ja television katseluun hyvin eri tavoin sen mukaan, onko kysymyksessä katolinen, evankelis-luterilainen vai lestadiolainen yhteisö. (Sarvimäki 1996.)

2.1 Terveydenhuollon etiikan osa-alueet

Lait ja asetukset

Terveydenhuollon eettisen pohdinnan lähtökohta perustuu terveydenhuollossa esiintyviin lakeihin ja asetuksiin. Terveydenhuoltoa ohjaavat Suomen peruslakiin (731/1999) kirjatut perusoikeudet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989) muun muassa. Monet säädökset sisältävät terveydenhuoltoa koskevia normeja. Terveydenhuollon päätöksiin vaikuttavat keskeisesti myös kansainväliset ihmisoikeussopimukset, joista Euroopan neuvoston yleissopimus ihmis-oikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi (18/1990) sekä ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (ETS 164/1997) ovat niistä tärkeimpiä. (ETENE 2001; Lahtinen 2004.)

Terveydenhuollon yleiset eettiset periaatteet

Terveyspalveluorganisaatiossa on tärkeää, että jokainen työntekijä kokee, että etiikka sisältyy toimintaan ja hallitsee terveydenhuollon yleiset eettiset perusteet (Lahtinen 2004). Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2001) on jaotellut yleiset eettiset periaatteet kuuteen osa-alueeseen: 1. Oikeus hyvään hoitoon, 2. Ihmisarvon kunnioitus, 3. Itsemääräämisoikeus, 4. Oikeudenmukaisuus, 5. Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä 6. Yhteistyö ja keskinäinen avunanto. Hoitotyön käytännössä nämä toimivat kohteena, periaatteena ja päämääränä (Lahtinen 2004).

Ammattietiikka

Eettiset ohjeet tukevat ammattikuntaa toimimaan eettisesti hyvätasoisesti, koska ohjeet herättävät työntekijät tarkastelemaan työn moraalisia näkökohtia ja tarjoavat käytännön ohjeita ristiriitatilanteisiin. Samalla ohjeet vahvistavat työyhteisön yhteenkuulumisen tunnetta, koska jäsenistö jakaa samat säännöt. (Leino-Kilpi 2003c.) Kun terveydenhuollon työntekijä on ottanut vastaan työpaikan ja sitoutunut toimimaan ammattinsa edellyttämällä tavalla, hän on myös ammattieettisesti sitoutunut. Ammattietiikka auttaa toimimaan niin, että sääntöjä noudatetaan, ja se myös suojaa ammattikunnan jäseniä rangaistuksilta ja yleisen mielipiteen tuomioilta. Ammattietiikan avulla viestitetään väestölle ammattikunnan asema yhteiskunnassa. Eettisesti ohjeet toimivat ikään kuin ”käyntikorttina” ammattikunnan toiminnasta. Esimerkiksi jokin hoitamisen toiminto voi olla kivulias, mutta toiminta sallitaan, jos sen tiedetään vaikuttavan terveyttä edistävällä tavalla. (Lahtinen 2004.) Yleisten eri ammattiryhmien ohjeiden tulisi sisältää samanlaisia periaatteita, sillä siten pystytään toimimaan moniammatillisessa työyhteisössä samansuuntaisesti potilaan hyväksi (Leino-Kilpi 2003c).

Työyksikön eettiset periaatteet

Ammattietiikan tunteminen on yhtä tarpeellista kuin eettisten ohjeiden laa-
timinen omaan työyksikköön. Mitä nämä ohjeistukset tarkoittavat työyksi-
kössämme? Mitä erityiskysymyksiä on olemassa? Keitä potilaita hoidamme ja
minkälaisia tarpeita tai erityistarpeita mahdollisesti on? Etiikka ei ole erillinen
lisä toiminnassa vaan se on jatkuvasti olemassa. Mitkään eettiset arvot eivät
ole pysyviä, ja ne saattavat olla risti-riidassa keskenään. Potilaan kohtaami-
nen on ainutkertainen tilanne, siinä hetkessä, eikä tilannetta voi jälkikäteen
muuttaa. Kokemukset, tunteet, ajatukset ja toimintatapa välittyvät potilaalle.
Keskeisiä ovat puhe, ääni, eleet, ilmeet, kosketus. Tunteiden olemassaolo on
yksi osa professionaalisuutta. Kaikista potilaista ei tarvitse pitää, mutta hoito-
henkilökunnan on tärkeää tunnistaa omat tunteensa, jotta työt voidaan jakaa
kollegoiden kesken. Silloin tilanteesta hyötyy potilas, hoitaja ja koko työyhteisö.
Etiikka ei ole ylimääräinen työtehtävä toiminnassa, vaan se on toiminnan ydin.
(Lahtinen 2004.)

Omat eettiset periaatteet

Hoitotyöntekijän on tarpeellista tunnistaa omat eettiset ajatuksensa ja toimin-
tatapansa hoitamisessa, hoitotyössä. Miten etiikka näkyy omista periaatteista,
arvoista? Miten henkilöhistoria, kokemukset, tulevaisuuden toiveet ja visiot
vaikuttavat toimintatapaan? Työyhteisössä toimiminen edellyttää oman arvo-

maailman, toisen arvomaailman sekä ammattieettisen arvomaailman hyväksymistä. Toiminta on professionaalista, kun työntekijä osaa erottaa toisistaan itsessään olevat ja ammatin tuomat eettiset arvostukset ja pystyy selviämään niiden kanssa unohtamatta potilaan omaa henkilökohtaista arvomaailmaa. Kuka on tämä asiakas, kuka on tämä ihminen, jota hoidan? (Lahtinen 2004.)

2.2 Eettinen ongelma

Terveystieteidenhuollossa joudutaan joka päivä ratkaisemaan monenlaisia eettisiä ongelmia. Peruskysymyksenä on, mikä on inhimillisen toiminnan alueella tai tietyssä tilanteessa hyvää tai pahaa, oikein tai väärin. Ongelma voi olla, miten jokin arvo tietyssä toiminnassa on konkretisoitunut. (Leino-Kilpi 2003b.) Eettisen pohdinnan tehtävänä on tiedostaa ja analysoida eettisiä ongelmia, esittää ratkaisuja ja perustella ne, hahmottaa eettisiä suuntaviivoja, kehittää moraalista tietoisuutta ja myös edistää moraalista kasvua (Kalkas 1996).

Erilaiset ihmiset ilmentävät toiminnassaan samoja arvoja yksilöllisesti. Eettinen ongelma ilmenee monimuotoisesti ihmisten välisessä toiminnassa ja vuorovaikutuksessa muun muassa toiminnan sujumattomuutena, hoitajan epävarmuutena tai potilaiden tyytymättömyytenä. Eettisen ongelman tunnusmerkkejä ovat arvojen väliset ristiriidat, joihin on useita ratkaisuvaihtoehtoja. Jokainen vaihtoehto on epätäydellinen. Eettinen ongelma on pitkäaikainen ja kauaskantoinen ja se ilmenee monin eri tavoin. On tärkeää, että hoitotyöntekijä kykenee erottamaan eettisen ongelman kliinisestä tai organisatorisesta ongelmasta, koska eettinen ongelmanratkaisu on erilaista. (Leino-Kilpi 2003b.) Eettiseen päätöksentekoon liittyy epätietoisuus siitä, kuinka paljon ja minkälaista informaatiota päätöksenteossa tarvitaan. Ratkaisua tehtäessä on pyrittävä mahdollisimman hyvän arvon toteutumiseen niin, että mahdollisimman vähän harmia saadaan aikaan. Hoitotyöhön liittyvä ongelma on, että hyvien päämäärien määrittäminen voi tapahtua monestakin näkökulmasta ja parhaan näkökulman valitseminen voi olla yksilön tiedon puutteen vuoksi vaikea sekä ratkaista että perustella. (Kalkas 1996.)

Suomalaisessa terveydenhuollossa ihmisiä saatetaan luokitella terveystieteen perusteella suuremman tai pienemmän riskin luokkiin. Luokittelu voi aiheuttaa, että eri luokkiin sijoitetuille annetaan erilaista ohjausta ja kohtelua. Ihmistä, jolla on suuri riski sairastua, saattaa tietoisuus riskistä hallita hänen jokapäiväistä elämäänsä kohtuuttoman voimakkaasti (esimerkiksi ylipainoinen ihminen ja ravitsemukseen liittyvät tavat). Riskin olemassaolo voi aiheuttaa syyllisyyttä myös hänen muihin toimintoihinsa. Ihminen, jolla on pieni riski sairastua, saattaa puolestaan väheksyä asian vakavuutta. Tämä johtaa välinpitämättömyyteen ja siten lisääntyneeseen terveystieteen riskiin. (Leino-Kilpi 2003d.)

Persoonallisuudeltaan omaperäiset asiakkaat aiheuttavat henkilöstölle eettisiä ongelmatilanteita. Ongelmallisia tilanteita saattaa syntyä, jos asiakas ei noudata sovittuja vastaanotto- tai tutkimusaikoja tai ei halua, voi tai uskalla kertoa sairastumisestaan omaisilleen. Myös sellainen asiakas voi aiheuttaa eettistä ongelmaa, joka soittelee jatkuvasti hoitoyksikköön tai käy siellä usein etukäteen ilmoittamatta olettaen, että häntä ehditään heti kuunnella ja auttaa. (Kalkas 1996.)

Monikulttuurisessa terveydenhuollossa ennakkoluulot vähenevät, kun opitaan toisilta, toisesta kulttuurista. Kuoleman lähestyminen aiheuttaa monia eettisiä kysymyksiä ja ongelmatilanteita omaisille ja hoitohenkilökunnalle, mutta ennen kaikkea potilaalle itselleen. Hoitoteknologian nopea kehittyminen on aiheuttanut sen, että potilas voidaan pitää pitkään hengissä. Kuolevalla, myös lapsella ja nuorella, on oikeus saada riittävästi tietoa hoidon tavoitteista, eri vaihtoehtoista sekä ennusteesta. Hänellä on myös oikeus kieltäytyä hoidosta. (Sarvimäki 1996.) Hoidon lopettamisen päätös on vaikeaa potilaalle. Vielä vaikeampaa se saattaa olla vanhemmille, sillä vanhemmat haluaisivat pitää lapsensa luonaan mahdollisimman kauan (hoitoa jatketaan), mutta eivät halua pitkittää lapsensa kärsimyksiä (jolloin hoitaminen tulisi lopettaa). Miten monikulttuurista perhettä osataan tukea tällaisessa tilanteessa, jos ei tiedetä heidän uskonnollista tai vakaumuksellista tilannettaan?

3 Monikulttuurisuus terveydenhuollossa

3.1 Monikulttuurisuus

Kulttuurin käsite näyttää selvältä, mutta eri ihmiset mieltävät sen eri tavalla. (Järvinen 2004; Lampinen ym. 2002). Kulttuuri voidaan nähdä tiedon, uskomusten ja arvojen järjestelmänä, jonka kautta ihmiset rakentavat kokemuksiaan ja havaintojaan, toimivat ja suorittavat valintoja eri vaihtoehtojen välillä. Monikulttuurisuus on eri kulttuurien tasa-arvoista rinnakkaiselo. Etnisyydessä on kyse yksilön ja ryhmän tavasta jäsentää itseään suhteessa toisiinsa. Etnisyys on sidoksissa tilanteisiin ja muuttuu ajan myötä. Monikulttuurisuuden rinnalla käytetään käsitteitä monietninen ja monikansallinen. Monietninen painottaa eri etnisten ryhmien eli erilaisten kulttuuriryhmien muodostamaa yhteiskuntaa. Monikansallisessa kulttuurinäkemuksessa yhteiskunta koostuu eri kansallisuutta olevista henkilöistä, jotka voivat lainsäädännöllisesti olla monikansallisia kaksokansalaisuuden myötä. (Lampinen ym. 2002.)

Etninen identiteetti voidaan määrittellä itsemäärittelyprosessiksi (etninen samaistuminen) ja yhteenkuuluvaisuuden tunteeksi. Etnisen identiteetin itsemäärittelyprosessissa ihminen määrittelee itsensä etnisesti: mihin ryhmään

hän kokee kuuluvansa, miten suhtautuu omaan etniseen ryhmäänsä ja mitkä tunteet ja arvot suhtautumiseen liittyvät. Itsemäärittelyyn vaikuttaa osaltaan valtaväestön suhtautumisen kokemukset. Etninen identiteetti on osa sosiaalista identiteettiä, joka muodostuu lukuisista identiteeteistä. Eri tilanteissa tai ikäkausina sen merkitys voi vaihdella. (Lampinen ym. 2002.)

Kieli-identiteetti on osa sosiaalista identiteettiä. Kieli-identiteetin sosiaaliseen puoleen sisältyvät yksilön asenteet ja suhtautuminen kohdekieltä ja sen puhujia kohtaan sekä valinnat kielenkäyttötilanteissa. Äidinkielen, kielitaidon ja kommunikoinnin merkitys monikulttuurisuudessa on erittäin merkittävä. Äidinkieli määrittellään yleensä kielen alkuperän, hallinnan, käytön tai samaistumisen mukaan. Äidinkieli on kieli, jonka lapsi on oppinut ensimmäisenä ja johon hän itsensä samastaa. Lapsen ensikieli voidaan määritellä myös kotikieleksi. Äidinkieli voi myös olla määritelty kieleksi, jonka lapsi hallitsee parhaiten. Vähemmistöjen kohdalla tämä voi merkitä sitä, että äidinkieleksi muodostuu se kieli, jota lapsi käyttää päivähoitossa ja koulussa. (Lampinen ym. 2002.) Suomessa käytettiin vuonna 2002 yli sataa eri kieltä. Esimerkiksi venäjänkielisiä henkilöitä oli 33 401, vironkielisiä 11 932 ja somalinkielisiä 7 332. (Tilastokeskus 2002, liite 1)

3.2 Maahanmuuttaja

Maahanmuuttajat jaotellaan monella tavalla. Jako voi perustua maahanmuuttajan etniseen ja/tai kulttuuriseen alkuperään tai hänen kansalaisuuteensa, joka tällöin on valtio-oikeudellisesti määritelty yksilön ominaisuus. Lisäksi jakoperuste voi liittyä ihmisen uskonnolliseen perustaan tai kieleen. (Taavela 1999.) Ulkomaalainen on henkilö, jolla on jonkin muun maan kuin Suomen kansalaisuus. Maahanmuuttaja -käsitteellä tarkoitetaan nykyisin kaikkia Suomeen muuttaneita, riippumatta heidän maahanmuuttonsa syistä tai lähtömaista. Maahanmuuttaja on ulkomaalainen, joka muuttaa Suomeen tarkoituksenaan asettua maahan pidempiaikaisesti. Maahanmuuttaja voi olla paluumuuttaja, pakolainen, turvapaikanhakija tai siirtolainen. Myös avioliiton vuoksi Suomeen muuttavat kuuluvat maahanmuuttajien ryhmään. Paluumuuttaja on alkuperäiseen lähtömaahansa takaisin muuttava henkilö perheineen. Suomen lainsäädännössä on tunnustettu suomalaista syntyperää olevan ulkomaan kansalaisen oikeus paluumuuttoon. Paluumuuttajat ovat yleensä pohjoismaalaisia tai Suomen sukukansojen jäseniä, erityisesti inkerinsuomalaisia. Suurimman Suomeen tulleen ryhmän muodostavat entisestä Neuvostoliitosta, Venäjältä ja Virosta saapuneet henkilöt. (Lampinen 2002; Männistö 2001; Seppälä 1998.)

Suomeen saapuneet inkerinsuomalaiset paluumuuttajat voidaan jakaa kolmeen sukupolveen. Vanhin sukupolvi on viettänyt lapsuutensa Inkerinmaalla suomalaisessa kyläyhteisössä ja käynyt suomalaista koulua. Tämän sukupolven

inkerinsuomalaisilla on selkeä suomalainen identiteetti. He puhuvat sujuvaa suomen kieltä ja ovat uskonnoltaan luterilaisia. Toisen sukupolven inkerinsuomalaiset ovat syntyneet eri puolilla Neuvostoliittoa ja monet heistä ovat joutuneet pitämään vähemmistötaustansa salassa. Tämän sukupolven Suomen kielen ja kulttuurin tuntemus on vähäistä. Heidän ongelmineen Suomessa ovat usein työttömyys, huono kielitaito ja epävarmuus omasta identiteetistä. Kolmas sukupolvi muodostuu nuorista aikuisista, jotka ovat syntyneet ja kasvaneet joko Virossa tai Venäjällä. Heidän kosketuksensa suomalaisuuteen tai inkerinsuomalaisuuteen on hyvin vähäistä. Tämän sukupolven sopeutuminen Suomessa on käytännössä verrannollinen venäläisten ja virolaisten maahanmuuttajien sopeutumiseen. (Lampinen ym. 2002.)

Pakolainen on vainon pelosta joutunut muuttamaan kotimaastaan, koska hänen turvallisuutensa on ollut siellä vaarassa rodun, uskonnon, kansallisuuden tai esimerkiksi poliittisen katsomuksen vuoksi (Lampinen ym. 2002). Pakolaisia on maailmassa jo noin 22 miljoonaa, joista Suomeen on vastaanotettu vuoteen 2003 loppuun mennessä 23 452. Nykyaikaa kutsutaankin eri yhteyksissä maahanmuuttajien ja pakolaisten aikakaudeksi. Ensimmäiset pakolaiset tulivat Suomeen Chilestä 1970-luvun alussa ja ensimmäiset venepakolaiset Pulau Bidongin saarelta Malesiasta vuonna 1979. (Seppälä 1998). Pakolaiskiintiö kasvaa vuosi vuodelta. Esimerkiksi vuonna 1986 se oli 100, vuonna 1993 se oli 500 ja vuonna 2003 se oli 750. (Männistö 2001; Tilastokeskus 2004, liite 3)

Turvapaikanhakija anoo pakolaisstatusta ja oleskeluoikeutta eri syihin vedoten. Eniten turvapaikanhakijoita on tullut Suomeen Somaliasta, entisen Jugoslavian ja entisen Neuvostoliiton alueilta. Vuoden 2003 loppuun mennessä Suomessa oli 3 221 turvapaikanhakijaa. Siirtolainen on vapaaehtoisesti, toimeentulon hankkimiseksi maasta toiseen muuttava henkilö. (Lampinen ym. 2002.)

Kaikille muutto Suomeen ei merkitse suurtakaan kulttuurimuutosta. Kun muutto tapahtuu oman valinnan pohjalta ja pitkän harkinnan jälkeen, on helppo pitää yllä yhteydet vanhaan kotimaahan. Jotkut tulevat pakolaisleirien kautta tai vaivalloisen matkan jälkeen väkivaltaa ja kidutusta paenneina, perhe hajallaan. Moni on menettänyt läheisiään ja koko omaisuutensa. Myös sattuma on voinut tehdä Suomesta uuden kotimaan, jolloin olot ja kulttuuri ovat täysin vieraita tulokkaalle. (Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998.)

Muuttaessaan uuteen maahan maahanmuuttaja joutuu sopeutumaan uuteen kulttuuriin ainakin osittain ja oppimaan sen. Integraatio eli kotoutuminen ja sopeutuminen ovat elinikäisiä prosesseja, jotka koskettavat useita sukupolvia. (Liebkind 2002.) Kulttuurissa tapahtuvaa muutosprosessia, joka syntyy eri kulttuurien kohtaamisesta, kutsutaan akkulturaatioksi (Taavela 1999). Yksilön tasolla akkulturaatio sisältää muutoksia arvoissa ja uskomuksissa ja se sisältää niitä tietoisia ja tiedostamattomia muutoksia, joita ihmiselle syntyy eri kulttuurien kohtaamisesta. Assimilaatiolla (sulautumisella) tarkoitetaan oman kulttuurin

hylkäämistä ja enemmistökulttuurin omaksumista. Vanhemmat saattavat edesauttaa äidinkielen unohtamista, jos perheessä siirrytään käyttämään ainoastaan enemmistön kieltä. (Lampinen ym. 2002; Liebkind ym. 2004; Taavela 1999.)

Kotoutuminen voi ilmetä pyrkimyksenä säilyttää omia kulttuuriperinteitä tai pyrkimyksenä ylläpitää yhteyksiä enemmistökulttuuriin. Maahanmuuttaja voi kotoutua myös joko omaan etniseen yhteisönsä tai useiden etnisten ryhmien muodostamaan yhteisöön. (Lampinen ym. 2002; Liebkind ym. 2004; Taavela 1999.) Marginalisaatiossa (vieraantumisessa) maahanmuuttaja saattaa torjua sekä oman kulttuurinsa että enemmistökulttuurin. Vähemmistön jäsenenä hän jää ikään kuin kahden kulttuurin väliin, eikä hyväksy kumpaakaan tai ei tule hyväksytyksi kummassakaan kulttuurissa. (Lampinen ym. 2002; Liebkind ym. 2004; Taavela 1999.) Separaatiossa (eristäytymisessä) vähemmistön jäsenet korostavat omaa kulttuuriaan vetäytyen kanssakäymisestä valtaväestön edustaman kulttuurin kanssa. (Lampinen ym. 2002; Taavela 1999.) Tällöin vaikeutuu maahanmuuttajan sopeuttaminen (kotouttaminen) uuteen kotimaahan (Liebkind ym. 2004; Taavela 1999).

Suomessa on monia eri maahanmuuttajaryhmiin kuuluvia ihmisiä, jotka eivät ole koskaan kokeneet rasismia tai syrjintää (Jasinkaja-Lahti ym. 2002).

Syrjintä on ihmisten välisiin eroihin perustuvaa ei-hyväksyttävää erottelua. Välitön syrjintä on (muodollisesti) erilaista kohtelua (erottelua) jonkin ei-hyväksyttävän perusteen nojalla. Ei-hyväksyttäviä perusteita ovat esimerkiksi kansallisuus, uskonto, etninen tausta ja kulttuuri. Välillinen syrjintä on näennäisesti tai muodollisesti samanlaista kohtelua, joka ihmisten erilaisuuden vuoksi kuitenkin tosiasiallisesti johtaa syrjiviin vaikutuksiin.

Rasismi on ideologia, jossa kielteiseksi määritellyt ominaisuudet kohdistetaan tiettyyn rotuun tai tiettyyn kansalliseen, etniseen, uskonnolliseen tai kulttuuriseen ryhmään. Se sisältää kielteisiä asenteita ja tekoja ja voi perustua myös vierauteen ja muukalaisuuteen ja niihin liittyvään erilaisuuden pelkoon. (Lampinen 2002; Taavela 1999.) Esimerkiksi venäläisvihaa eli ”ryssävihaa” voidaan nykyisin pitää rasismin ilmentymänä (Lampinen 2002). Rasismi voi olla sekä tietoista että tiedostamatonta, tahatonta piilorasismia (Taavela 1999). Suomessa esiintyy lievemmällä tasolla ilmenevää rasistista toimintaa, joka on lähinnä psykologisesti vahingollista uhkailua, nimittelyä tai vähäistä omaisuuteen kohdistuvia vahingontekoja. Toistuessaan nämä häirinnän muodot voivat olla kuitenkin yksilölle vahingollisia. (Jasinskaja-Lahti ym. 2002.)

3.3 Monikulttuurinen hoitotyö ja etiikka

Kulttuurin vaikutuksesta terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen on tehty paljon tutkimuksia. Meleis (1985) arvioi, että ihmiset, joilla on ollut suuria fyysisiä ja kulttuurillisia muutoksia elämässään on suuri riski sairastua. Identiteetin muuttuminen, sosiaalisen verkoston puuttuminen ja uusien suhteiden luomisen vaikeus aiheuttavat maahanmuuttajalle ahdistuneisuutta ja masennusta enemmän kuin konkreettiset muutokset heti maahan muuton jälkeen. Uuteen maahan juurtuminen on erityisen vaikeaa pakolaisille, jotka ovat joutuneet lähtemään kotimaastaan vastentahtoisesti. Erityisesti naisiin kohdistuu monenlaisia muospaineita. (Knuutila 1996.) Terveysthuollossa maahanmuuttajan asema ei ole helppo. Häneen suhtaudutaan joko kielteisesti tai toisinaan ymmärretään ”liikaa” eli kulttuurieroilla selitetään asioita, joita ei pitäisi selittää. Terveen järjen käyttö auttaa maahanmuuttaja-asiakkaiden kuten myös kaikkien terveydenhuollon asiakkaiden hoitamisessa. (Malin & Tiilikainen 2002.)

Monikulttuurinen hoitotyö on tunnustettu omaksi hoitamisen alueeksi. Se on opetussuunnitelmaan kuuluva oppiaine terveydenhoitoalan koulutuksessa. Tavoitteena on opiskelijoiden kulttuurisen tietouden herättäminen, laaja-alaisen kulttuurisen tiedon välittäminen sekä kulttuurisensitiivisyyden sisäistäminen. Kulttuurisen opetuksen avulla tuleva hoitotyön ammattilainen oppii selvittelemän ja kyseenalaistamaan kulttuurisia asioita itsenäisesti. Työpaikkakoulutusten avulla voidaan myös lisätä monikulttuurista tietoutta. (Koponen 2003.) Pursiainen (2001) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajan valmius hoitaa kulttuurin mukaisesti muodostuu työn ammatillisesta hallitsemisesta, siihen liittyvästä tiedosta ja taidosta ja terveydenhoitajien kulttuurisesta joustavuudesta.

Kulttuurisen hoitotyön teoria, jota voidaan kutsua myös transkulttuuriseksi hoitotyön teoriaksi, on Leiningerin (1991, 1995) mukaan johdettu antropologiasta ja hoitotyön käsitteiden avulla muotoiltu edelleen hoitotyöhön soveltuva. Sen etu on käyttökelpoisuus kaikkialla maailmassa sekä hoitotyössä että sen tutkimisessa. Leiningerin kehittämä auringonnousumalli (engl. The Sunrise Model) kuvaa kulttuurisen hoidon monimuotoisuutta ja universaalisuutta. Ihminen määritellään kulttuuritaustastaan ja yhteiskuntarakenteestaan erottamattomana. Mallin kokonaisvaltainen lähestymistapa monikulttuurisuuden hahmottamiseen on apuna terveydenhuollon ammattilaisten työssä ohjaten heitä tuntemaan ja ymmärtämään eri kulttuureista tulleita asiakkaitaan paremmin. (Pursiainen 2001.)

Campinha-Bacoten (1994) tutkimuksen mukaan hoitotyön kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan terveydenhoitajien ammatillisia valmiuksia kulttuuriseen hoitamiseen. Hänen suunnittelemansa hoitotyön kulttuurisessa mallissa (engl. A Culturally Competent Model of Care) kompetenssi on jaettu kulttuurisen tietoisuuden, kulttuurisen tiedon, kulttuurisen taidon ja kulttuurin

kohtaamisen osa-alueisiin. Kulttuurinen tietoisuus tarkoittaa erilaisuuden ymmärtämistä, sietämistä ja hyväksymistä. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee olla tietoinen omista kulttuurisista asenteistaan, normeistaan ja traditioistaan. Kuka minä olen, mistä olen tullut ja mihin kuulun ovat kysymyksiä oman kulttuurisen taustan hahmottumiseen. Kulttuurisen tiedon hallinta tarkoittaa sitä, että terveydenhuoltohenkilöstö on hankkinut ja tutustunut kulttuurisesti tai etnisesti erilaisten ryhmien maailmankuvaan, arvoihin, uskomuksiin, käytäntöihin, elämäntyyliin ja ongelmanratkaisutapoihin. Kulttuurisen taidon avulla terveydenhuoltohenkilöstö tekee kulttuurista arviointia, jonka avulla voi arvioida tietyn ihmisen kulttuurisia arvoja, uskomuksia ja käytäntöjä yksilöllisesti. Kulttuurinen kohtaaminen on yksinkertaisesti prosessi, jossa eri kulttuurista tulleet asiakas ja työntekijä kohtaavat, ja prosessi sisältää monikulttuurista vuorovaikutusta. (Ikonen 1999; Pursiainen 2001.)

Kulttuurin etiikkaa voidaan pohtia monesta näkökulmasta. Eettinen relativismi korostaa kulttuurien samanarvoisuutta ja monimuotoisuutta. Sen mukaan erilaisia moraaliarvostelmia ei voida perustella muuten kuin jonkin kulttuurin, yhteiskunnan, aikakauden tms. hyväksymän arvojärjestelmän puitteissa. (Repo 2003.) Relativistin mielestä ei ole olemassa yleispäteviä kriteerejä hyvälle ja oikealle, vaan yksi elämäntapa ja arvo-maailma on yhtä hyvä ja oikein kuin joku toinenkin (Pitkänen 1997). Toisin sanoen, absoluuttinen totuus ei ole se, onko joku teko oikein tai väärin, vaan teko tulee aina suhteuttaa jonkin kulttuurin arvoihin (Repo 2003).

Eettistä relativismia ei tarvitse hyväksyä, koska eri kulttuureissa moraaliset arvot ovat toisistaan poikkeavia ja voivat olla hyvin erilaisia. Voidaan ja saadaan olla oikeasti sitä mieltä, että jonkin kulttuurin jotkut arvot ovat väärinä. Kulttuurien samanarvoisuuden hyväksyminen ja korostaminen eivät automaattisesti tarkoita eettistä relativismia. Samanarvoisuus tarkoittaa, että eri kulttuureita ei pidä ennakkoluuloisesti asettaa arvojärjestykseen. Vahvoja ja hallitsevia kulttuurisia käytäntöjä, jotka syrjivät muita, pitää tarkastella ja arvioida kriittisesti. Pitääkö esimerkiksi länsimaalainen itsestään selvänä ja kiinni siitä, että juuri hänen kulttuurinsa on muita kulttuureita parempi? (Repo 2003.)

4 Katsaus monikulttuurisuuden eettisiä kysymyksiä käsittelevään kirjallisuuteen

4.1 Katsauksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Katsauksessa on tarkasteltu monikulttuurisuuden eettisten kysymysten esiintymistä suomalaisista terveydenhuollon tutkimuksissa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tarkastelun kohteena olevista tutkimuksista selvitettiin, miltä tieteen alueelta tutkimus on tehty ja mitä eettisiä kysymyksiä siinä on esitetty. Katsauksessa on huomioitu sekä asiakkaiden että työntekijöiden näkökulma.

Katsauksen avulla haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin

1. Minkälaisia tutkimuksia monikulttuurisen hoitotyön eettiseltä alueelta on tehty?
2. Minkälaisia eettisiä kysymyksiä ja ongelmatilanteita on ilmennyt monikulttuurisessa terveystalvuluorganisaatiossa?

4.2 Aineiston keruu

4.2.1 Tutkimusten valintakriteerit

Tässä katsauksessa valintakriteereinä käytettiin seuraavia tekijöitä:

- **Kohde:** Terveydenhuoltoon suunnatut sekä monikulttuurisuutta yleensä käsittelevät että eettisestä näkökulmasta monikulttuurisuutta käsittelevät suomalaiset tai Suomea koskevat tutkimukset.
- **Tutkimukset:** Tutkimukset, jotka käsittelevät monikulttuuriseen työyhteisöön ja asiakkaisiin liittyvää hoidollista toimintaa ja toimintaan vaikuttavia tekijöitä ja kysymyksiä. Muussa kuin julkisen tai yksityisen terveydenhuollon kontekstissa tehdyt monikulttuurisuuteen liittyvät tutkimukset rajattiin tämän katsauksen ulkopuolelle (esimerkiksi maahanmuuttoviranomaisten tutkimukset, koululaistutkimukset, kielitieteen alueelta olevat tutkimukset, uskontotieteen tutkimukset) ellei niissä käsitelty terveydenhuollon asiakasta tai ellei niistä löytynyt perusteltua informaatiota.
- **Tutkimustyyppit:** Kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset, vähintään pro gradu -tasoiset tutkimukset ja artikkelina julkaistut tutkimukset, valtakunnalliset tutkimukset sekä systemoidut kirjallisuuskatsaukset. Kaikki tutkimusasetelmat huomioitiin.

4.2.2 Tutkimusten hakeminen

Hakuja tehtiin sekä sähköisistä tietokannoista että lukemalla alan julkaisuja. Mukaan otettiin vuosina 1994–2004 julkaistut tutkimukset, koska arvioitiin, että Suomessa suhtaudutaan nykyään eri tavalla monikulttuurisuuteen kuin esimerkiksi viisitoista vuotta sitten. Kansallisia tutkimuksia haettiin Medic-, Arto-, Kurre- ja Helka-tietokannoista, suomenkielisillä hakusanoilla *monikulttuurisuus*, *transkulttuurisuus*, *terveydenhuolto*, *sairaanhoito*, *hoitotyö*, *hoitotiede*, *etiikka*, *eettisyys* sekä näistä muodostetuilla yhdistelmillä ja katkaistuilla hakusanoilla. Esimerkiksi hakusanoilla *monikult** ja *ongelm** saatiin yhteensä 10 viitettä, *monikult** ja *hoitot** yhteensä 28 viitettä. Haettiin myös englanninkielisillä hakusanoilla *cross-culture*, *multiculture*, *transculture*, *ethics*, *nursing ethics*, joilla löytyi kaksi suomalaista etiikan alueen artikkelia. Lopullisesti aineistoon valittiin 14 tutkimusta. Suomenkielisillä hakusanoilla saatiin viitteitä, joista osa oli päällekkäisiä. Myös *Hoitotiede*-lehden vuosikerrat selattiin.

Aihetta lähestyttiin tarkastelemalla sitä, miten monikulttuurisuutta on yleensä käsitelty kirjallisuudessa. Kirjallisuuskatsaukseen haettiin Suomen yliopistojen eri alojen laitoksilta (kasvatustieteen, yhteiskuntatieteiden ym.) pro gradu -tutkielmia, lisensiaatintöitä, väitöskirjoja sekä erilaisia muita tutkimustöitä (valtakunnallisia tutkimuksia ja Stakesin tutkimuksia). Puhtaasti etiikan alueelta ei löytynyt Suomessa tehtyä tutkimusta, joka käsitelisi monikulttuurisuutta. Eettinen ajattelu ja toiminta liittyvät jokapäiväiseen työskentelyyn terveyspalveluorganisaatioissa, joten eettisiä kysymyksiä ja ristiriitatilanteita ilmeni monessakin tutkimuksessa.

Tutkija luki kaikkia monikulttuurisuuteen liittyviä artikkeleja etsien tietoa siitä, miten paljon Suomessa asuu ulkomaalaisia ja minkälaisista olosuhteista he tulevat Suomeen. Käsitteiden määrittely koettiin ensiarvoisen tärkeäksi, jotta monikulttuurisuuden moninaisuus hahmottuisi ja jäsenyisi.

4.2.3 Aineiston analysointi

Terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeistot ovat painotukseltaan eri ohjeistuksissa erilaisia, mutta ne pohjautuvat yhteisiin arvoihin. Keskeisinä ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. (ETENE 2001.) Tutkimuksista haettiin eettisiä kysymyksiä, ongelmia tai ristiriitatilanteita, jotka jaoteltiin ETENEn (2001) laatimien terveydenhuollon yhteisten periaatteiden mukaan, niitä hie- man yhdistellen:

1. Ihmisarvon kunnioitus ja oikeus hyvään hoitoon

Jokaisen ihmisen arvo on yhtäläinen ja ainutkertainen. Ihmisen kunnioittamiseen sisältyy inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus, yksityisyyden suojaaminen, hyvä vuorovaikutus, rehellisyys, tiedonsaannin ja asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. Kuoleman hetkellä läsnäolo, myötäeläminen, kunnioitus ja potilaan toiveiden noudattaminen korostuvat. Ihmisarvon kunnioittamisen tulee näkyä omaisten ja läheisten kohtelussa unohtamatta terveydenhuoltohenkilöstön keskinäistä kunnioitusta. (ETENE 2001.)

Oikeus hyvään hoitoon on tärkeä eettinen periaate, jonka mukaan terveydenhuollon palveluita tarvitseva saa tilanteensa edellyttämää asiantuntevaa apua ilman kohtuutonta viivettä. Tavoite on, että asiakas, hänen omaisensa ja läheisensä kokevat olevansa turvallisissa käsissä ja tulevansa hyvin kohdelluiksi ja hoidetuiksi. Kuolevan potilaan hyvä perushoito, henkinen ja hengellinen tuki sekä kivun ja kärsimyksen hyvä hoito sekä tuki ja ymmärtävä suhtautuminen läheisten suruun on tärkeää unohtamatta ylimääräisen avuntarpeen huomiointia. (ETENE 2001.) Perusteltavuuden periaate tarkoittaa, että ne menetelmät, auttamiskeinot ja ratkaisut, joita hoitotyössä käytetään, ovat perusteltuja ja luotettavia. Hoidettavan on oikeus tietää perustelut ja hoitotyöntekijä on velvollinen pitämään ammattitaitonsa ajan tasalla. (ETENE 2001; Leino-Kilpi 2003a.)

2. Itsemääräämisoikeus

Asiakkaalla tulee olla oikeus päättää asioistaan oman elämänkatsomuksensa mukaisesti. Hänen itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa. Hänen tulee saada tietoja mm. sairaudestaan, hoidostaan ja erilaisista hoitovaihtoehdoista, joiden avulla hän voi ja saa osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Tiedonannon tulee olla niin selkeää, että potilas ymmärtää mistä on kyse. (ETENE 2001.) Suurin ongelma potilaan suostumuksessa on, millaista tietoa annetaan ja miten se ymmärretään. On todettu, että hoitotyöntekijät kokevat antaneensa enemmän tietoa kuin mitä asiakkaat ovat ymmärtäneet. Ongelma voi olla asiasisällössä, kielen käytössä tai tavassa, jolla potilaalle on tietoa annettu. (Leino-Kilpi ym. 2000b.)

Potilaan tahtoa tulee kunnioittaa, hänen kokemuksiaan arvostaa, ja yhteisymmärrys tulee saavuttaa ilman johdatusta, painostusta tai pakkokeinoja. Tarvittaessa ammattihenkilöstön tulee hakea erilaista tietoa vaihtoehdoista, myös asiantuntijoita kuullen. Jos potilas ei pysty ilmaisemaan sillä hetkellä, tai ole pystynyt aiemminkaan ilmaisemaan, hoitoa koskevaa tahtoaan, häntä on hoidettava hänen laillisen edustajansa, omaistensa tai läheistensä kanssa. Tällä tavoin pyritään hoitoon, jonka oletetaan olevan potilaan tahdon mukaista. Potilaalla on oikeus kieltäytyä henkeään ja terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi

tarpeellisesta hoidosta. Jos alaikäinen ikänsä tai kehitystasonsa perusteella on kykenevä tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä, häntä on hoidettava hyvässä yhteisymmärryksessä. Muuten häntä hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai laillisen edustajansa kanssa. (ETENE 2001.)

3. Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisuus hoitotyössä tarkoittaa, että samansuuntaisen hoidon tarpeessa olevat potilaat hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti riippumatta iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai vakaumuksesta. Oikeudenmukaisuuden toteutumiseen vaikuttavat ratkaisevasti voimavarojen jakaminen ja niiden käyttäminen. Huomio on kiinnitettävä terveyspalveluorganisaatioiden järkevään ja tasa-arvoa noudattavaan toimintaan. (ETENE 2001.) Oikeudenmukaisuuden periaate tarkoittaa, että jokaista ihmistä tulee kohdella samojen periaatteiden mukaisesti. Potilaalla on oikeus hoitoon pääsyyn, hänellä on oikeus perusteltuun hoitoon ja hoitajalla on velvollisuus välttää eriarvoistamista minkään yksilön tai ryhmän ominaispiirteen tai terveyteen liittyvän ongelman perusteella. (Etene 2001; Leino-Kilpi 2003a.)

4. Hyvä ammattitaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen avunanto

Terveystieteidenhuollossa tarvitaan yhteistyötä, vuorovaikutusta ja järkevää työnjakoa eri tehtävissä toimivien välillä. Keskinäisellä luottamuksella, vastavuoroisella tuella ammattilaisten ja päättäjien välillä sekä kaikkien osapuolten aidolla kumpuunnuudella on vaikutus inhimillisen ja kestävä toiminnan saavuttamiseen. Mitä parempaa vuorovaikutus on, sitä inhimillisempää ja parempaa hoitoa saavat myös asiakkaat. Terveystieteidenhuollon työntekijöiden oikeus ja velvollisuus on jatkuva ammattitaidon ylläpitäminen ja sen kehittäminen. Hyvä hoitaminen syntyy hyvän ammattitaidon kautta, jossa sisältöosaamisen lisäksi tarvitaan toimintaa koskevien säännösten ja suositusten tiedostamista ja hallintaa. Eettisiä taitoja sekä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksia tulee voida ylläpitää ja kehittää. Jokaisella työntekijällä on vastuu sekä omasta että työyhteisön hyvinvoinnista. (ETENE 2001.) Monikulttuurisuus on tullut Suomeen jäädäkseen. Yhteiskunnassa tarvitaankin jatkuvaa keskustelua siitä, millainen yhteinen eettinen perusta terveystieteidenhuollossa tarvitaan. Tässä keskustelussa terveystieteidenhuollon ammattiryhmät ovat avainasemassa. (ETENE 2001)

Jokainen periaate ja myös eettiset kysymykset limittyvät toinen toisiinsa, joten monen eettisen kysymyksen voisi asettaa useamman kuin yhden periaatteen alle.

5 Tulokset

Monikulttuurisuuden alueelta ei löytynyt yhtään suomalaista eettisestä näkökulmasta tehtyä tutkimusta, mutta kahdessa työssä (Järvinen 2004; Kuusio 2000) oli oma osio eettiselle ja monikulttuuriselle pohdinnalle. Kirjallisuuskatsaukseen löydettiin alun perin 21 mahdollista tutkimusta, joista lopulliseen katsaukseen valittiin neljätoista (14) tutkimusta (taulukko 1).

Taulukko 1. Tutkimukset laadun mukaan

Tutkimus	n
Väitöskirja	5
Pro gradu -tutkielma	6
Muu tutkimus	3
Yht.	14

Kaikki valitut tutkimukset olivat kvalitatiivisia tai kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tutkimuksia (taulukko 2). Etnografista viitekehystä käytettiin varsinkin väitöskirjoissa. Katsauksesta esiin tulleet tutkimustulokset ryhmiteltiin analyysissä neljään terveydenhuollon eettisten periaatteiden alueeseen. Tutkimustuloksia kuvattiin sen otsikon alla, johon se parhaiten soveltui. Koska tutkimustuloksia pyrittiin tarkastelemaan eettisestä näkökulmasta, olisi tulokset voitu laittaa myös muiden periaatteen alle.

Taulukko 2. Katsaukset tieteenalan mukaan

Tieteenala	n	kvalitat.	kvalitat. + kvantitat.
Hoitotiede	7	6	1
Uskontotiede	1	1	
Lääketieteen ja uskonto- tieteen antropologia	1		1
Yhteiskuntatieteet	2		2
Muu	3	1	2
Yht.	14	8	6

Tutkimuksissa oli eniten sellaisia näkökulmia, jotka kuvasivat maahanmuuttajan sopeutumista ja kieliongelmiä ja niiden vaikutuksesta syntyviä eettisiä ongelmia. Jokaisessa tutkimuksessa selvitettiin maahanmuuttajan arkea ja käsiteltiin maahanmuuttajien tai terveydenhoitajien kokemuksia. Tutkimuksissa kuvailtiin, miten maahanmuuttaja kokee itsensä suomalaisessa yhteiskunnassa ja suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ja millaisia ristiriitatilanteita oli ollut. Myös terveydenhoitajien valmiuksia ja ajatuksia maahanmuuttajapotilaan kanssa työskentelystä kuvailtiin ja selvitettiin.

5.1. Ihmisarvon kunnioittaminen ja oikeus hyvään hoitoon

5.1.1 Pakenemisen aiheuttamia ristiriitoja

Pako kotimaasta tapahtuu monista eri syistä. Perheestä on voinut tulla Suomeen yksi tai useampi jäsen ja vanhemmat ovat saattaneet ottaa vain yhden tai osan lapsistaan mukaan. Nämä seikat aiheuttavat perheen lapsille ja vanhemmille suurta huolta ja ahdistusta. Järvisen (2004) tutkimuksessa osoitettiin, kuinka paon oikeutukseen liittyvät tilanteet tuovat henkilökunnan ja maahanmuuttajan välille eettistä pohdintaa ja eettisiä kysymyksiä.

”Se ei ollut päätös. Emme järjestäneet matkaa ja jättäneet lapsia. Olemme paenneet, vaikka meidän piti jatkaa elämää heidän kanssaan. Sota riehuu, moneen kuukauteen ei tietoa lapsista. Aikaisemmin tullut tieto, että yksi sairaana ja toinen ei mene kouluun. Yksi pojista lähestyy aikuisuutta, voi jo mennä tytön kanssa. Miten täällä voi järjestää elämän, kun tietää, että voi saada tietoja, etteivät lapset voi kotimaassa hyvin.”(Pakolainen)

(Järvinen 2004)

Erityisesti lapsen asemaa ja oikeuksia uhanneet tilanteet aiheuttavat terveydenhuoltohenkilökunnan keskuudessa tunnekuohuja. Järvinen (2004) kuvailee tilannetta, jossa pakolaislapset kokivat perheen hajoamisen ja sitä seuranneen turvattomuuden erittäin voimakkaasti. Lasten isä oli lähettänyt kaksi alaikäistä lastaan pakomatalle Suomeen yksinään. Lapset eivät kyenneet ymmärtämään, miksi äiti ja isä eivät tulleet mukana vaan jättivät heidät. Lasten suuri hätä sai henkilökunnan pohtimaan kriittisesti, mikä oikeuttaa vanhemman tekemään näin suuren ratkaisun. Henkilökunta ei pystynyt itsekään ymmärtämään ja hyväksymään vanhempien ratkaisua.

Ilman huoltajaa tulleet lapset ovat erityisen haavoittuva ryhmä muiden maahanmuuttajien joukossa. Suomeen tuli vuosien 1991–2001 välisenä aikana yli 1 200 alaikäistä turvapaikan hakijaa ilman huoltajaa. Suurin osa lapsista oli joutunut eroon vanhemmistaan jo ennen pakomatkaa. Lapsilla saattoi olla takanaan monia raskaita sotaan, väkivaltaan ja menetyksiin liittyviä kokemuksia. (Helander & Mikkonen 2002.)

”Oli hirveätä lähteä Somaliasta. Vuosien päästäkään mä en halunnut muistella sitä päivää, kun mä lähdin. Se oli niin kauheeta! Ihan kun mä olisin menettämässä äidin. Mä itkin hirveesti.” (Tyttö, 17)

(Helander & Mikkonen 2002)

Lapset ja nuoret ovat kokeneet, että ero vanhemmista on kaikkein vaikein asia heidän elämässään. Heillä on ikävä vanhempiaan ja huoli heistä. Lisäksi selviytyminen uudessa kotimaassa aiheuttaa monenlaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita, kuten unettomuutta, painajaisia, syömishäiriöitä, masennusta ja aggres-

siivisuutta. Monilla lapsilla on jatkuvaa päänsärkyä ja vatsakipuja, ja he itkevät öisin, koska ovat peloissaan. (Helander & Mikkonen 2002.)

5.1.2 Maahanmuuttajaperhe uudessa maassa

Silvennoisen (2000) tutkimuksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstö on kokenut somalialaiset maahanmuuttajat ystävällisiksi, kohteliaiksi ja huumorintajuisiksi ihmisiksi. Heidät koetaan paljon elämää kokeneiksi ja siihen tyynesti suhtautuviksi ihmisiksi, jotka eivät näytä helposti tunteitaan, kuten surua. Tutkimuksessa todetaan, että he eivät myönnä, jos eivät ymmärrä hoito-ohjeita tai neuvoja. Tantun (1997) mukaan kieliongelmat, erilainen kulttuuri ja vuorovaikutus ovat vaikuttaneet siihen, että maahanmuuttajaperheet kokevat itsensä yhteiskunnan ulkopuolisiksi.

Perheen sisäinen dynamiikka on muuttunut Suomeen muuton jälkeen. Esimerkiksi Somaliassa miehet eivät osallistuneet lasten- tai kodinhoitoon. (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Suomeen tulon jälkeen perheen perinteiset roolit ovat muuttuneet erillisistä rooleista perheen yhteiseen asioiden huolehtimiseen. Miehet ovat ruvenneet arvostamaan perheen jokapäiväisiä askareita ja huolehtimaan niistä uudella tavalla. Kuitenkin osa perheistä tuntee rikkovansa perinteisiä sääntöjä, joten asia on myös arkaluontoinen ja häpeällinen. Naisten mielestä miehet ovat menettäneet entisen asemansa, kun osallistuvat lastenhoitoon ja yleiseen kodinhoitoon enemmän kuin aiemmin. (Tanttu 1999.) Muuttaminen uuteen maahan on muuttanut myös yhteisöllistä hoitoperinnettä. Muutos näkyy Suomen yhteiskunnallisessa toiminnassa. Esimerkiksi neuvolatoiminta huolehtii yhden osan lasten kokonaisuudesta, terveydenhoidosta. Sen on todettu tuottavan hämmennystä perheissä, jotka olivat tottuneet siihen, että lapsi hoidetaan aina perheyhteisön keskuudessa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Knuutila 1996; Tiilikainen 2003)

Tutkimusten mukaan somaliperheiden runsas lapsiluku näkyy perheiden lastenhoito- ja kasvatuskäytännöissä. Somaliäiti on tottunut hoitaja, joka käsittelee lastaan lämpimästi, myönteisesti, luontevasti ja reippaasti. Lapset pidetään puhtaina ja heidät puetaan hyvin. (Hassine-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003; Järvinen 2004). Neuvolassa on kiinnitetty huomiota somalilasten hyvään motoriseen kehitykseen, johon äitien luonteva lapsen hoitotapa ja käsittely on voinut vaikuttaa. Lasta kannustetaan varhain liikkumaan. Hämmennystä henkilökunnalle on aiheuttanut tieto, että jotkut perheet opettavat lastaan, nimenomaan tyttöä, jonkinlaisen kävelytelineen käyttöön jo noin puolivuotiaana. Poikaa ei opeteta, sillä perinteen mukaan pojan selkä ei kestä harjoitusta, koska sen katsotaan olevan pehmeämpi kuin tytön. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Tutkimusten tulosten mukaan ravitsemukselliset tottumukset eroavat eri kulttuurien kesken huomattavasti. Ristiriitaa maahanmuuttajien ja työntekijöiden

välille on aiheuttanut muun muassa raskauden aikainen ravitsemus ja paastominen (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Ikonen 1999; Pursiainen 2001; Silvennoinen 2000). Islaminuskosten ruokakulttuuri sisältää paistettuja ja rasvaisia ruokia. Terveystieteiden mielestä joillakin raskaana olevilla äideillä on ilmennyt poikkeuksellisen rajua pahoinvointia (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Pursiainen 2001) ja tämän he ovat arvelleet johtuvan naisen ruokavalion koostumuksesta. Eettistä pohdintaa aiheuttaa, kun raskaana oleva diabeetikkoäiti haluaa paastota. Vastakkain ovat äidin käsitys hyvästä ja kuuliaisesta musliminaisena olemisesta ja terveydenhoitajan käsitys äidin ja lapsen hyvinvoinnin tärkeydestä. (Pursiainen 2001). Terveystieteiden mielestä maahanmuuttajaäidit elävät raskauden ajan pääsääntöisesti oman kulttuurinsa mukaisesti. Ylipainoon ja raskauspahoinvointiin liittyvän terveysneuvonnan on koettu menevän hukkaan äitien omien perinteiden vaalimisen ja kielitaidon puutteen vuoksi. (Silvennoinen 2000.)

Tiilikainen (2003) havaitsi tutkimuksessaan, että esimerkiksi Etelä-Somalialissa on totuttu pizzan syömiseen, sillä alue on entistä Italian siirtomaata. Somaliperheen ruoanlaitto perustuu tuoreisiin ruoka-aineisiin, einestuuotteita perheissä ei ole totuttu käyttämään. Suomessa asuva perhe valmistaa kotonaan myös suomalaista ruokaa, ja somalialaisten on todettu olevan jopa innokkaita osallistumaan suomalaisen perusruoan valmistuskursseille. Perheen lapset ovat tottuneet suomalaiseen ruokaan kouluissa ja päiväkodeissa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003.)

Maahanmuuttajaperheistä esimerkiksi somalialaiset eivät syö sianlihaa. Tiukasti ruokasääntöjä tulkitseva muslimi on tarkka siitä, että liharuokiin koskeneet esineet, esimerkiksi veitset, säilytetään erillään muista veitsistä. Eräs somaliäiti oli nähnyt lapsensa syövän kinkkuvoileipää, kun hän oli tullut hakemaan lastaan päiväkodista. Hoitaja oli todennut kauhistuneelle äidille, että vahinko oli sattunut, koska heillä oli ollut kiire. Äiti oli tästä syystä luopunut opiskelupaikastaan ja jäänyt kotiin hoitamaan lastaan. (Tiilikainen 2003.) Samanlainen tai samantapainen erehdys voisi olla mahdollinen myös esimerkiksi sairaalaympäristössä.

Sikaperäisiin aineisiin kohdistuneet tiukat tulkinnat ovat aiheuttaneet epätietoisuutta ja ristiriitatilanteita erityisesti MPR-rokotteen turvallisuudesta. Rokote sisältää liivatetta, joka on muutettu hullun lehmän taudin esiintymisen vuoksi nautaperäiseksi sikaperäiseksi. Tämän vuoksi jotkut somaliperheet eivät anna rokottaa lapsiaan kuin korvaavalla lääkkeellä. Ongelmaksi on muodostunut korvaavan lääkkeen selvästi tehottomampi vaikutus ja suhteellisen kallis hinta. (Tiilikainen 2003.)

5.1.3 Maahanmuuttajamiehen rooli uudessa maassa

Useassa tutkimuksessa miehen rooliin on kohdistettu ristiriitaisia tunteita ja ajatuksia sekä hoitohenkilökunnan että naisen taholta. Miehen asema naiseen nähden on koettu voimakkaampana. Mies viettää paljon aikaa poissa kotoa muiden maahanmuuttajamiesten kanssa ja jättää lasten- ja kodinhoidon puolisolleen. Toisaalta on myös todettu, että monessa maahanmuuttajaperheessä isän rooli on Suomeen tulon jälkeen muuttunut olosuhteiden muuttuessa. Mies on löytänyt perheen arvon ja osallistuu enenevässä määrin lasten- ja kodinhoitoon. Synnytykseen osallistuminen on saattanut tuntua muutamista miehistä häpeälliseltä (Tanttu 1997), mutta osa heistä on osallistunut siihen mielellään ja kokenut sen hyväksi (Mölsä 2004; Tiilikainen 2003). Synnytykseen osallistumiseen liittyvät positiiviset kokemukset ovat vaikuttaneet siihen, että mies arvostaa vaimoaan, vaimonsa kokemuksia ja lapsiaan aiempaa enemmän (Mölsä 2004).

Miehen roolin perheen elättäjänä on todettu hävinneen. Miehen yhteiskunnallinen asema on muuttunut. Hän oli saattanut toimia Somaliassa esimerkiksi lakimiehenä tai korkeana virkamiehenä. Suomessa perhe elää tänä päivänä toisenlaista, uudenlaista elämää ja usein sosiaaliturvan varassa. Perheen hyvinvointi on yleensä riippuvaista valtion tarjoamista palveluista, ilmaisesta koulutuksesta, lasten päivähoidosta ja terveydenhuollosta. (Tiilikainen 2003; Silvennoinen 2000; Pursiainen 2001.)

Tutkimusten mukaan miehen moniavioisuus on aiheuttanut ristiriitaitilanteita terveydenhuoltohenkilöstön ja miehen välille. Maahanmuuttajamiiehellä saattaa olla Suomessa useampia vaimoja. (mm. Ikonen 1999; Järvinen 2004; Silvennoinen 2000; Tiilikainen 2003), mutta moniavioisuuden yleisyydestä Suomessa asuvien somalimiesten keskuudessa ei ole virallista tietoa. (Tiilikainen 2003). Maahanmuuttajanainen on kritisoinut miehen valtaa vastaan eikä ole hyväksynyt moniavioisuutta. Eräs kurdinainen kertoi, että eräällä suvun johtajalla oli 17 vaimoa (Järvinen 2004). Naisten on vaikea seurata ja nähdä, kuinka mies etsii uutta vaimoa itselleen (Tiilikainen 2003).

”Miehillä on useampi vaimo ympäri Suomen, että hän silloin kun vaimo tulee raskaaksi niin saattaa vain vaimonsa tänne ja sen jälkeen häviää ja menee ehkä seuraavan vaimon luokse.”(Terveydenhoitaja)

(Silvennoinen 2000)

”Kun mulla on perhe jossa on siis, että miehellä on ainakin kaks tai kolme vaimoo täällä joka on ihan tullu ilmi, että mies on silleen et se käy kahessa kolmessa perheessä hoitaa asia ja käy vauvan tekemässä.”(Terveydenhoitaja)

(Silvennoinen 2000)

5.1.4 Maahanmuuttajanaisen rooli uudessa maassa

Aggressiivisuus, mustasukkaisuus ja naisen alistaminen ovat yleisimpiä stereotyyppioita, jotka liitetään islaminuskoon (Pursiainen 2001). Silvennoisen tutkimuksessa (2000) on esitetty terveydenhoitajien näkemyksiä niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat maahanmuuttajaäidin elämään. Niitä ovat kulttuurinen perinteiden vaikutus, uskonnon vaikutus, naisen rooli perheyhteisössä, miehen rooli perheyhteisössä, ympärileikkauksen vaikutus ja perinteisen ruokakulttuurin ja raskaana olemisen vaikutukset.

Useassa tutkimuksessa on korostettu naisen roolia olla äiti. Tutkimustulosten mukaan nainen haluaa olla vahva, kuten kotimaassaan, ja hoitaa mahdollisimman hyvin itsensä, miehensä, lapset ja kodin. Onnistuminen vaikuttaa häneen positiivisesti ja vahvistavasti. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Paunonen 1999; Silvennoinen 2000; Tiilikainen 2003.) Tutkimuksissa se on mainittu hyväksi asiaksi, sillä monet naiset kokevat eristäytyneisyyden tunnetta ja sosiaalisen tuen puutetta, koska Suomessa heiltä puuttuu kokonaan perinteisiin kuuluva perheen tuki. Maahanmuuttajanainen saattaa tuntee elämänsä Suomessa hyvin yksinäiseksi, ja siihen kielitaidon puutteella on todettu olevan merkittävä vaikutus. (Knuutila 1996; Tanttu 1997; Silvennoinen 2000; Tiilikainen 2003.)

Perinteisesti somalialainen nainen ei voi näyttää tunteitaan, sillä naisen tulee olla ja toimia kuten ”väsymätön kone” (Tiilikainen 2003). Patriarkaaliseen kulttuuriin ja islamin arvoihin perustuva suurperheiden arvostus on tuonut ristiriitaisia tunteita terveydenhuollon työntekijöiden keskuuteen. Henkilökunta on tutkimusten mukaan huolestunut äitien peräkkäisten raskauksien vaikutuksista heidän fyysiseen ja psyykkiseen terveydentilaansa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Kuusio 2000.) Kotona äidit hoitavat yksin perheen lapset, kun osa miehistä ei osallistu lasten- tai kodinhoitoon. Fyysinen ja psyykinen väsyminen saattaa muuttaa naisen käyttäytymistä. Yksinolo aiheuttaa pelkoa, ja yksinäisyys sekä pelko yhdessä aiheuttavat masentuneisuutta (Tanttu 1997). Sairaalassa naisen on todettu kokevan itsensä yksinäiseksi, koska hän ei ole ymmärtänyt mitä sanotaan, eikä kukaan ole ollut seurana tai hakeutunut hänen seuraansa, ei edes hoitaja (Tanttu 1997). Maahanmuuttajalla on todettu olevan vaikeata saada suomalaisiin kontaktia, koska suomalaiset vetäytyivät koteihinsa (Tanttu 1997; Silvennoinen 2000; Tiilikainen 2003). Harva somalinainen on ystävystynyt suomalaisen kanssa. Kontaktit liittyvät pääasiassa tapaamisiin eri viranomaisten kanssa. (Tiilikainen 2003.)

Niillä maahanmuuttajaäideillä, joilla on laaja tukiverkosto, se koostuu pääasiassa oman asuinalueen paikallisista maahanmuuttajista (Ikonen 1999; Silvennoinen 2000). Sosiaalisen verkoston luomisessa hyväksi on koettu tietyt neuvolan työmuodot. Nimenomaan äitivalmennus, jossa äideillä on mahdollisuus tavata samassa tilanteessa olevia suomalaisia ja ulkomaalaisia äitejä, on tarpeellista.

(Hassinen-Ali-Azzani 2002; Knuutila 1996.) Naisen tuki naiselle koetaan erityisen tärkeäksi muun muassa tukiverkostona ja tulkkaustilanteessa (Tanttu 1997; Pursiainen 2001; Silvennoinen 2000). ”Miksi ei voida järjestää naislääkäreitä naiselle?”, ihmeteltiin Pursiaisen (2001) tutkimuksessa.

Kuusion (2000) tutkimuksessa mainittiin, mitä vaikutuksia vierailijoilla on monikulttuurisella lapsivuodeosastolla. Muslimiäideillä kävi sairaalassa enemmän vieraita kuin osaston muilla potilailla. Suuret vierailijamäärät saattoivat häiritä suomalaisia potilaita, vaikka perheet pyrkivät noudattamaan vierailuaikoja ja tapasivat kahviossa ja osaston aulassa. Melu häiritsi, mutta kuten yksi hoitaja ilmaisi:

”Vierailijoiden määrä on sellainen...että onko se siinä sitten oikea perustelu ärsyyntyä, vai onko se meissä sellainen, et se sotkee meidän sairaalan omaa sisäistä järjestystä. (Hoitaja)

(Kuusio 2000)

Patriarkaalisuus sekä miehen ylivalta on koettu naisen alistamisena. Se on aiheuttanut hämmennystä ja ristiriitaisia tunteita osalle hoitajista. Ajan myötä he ovat kuitenkin tottuneet perheiden toimintatapoihin. Naisia kohtaan tunnetaan sääliä ja myötätuntoa heidän alistetun asemansa vuoksi. (Silvennoinen 2000.) Hoitohenkilökunnalla on ollut myös vastakkaisia kokemuksia ja tuntemuksia. Naiset eivät ole alistettuja, eivätkä perheet ole onnettomampia suomalaisiin perheisiin verrattuna. Samanlaisia vaikeita ongelmia ja ristiriitatilanteita on hoitohenkilökunnan mukaan havaittavissa suomalaisissakin perheissä. (Pursiainen 2001.) Erään somalialaisen naisen mukaan suomalainen nainen on alistettu. Suomalainen nainen on kuin orja, joka ottaa miehen nimen, jolloin yhteys isän sukuun katoaa. Lisäksi hän toteaa:

”Suomalaiset naiset ovat koko ajan miestensä kanssa ja vahtivat heitä ihan niin kuin koira. Suomalaiset naiset ovat kiinni miehissä ihan niin kuin kaarna puussa...”

(Tiilikainen 2003)

5.1.5 Kielitaito maahanmuuttajien terveydenhoidossa

Suomessa hyväksytyyn näkemyksen mukaan maahanmuuttajat pyritään kotoittamaan eli integroimaan Suomeen. Se tarkoittaa, että maahanmuuttaja jälkeläisineen pyrkii säilyttämään oman kielensä ja kulttuurinsa samalla, kun he omaksuvat Suomen kulttuurin ja kielen. Näin tähdätään monikulttuurisuuteen. (Seppälä 1998.) Tutkimustulosten mukaan kielelliset ongelmat ovat vaikuttaneet laaja-alaisesti moneen toimintaan. Ymmärtämisen vaikeus on aiheuttanut

monenlaisia eettisiä ristiriitatilanteita ja ongelmia. Muun muassa hoito-ohjeita ei ole ymmärretty tai asiat ovat jääneet epäselviksi sekä avoterveydenhuollon puolella (Ikonen 1999; Knuutila 1996; Kuusio 2000; Hassinen-Ali-Azzani 2002) että sairaalaorganisaatioissa (Tanttu 1997). Keskinäisellä luottamuksella on todettu olevan suuri merkitys keskustelun onnistumisessa. Luottamus riippuu ammattiauttajan tavoista ja valmiudesta mieltää, ymmärtää, selittää ja antaa myös maahanmuuttajalle mahdollisuus kertoa itsestään, etsiä itseään uudessa maassa ja uudessa kulttuurissa (Järvinen 2004).

Kulttuuristen tapojen erilaisuudet ovat aiheuttaneet ristiriitaa ja epävarmuutta sekä terveydenhuollon asiakkaalle että hoitajalle (mm. Pursiainen 2001; Tanttu 1997; Silvennoinen 2002). Tanttu (1997) ja Silvennoinen (2002) ovat tutkimuksissaan esittäneet epäilyn siitä, onko tietyissä kulttuureissa, esimerkiksi islaminuskteisissa maissa, naisilla oikeutta sanoa mielipidettään. Tämä on tullut esille muun muassa vastaanottotilanteissa, joissa naisen aviomies on ollut mukana ja selittänyt miten hänen vaimonsa on voinut raskauden aikana. Terveystenhoitajien mielestä äidit ovat olleet lähinnä sivustaseuraajia. Myös joillekin äideille itselleen on herännyt epäily siitä, että puoliso ei ole tulkatessaan välittänyt kaikkea tärkeää tietoa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Vastaanotolla mukana ollessaan mies on toiminut vaimonsa tulkkina.

”...ja se on aika jännää, että silloin kun mies on paikalla, niin mies tulkkaa ja nainen ei osallistu millään lailla keskusteluun eikä mitenkään muuten, mutta kun mies lähtee pois, me ollaan monen naisen kanssa pärjätty suomenkielellä.”
(Terveystenhoitajan kommentti)

(Kuusio 2000)

Tutkimuksissa on todettu, että naisen puutteellinen kielitaito tekee hänet riippuvaiseksi miehestään (Knuutila 1996; Tiilikainen 2003). Ajanpuute, kiireinen ilmapiiri vastaanottotilanteissa ja palvelujärjestelmän byrokraattisuus vaikeuttavat palvelujen saatavuutta. Naisen riippuvuutta miehestään lisää, mikäli nainen ei kykene hoitamaan käytännön tilanteita huonon kielitaitonsa vuoksi (Knuutila 1996). Tosin joskus mies ei ole välittänyt opetella suomen kieltä hyvän englannin kielen taitonsa vuoksi, jolloin nainen on ollut pakko opetella suomen kieli. Suomen kielen taidon avulla nainen on todettu saavan uusia mahdollisuuksia ja itsenäisyyttä arkielämäänsä. (Tiilikainen 2003.) Tulkin roolissa on saattanut toimia ystävä tai jopa oma lapsi, vaikka ammattitulkin tulkkaus on aina parempi ratkaisu. Hoitohenkilökunnalle on herännyt kysymyksiä tulkkauksen luotettavuudesta esimerkiksi tilanteessa, jossa on käsitelty arkaluonteisia asioita. Henkilökunta on jäänyt pohtimaan, mitä perheet keskustelevat keskenään ja tulkataanko kaikki tarpeellinen arkaluonteisesta asiasta. (Tanttu 1997; Pursiainen 2001.)

Maahanmuuttajainaisilla on todettu Suomeen muuttamisen jälkeen olevan aluksi

vaikeuksia kommunikoinnissa sekä annettujen ohjeiden ymmärtämisessä. Naiset ovat ennen kielen oppimistaan olleet arkoja ilmaisemaan asioitaan. Ajan kuluessa heistä on hävinnyt arkuus, ja naiset pystyvät tänä päivänä hoitamaan asioita ilman aviomiestensä tukea. Vuorovaikutustilanteessa naiset eivät ilmaise omaa mielipidettään helposti. Oman mielipiteen sijasta esitetään yhteisön mielipide tai uskonnollinen näkemys asiaan. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tanttu 1997). Tulkkaus tunteista koetaan ongelmallisena, koska islamilainen nainen ei perinteensä mukaan puhu tunteistaan vieraalle. Erityisen tärkeäksi tekijäksi on muodostunut naistulkin saaminen naisasiakkaalle. (Kuusio 2000; Pursiainen 2001; Silvennoinen 2000.) Naisasiakkaat ovat vapautuneempia ja puhuivat naisten asioista avoimemmin naispuoliselle terveydenhoitajalle kuin miespuoliselle (Silvennoinen 2000).

Somalialaisten nopean suomen kielen oppimisen ansiosta ammattitulkkien käyttö ainakin heidän keskuudessaan on vähentynyt (Hassinen-Ali-Azzani 2002), mutta tulkin käyttö ja yhteistyö tulkkien kanssa on erittäin tärkeää (mm. Kuusio 2000; Pursiainen 2001; Silvennoinen 2000; Tanttu 1997). Heidän avulleen pyritään varmistamaan, että tieto, esimerkiksi hoito-ohjeet, ymmärretään oikein (Silvennoinen 2000). Sairaalassa tulkin käyttö on todettu vajavaiseksi. Tätä on selitetty sillä, että päivystykseen menoa ei voida ennakoida ja siksi tulkkia ei aina saada paikalle (Tanttu 1997), tulkit ovat liian kalliita tai heitä on liian vähän. (Kuusio 2000). Hassinen-Ali-Azzanin (2002) tutkimuksessa on kuvailtu tilannetta, jossa somalinainen ymmärsi vasta jälkikäteen oikealla tavalla, minkälainen leikkaus hänelle oli tehty. Hän oli sairaalasta lähtönsä jälkeen hakenut ehkäisytabletteja neuvolasta, jolloin oli järkyttyneenä kuullut, että leikkaus oli kohdunpoisto.

Tulkin käytön lisäksi non-verbaalista viestintää ja piirtämistä käytetään vuorovaikutustilanteissa. Huumori toimii oivallisesti apuna. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Ikonen 1999; Silvennoinen 2000.) Maahanmuuttaja saattaa hymyillä ja nyökätä hoitohenkilökunnan esittämiin kysymyksiin, mutta varmuutta ei kuitenkaan saada siitä, onko maahanmuuttaja ymmärtänyt asian vai ei. Tietyn kulttuurin hyviin tapoihin kuuluu, että tietämättömyyttä ei paljasteta. (Kuusio 2000.) Osa maahanmuuttajista on kuvannut tietävänsä, mitä työntekijä heistä ajattelee, vaikka yhteistä kieltä ei ole ollutkaan (Knuutila 1996). Muutamat maahanmuuttaja ovat kokeneet sairastuessaan, että hoitotyöntekijät ilmaisevat ”turhan käynnin” ylimielisenä katseena, kiireenä ja kuuntelemattomuutena (Taavela 1999).

Osa maahanmuuttajista, joiden ulkonäkö poikkeaa suomalaisten ulkonäöstä, kokee olevansa erilainen. Toiset aistivat oman erilaisuutensa aiheuttavan pelkoa, hämmennystä ja hermostuneisuutta kohtaamissaan ihmisissä. Tämän vuoksi neuvolaan meno on saattanut jännittää. Ei ole tiedetty, miten siellä suhtaudutaan. (Knuutila 1996.) Vaikka maahanmuuttaja on kokenut, että hänen kas-

vonpiirteensä ja silmänsä merkitsevät hänet erilaiseksi, erilaisuudesta puhutaan kuitenkin viittaamalla ihonväriin. Ulkonäköä kommentoidaan paljon, mutta kommentteja edeltää aina merkitsevä katse, joka on jo nähnyt eron. Useimmat niistä, jotka ovat kuvailleet itseään termeillä ”tummaihoisen”, ”ruskea” tai ”musta”, ovat hyvin tietoisia siitä, että heidät nähdään erilaisina (Rastas 2002).

”No tietenkin... Miustahan näkee kilsan päähän etten oo suomalainen, tai siis Suomessa syntynyt. Ihonväri on tosi näkyvä erilaisuus...(n 17 v.)

(Rastas 2002)

Rastas (2002) toteaa, että maahanmuuttaja on kokenut ulkomaanmatkat vapauttavina muiden katseilta. Ne antavat mahdollisuuden sulautua muuhun väestöön (Rastas 2002).

5.2 Itsemääräämisoikeus

Itsemäärääminen on maahanmuuttajan hyvän hoidon keskeinen vaatimus ja tavoite. Siihen kuuluu oleellisena osana tietoisien suostumuksen periaate, joka velvoittaa antamaan maahanmuuttajalle riittävästi tietoa hänen sairaudestaan ja hoitovaihtoehdoista sekä varmistamaan, että hän on ymmärtänyt tiedon. Siihen ei saa liittyä pakotusta tai painostusta. (Kuusio 2000; Taavela 1999.) Eri kulttuurien ja uskontojen aiheuttamat erityistarpeet (elämäntavat, hoitotoimenpiteet ja niihin suhtautuminen, sosiaaliset suhteet) vaikuttavat Kuusion (2000) mukaan hoitoprosessin onnistumiseen.

Varsinkin Suomeen tulonsa alkuaikoina osa somalialaisista on käyttänyt terveyspalveluita melko runsaasti ja melko vähäisiin vaivoihin (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Taavelan (1999) tutkimuksessa iso osa (67 %) oli kokenut, että terveydenhuoltohenkilöstö kuuntelee ja kohtelee heitä hyvin, ja suurin osa (70 %) oli kokenut, että henkilökunnalle voi ja uskaltaa kertoa avoimesti erilaisista vaivoista. Kivun on todettu olevan tyypillisin oire, mistä somalinainen valittaa. Kipua kuvattiin erilaisina oireina: päänsärkynä, migreeninä, kiputuntemuksena niskassa, jaloissa, korvissa, sydämessä jne. Kylmä ilma, kova työnteko, stressi, sodan äänet, sodan muistot ja ihmiset, jotka sanoivat pahoja asioita, olivat kivun aiheuttajia. Somalikulttuurissa kivun määrä ja sen kuvaileminen on yksi tapa arvioida terveyttä ja sairautta. (Tiilikainen 2003.)

”Esimerkiksi meillä on, nyt on, ilmasairaus on. Aina lihakset kipee, jalka kipee, selkä kipee. Meillä ei ole Somaliassa tämä. Esimerkiksi nuha, nyt tulee kova. Esimerkiksi minulla ei ole koskaan poskitulehdus, täällä Suomessa minä olen nähnyt poskitulehduksen! Esimerkiksi lapset aina on, heillä tulee korva kipee. Mutta meillä harvoin on korva kipee, ei ole siellä paljon. Täällä on monta eri sairautta.”(Asiakas)

(Tiilikainen 2003)

Tiilikaisen (2003) tutkimuksessa on todettu, että on tärkeää saada mielen-terveysongelmista kärsivä asiakas mahdollisimman nopeasti asianmukaiseen hoitoon. Somaliperhe tuo mielen-terveysongelmista kärsivän omaisensa hoitoon vasta siinä vaiheessa, kun hän on psykoottinen, vaarallinen muille tai kun muut keinot eivät tepsivät. Lääkkeiden käyttöä halutaan välttää sivuvaikutusten vuoksi ja psyykelaakkeita kohtaan on erityisiä pelkoja, sillä somalialaisten mukaan ne tekevät ihmisestä jäykän ja poissaolevan.

5.2.1 Erilaiset kulttuuriset tavat, uskonto ja uskomukset

Kulttuuristen tapojen erilaisuus voi aiheuttaa ristiriitaa ja epävarmuutta. Järvinen (2004) on pohtinut, että kulttuurien kohdatessa nähdään vieraan kulttuurin tavat helposti eksoottisina, mutta myös moraalisesti tuomittavina. Pursiaisen (2001) tutkimuksessa terveydenhoitajat ovat tarkastelleet, mitkä ovat niitä tekijöitä, jotka ovat maahanmuuttajan kulttuurin sävyttämiä. Mitkä tekijät taas sisältyvät ihmiselämään yleisinhimillisinä tekijöinä, joita mistä hyvänsä kulttuurista tulevan ihmisen kokemukset voivat sisältää. Järvinen (2004) on nimittänyt tutkimuksessaan ammattiauttajan sokeiksi täpliksi niitä omia kulttuurinäkemyskäsityksiä, jotka eroavat maahanmuuttajan näkemyksistä.

Terveys on monikulttuurisessa yhteisössä moninainen. Tiilikainen (2003) on selvittänyt somalialaisten sairauksien selityksiä. Niistä monet liittyvät suomalaiseseen ympäristöön. Somalialaisten mielestä esimerkiksi keuhkoputkentulehdusta ei esiinny Somaliassa, ja Suomen kylmyys saattaa aiheuttaa keuhkokuumeen tai tuberkuloosin. Monet äidit yrittävät suojata itsensä ja lapsensa kylmettymiseltä pysymällä sisällä. Somalialainen kokee terveyden Jumalan lahjana (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Rituaalina lapsen syntymän jälkeen bangladeshilainen äiti saattaa laittaa vauvalleen silmää muistuttavan esineen otsaan, sillä se suojelee lasta pahalta. Ihon koristelu ennen lapsen syntymää tai sukujuhlia kuuluu somalialaisten rituaaleihin (Silvennoinen 2000). Muslimivauvalle ei saa antaa toisen äidin maitoa, sillä vauvoista tulee silloin ns. maitosisarukset. Käytännössä tämä tarkoittaa, että nämä vauvat, saman äidin maitoa saaneina, eivät voisi koskaan avioitua keskenään. Esimerkiksi tämä kulttuuriero on aiheuttanut henkilökunnan keskuudessa eettistä pohdintaa. Mitä antaa vauvalle silloin, kun äidinmaidonkorvike aiheuttaa vatsakipuja eikä vieraan äidin luovuttamaa maitoa ole lupa antaa. (Kuusio 2000.)

Naisten hunnuttautuminen näkyy yhtenä islamilaisena piirteenä. Tosin monet somalialaiset ovat alkaneet hunnuttautua vasta Suomeen tulonsa jälkeen. Perinteisesti somalialaiset eivät ole hunnuttautuneet. Osalle tämä uusi tapa liittyi uskonnolliseen heräämiseen tai he ovat oppineet enemmän islamilaisuudesta ja puukeutuivat yksinkertaisemmin islamin edellyttämällä tavalla. Hunnun käyttö voidaan nähdä myös oman kulttuurin ja identiteetin säilyttämisenä vieraassa

maassa. Somalinainen käy huivikeskusteluita muiden musliminaisten, miesten, suomalaisen yhteiskunnan ja itsensä kanssa. Hunnuttautuminen saattaa olla myös protesti suomalaista kulttuuria kohtaan, jolloin se toimii keinona ottaa etäisyyttä ”vapaan” yhteiskunnan moraalittomuuteen. (Tiilikainen 2003.)

5.2.2 Tyttöjen ympärileikkaus

Tyttöjen ympärileikkaus aiheuttaa ristiriitaisia tunteita terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Ikonen 1999; Mölsä 2004; Tiilikainen 2003). Tyttöjen ympärileikkauksella tarkoitetaan ”kaikkia kulttuurista tai muista ei-hoidollisista syistä tehtäviä toimenpiteitä, joihin liittyy naisen sukuelinten osittainen tai täydellinen poistaminen tai niiden vahingoittaminen jollain muulla tavalla” (Mölsä 2004; Tiilikainen 2003). Julkisuuteen ei ole tullut yhtäkään Suomessa tehtyä ympärileikkausta. Myöskään Suomessa asuvien tyttöjen ympärileikkauksia ulkomailla ei ole pystytty todentamaan, mutta leikkausten mahdollisuutta ei voida sulkea pois. Tyttöjen sukuelimiä ei ole tapana tarkastaa koulutarkastusten yhteydessä. Eräs äiti kertoi kouluterveydenhoitajan tekemästä tarkastuksesta näin (Tiilikainen 2003):

”Vanhemmille ei ilmoitettu asiasta etukäteen eikä heidän kanssaan keskusteltu asiasta. Tyttöjen piti levittää jalkansa. He itkivät ja pelkäsivät, koska he luulivat, että heille tehdään jotain. Asia ei kuulu kouluterveydenhoitajalle. Tytöt olivat terveitä, eikä heissä ollut mitään vikaa. Minun lapsiani (tyttöjä) ei ole ympärileikattu enkä aio tehdä heille mitään.” (Maahanmuuttajaäidin kommentti)

(Tiilikainen 2003)

Tyttöjen ympärileikkauksista keskusteltiin yleisesti 1990-luvulla, jolloin Suomeen alkoi saapua pakolaisia niiltä alueilta, joissa ympärileikkauksia tehdään. Tyttöjen ympärileikkaus on perinne lähinnä Afrikassa ja sitä on harjoitettu yli 2000 vuotta, ennen kristinuskoa ja islamia. Tyttöjen ympärileikkauksen historiaa ei tunneta tarkasti, mutta sen oletetaan saaneen alkunsa muinaisen Egyptin ja Sudanin alueilta. Perinne on levinnyt useisiin Afrikan maihin ja Arabian niemimaalle ja joihinkin Aasian maihin. (Mölsä 2004; Tiilikainen 2004.)

Tyttöjen ympärileikkauksen syyt vaihtelevat maan, alueen ja kulttuurisen taustan mukaan. Sitä perustellaan kulttuurisilla, uskonnollisilla, sosiaalisilla, taloudellisilla, seksuaalisilla sekä esteettisyyteen ja puhtauteen liittyvillä syillä. Arabian kielessä sekä poikien että tyttöjen ympärileikkaukseen voidaan viitata termein ”khitaan” tai ”tahara”, jotka tarkoittavat puhdistautumista. Somalian kielen ”gudniin” tarkoittaa tyttöjen ja poikien ympärileikkausta (Tiilikainen 2004).

Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan ympärileikkaukset voidaan jakaa

neljään eri tyyppiin, joista Tyyppi I on lievin. Tyyppi I muotoa voi tarkoittaa niin sanottu ”sunna-ympärileikkaus”, jota kuvataan usein pistämiseksi ja muutaman veripisaran vuodattamiseksi klitoriksesta. (Mölsä 2004; Tiilikainen 2004.) Yleisesti ottaen eri etnisen ryhmän miehet ja naiset eivät tiedä tarkalleen, mikä on sunna-ympärileikkaus. Terveysriskejä ei hahmoteta ja sitä pidetään pienenä ja vaarattomana leikkauksena. Samaan aikaan kun päättäväisesti on todettu, että omalle tyttölapselle ei missään tapauksessa tehdä ympärileikkausta, on voitu tyytyväisenä lausahtaa, että sunna-leikkaus voidaan suorittaa. (Mölsä 2004.)

Islamilaisuus liitetään usein tyttöjen ympärileikkaukseen, vaikka kyseessä on sitä vanhempi perinne, ja monet ympärileikatut naiset ovat muslimeja. On tärkeää tietää, että monessa islamilaisessa maassa ympärileikkaus on tuntematon, ja että hyvin suurta osaa musliminaisista ei ole ympärileikattu. Esimerkiksi Algeria, Marokko ja Tunisia ovat maita, joissa ympärileikkauksia ei tehdä. Koraanissa ei mainita tyttöjen ympärileikkausta, mutta siitä voidaan löytää joitakin sitä puolustavia tulkintoja (sunna-leikkauksia puolustavia). (Mölsä 2004; Tiilikainen 2004.)

Tyttöjen ympärileikkaus on Suomessa laitton teko. Se on hyökkäys tyttöjen ja naisten arvokkuutta, tasa-arvoa ja koskemattomuutta kohtaan. Se loukkaa oikeutta elämään ja fyysiseen koskemattomuuteen, oikeutta vapautteen väkivallasta, oikeutta terveyteen, oikeutta elämään ilman syrjintää, sekä yleisesti monia lastenoikeuksia (Mölsä 2004; Tiilikainen 2004). Äidit kannattavat nykyisin ympärileikkauksen lievintä tyyppiä. Mahdollinen paluumuutto saattaa vaikuttaa heidän mielipiteisiinsä, sillä isoäitien valta voi painostaa vanhempia etsimään ratkaisua ympärileikkauksen suorittamiseen. Suomessa somalityttöjen ympärileikkauksia on seurattu neuvolatarkastuksissa, mutta koulussa ympärileikkauksen seuranta ei enää ole. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Mölsä 2004; Tiilikainen 2004).

Hassinen-Ali-Azzanin (2002) tutkimuksen mukaan eri puolilla maailmaa tehdyt tutkimukset osoittavat, että somalinaiset pitävät ympärileikkausperinteen jatkamista tärkeänä ja toivovat lievimmän tyyppiä suorittamista tyttärilleen. Myös islam-tietoisuus ja tieto, ettei tyttöjen ympärileikkaus ole islamin määräys, ovat vaikuttaneet käytännön uudelleen määrittelyyn. Mölsä (2004) on todennut samanlaisia tuloksia tutkimuksessaan, jossa on haastatellut 30 eri etniseen ryhmään kuuluvaa maahanmuuttajaa, 18 naista ja 12 miestä. Naisista kahdelle ei ollut tehty ympärileikkausta. Suomeen muuton jälkeen omassa kulttuurissa pidetystä traditiosta on tullut epänormaali ja ympärileikatut naiset ovat muuttuneet ”kummajaisiksi”. Useimpien haastateltujen naisten mielestä terveydenhoitohenkilöstöllä ei ole tarpeeksi tietoa ja tarpeeksi ymmärrystä ympärileikkauksen kulttuurisista taustoista.

Suomessa somalinainen on alkanut kyseenalaistaa tyttöjen ympärileikkauksen. Lainsäädäntö, naisen muuttuneet olosuhteet ja asema, koulutustason

paraneminen sekä ennen kaikkea islamilaisten johtajien kannanotot ja naisen uskonnollinen tietämys ovat vaikuttaneet tähän (Mölsä 2004; Tiilikainen 2003). Jotkut somalinaiset ovat kritisoineet suomalaisten nuorten lävistyksiä ja veranneet niitä lievimpään ympärileikkauksen muotoon, sunna-leikkaukseen (Tiilikainen 2003). Ympärileikkauksesta ja sen suorittamiseen liittyvistä kivuista ja kärsimyksestä puhuminen on koettu vaikeana. Monet naiset eivät yhdistä kipukokemuksiaan tai muita ongelmiaan ympärileikkauksen aiheuttamiksi, vaan näkevät niiden olevan kaikille naisille yhteisiä. Syy tällaiseen saattaa olla se, että naiset eivät halua syyllistää omaa äitiään, vanhempiaan tai kulttuuriaan. (Mölsä 2004.) Tyttöjen ympärileikkaukseen tulee kiinnittää yhteiskunnallista huomiota. Kuitenkaan osoitteleva, sensaatiomainen julkisuus ei ole keino, sillä se saattaa katkaista tärkeän keskustelun, jota Suomen somaliyhteisössä käydään. (Tiilikainen 2003.)

5.2.3 Poikien ympärileikkaus

Tutkimuksissa poikien ympärileikkaus on herättänyt eettistä keskustelua. Keskustelu tyttöjen ympärileikkauksesta on ollut aiheen sensitiivisyydestä huolimatta avoimempaa. Poikien ympärileikkaukseen liittyvät keskustelut ovat käsitelleet vähemmistön oikeuksia, uskonnonvapautta ja lapsen oikeuksia ja etua. Vuonna 1999 ETENEN antaman lausunnon mukaan julkisen terveydenhuollon oli suoritettava poikien ympärileikkaus uskonnonvapauden ja toimintepiteen turvallisuuden takaamiseksi. (Tiilikainen 2003.) Samana vuonna tehtiin kantelu siitä, onko Suomen julkisin verorahoin rahoitetuissa sairaaloissa tehty etnisen kulttuuri-identiteetin vaatimia terveiden poikalasten ympärileikkauksia (Eduskunnan oikeusasiamiehen lehdistötiedote 1999; Hassinen-Ali-Azzani 2002), ja annettiin eriyvä lausunto siitä, ettei niitä tulisi suorittaa lapsen koskemattomuuden turvaamiseksi. Kyseisen lausunnon jälkeen ympärileikkaukset loppuivat julkisessa terveydenhuollossa lähes kokonaan. Kesällä 2001 tuli Kuopiossa ilmi seitsemän muslimipojan kotona suoritettut ympärileikkaukset, joiden seurauksena pojat joutuivat sairaalahoitoon. Tapaus teki näkyväksi tosiasian, että jos poikien ympärileikkauksia ei tehdä julkisessa terveydenhuollossa, perheet turvautuvat kodeissa kesäisin kiertäviin, mahdollisesti ulkomailta tuleviin ympärileikkaajiin. (Mölsä 2004; Tiilikainen 2003.)

...Leikkauttaisin pojan mieluiten sairaalassa. Suomen lakeja pitää noudattaa ja kunnioittaa. Olen käytännössä viime kesänä ja ennenkin tavannut kotileikkaajia. Olen nähnyt, miten pieni lapsi laitetaan olohuoneen pöydälle ja leikataan siinä. Minä en ymmärrä näitä isiä, jotka antavat leikkauttaa poikansa tällä tavalla. Miten he voivat ottaa tällaisen riskin? Kyseessä on poikalapsen arvokkain ruumiinosa. Miten he voivat antaa ”ikkunasta tulevan”, tuntemattoman ja epämääräisen leikkaajan leikata?... (Maahanmuuttaja)

(Mölsä 2004)

Myös Järvisen (2004) tutkimuksessa on todettu, miten jotkut maahanmuuttajaperheet ovat suorittaneet poikiensa ympärileikkauksen kotonaan ilman puudutusta. Vaikka osa vanhemmista on kritisoinut kotona tehtäviä leikkauksia vastaan, se saatetaan joissain olosuhteissa nähdä viimeisenä mahdollisuutena. Mölsän (2004) tutkimuksessa lähes kaikki Suomeen muuttaneet eri etnisen ryhmän naiset ja miehet (n = 30) kannattivat poikien ympärileikkausta. Riippumatta haastateltavien lähtömaasta, uskonnosta ja iästä, he ovat tuoneet vahvasti esiin sen, että ympärileikkaus on välttämätön ja tärkeä toimenpide. Ristiriitatilanteita perheyhteisöihin ovat aiheuttaneet myös oman kulttuurin sisällä olevat erilaiset periaatteet poikien ympärileikkausta kohtaan samasta maasta tulleitten perheitten välille. Toiset puolustavat vahvemmin periaatteita kuin toiset. (Järvinen 2004.)

”Meitä huolettaa pojan ympärileikkaus, joka meidän kulttuurissa aina tehdään. Täällä siitä kuitenkin voi syntyä henkisiä vammoja hänelle, kun hän pelaa poikien kanssa, joita ei ole ympärileikattu. Voisivat nauraa hänelle.”
(Maahanmuuttajaäidin kommentti)

(Järvinen 2004)

5.3 Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo

Taavelan (1999) tutkimuksessa on selvitetty, että Suomen terveystaloudessa, terveydenhuollossa ja niitä koskevissa tutkimuksissa tasa-arvo on jaettu kolmeen lajiin. Ensimmäinen on kohtelun ja suhtautumisen tasa-arvo, johon liittyy yksilöllinen kohtelu. Toisena on mahdollisuuksien tasa-arvo, jossa ihmisellä katsotaan olevan tasavertaiset mahdollisuudet aineelliseen ja henkiseen hyvinvointiin. Viimeisenä on lopputuloksen tasa-arvo, jossa vasta lopputuloksen samanlaisuus nähdään tasa-arvon toteutumisen osoituksena.

Pursiaisen (2001) tutkimuksessa on todettu, että tasapuolisuus hoitamisessa merkitsee ihmisen yksilöllistä huomioimista kulttuurisine tarpeineen aina silloin, kun se oli mahdollista. Kuitenkaan kahden kulttuurin muodostama kokonaisuus ei ole ehyt, vaan yksilöt osallistuvat prosessiin monella eri tasolla. Kohtaamistapahtuma sisältää maahanmuuttajan ja hoitajan face to face -suhteita ja maahanmuuttajan arkielämän muihin tilanteisiin sijoittuvia tapahtumia. Järvinen (2004) on ottanut esille myös vallan käsitteen, sillä kohtaamiseen saattaa sisältyä vallan ajattelua. Asiakasta voidaan hoitaa hoitajan oman kulttuurinäkökulman mukaisesti tai asiakkaan kulttuurin mukaisesti.

Kysymys: ”Mistä olet kotoisin?” sisältää monia näkökulmia, eikä kysymys ole koskaan viaton. Se sisältää piiloon jääviä merkityksiä paluusta, väärässä paikassa olemista, kuulumisesta ja kuulumattomuudesta. (Huttunen 1997.) Tutkimusten mukaan suomalaisilla on ennakkoluuloista suhtautumista vierasmaalaisia

kohtaan (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Järvinen 2003; Taavela 1999; Tanttu 1997). Taavelan (1999) tutkimuksessa on kuvattu Helsingin Sanomien artikkelia EU:n teettämästä Eurobarometrasta, jonka mukaan Suomi on kolmanneksi rasistisin maa, heti Tanskan ja Belgian jälkeen. Tutkimuksessa joka neljäs suomalainen on arvioinut itsensä rasistiseksi ja joka kymmenes erittäin rasistiseksi. Samassa tutkimuksessa noin puolet on arvioinut itsensä vähän ja joka viides ei lainkaan rasistiseksi. Suomalaiset 16–19 -vuotiaiden nuorten todetaan olevan rasistisempia kuin samanikäiset nuoret muissa EU-maissa. Somalialaisilla ja venäjänkielillä nuorilla on enemmän syrjintäkokemuksia kuin vietnamilaisilla ja turkkilaisilla nuorilla. Tutkimuksen mukaan 28 prosenttia nuorista tuntee, ettei valtaväestö hyväksy heitä, ja 45 prosentin mielestä valtaväestöön kuuluvat käyttäytyvät kielteisesti heidän kulttuuriryhmäänsä kohtaan. (Jasinskaja-Lahti ym. 2002.)

Suomalaisten asenteellisuus on näyttänyt kohdistuvan erityisesti venäjää puhuviin ihmisiin, sillä ongelmallisinta sopeutuminen on ollut entisestä Neuvostoliitosta ja Venäjältä tulleiden maahanmuuttajien lapsilla, jotka puhuvat vain venäjää. Hyvin suomen kieltä osaavat nuoret kertovat kokeneensa vähemmän syrjintää. (Lampinen ym. 2002.) Liebkind ym. (2004) tutkimuksessa eräs haastateltava totesi:

”Suomessa on hieno olla venäläinen ballerina tai muusikko, mutta yritäpäs olla venäläisenä naisena Helsingin yökerhon tai Kelan jonossa...”

(Liebkind ym. 2004)

Ihmisoikeudet kieltävät maahanmuuttajaan kohdistuvan syrjinnän. Oikeudet velvoittavat empaattiseen, ihmisten yksilöllisten tarpeiden mukaiseen kohteluun ja kieltävät syrjinnän, kuten ihmisten erottelun ja riistämisen rodun, ihonvärin, sukupuolen, kielen, uskonnon, kulttuurin, yhteiskunnallisen aseman, poliittisen tai muun mielipiteen tai varallisuuden perusteella. (Taavela 1999.)

5.4 Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto

Kokemukset maahanmuuttajan lähtömaan terveystalveista ovat vaikuttaneet siihen, millaisia hoitomenetelmiä maahanmuuttaja pitää Suomessa hyväksyttävänä (Taavela 1999). Maahanmuuttajien kokemukset suomalaisesta äitiyshuollosta ovat olleet pääasiassa myönteisiä. Tuloksissa ovat korostuneet turvallisuuden tunne ja luottamus. (Knuutila 1996; Tanttu 1997.) Luottamuksen saavuttaminen on merkittävä hoitotyön onnistumisen kannalta, ja suomalainen hoitoilmapiiri on usein onnistuttu luomaan luotettavaksi (Knuutila 1996; Tanttu 1997; Purssiainen 2001).). Somalialaisten maahanmuuttajien on myös todettu toivovan hoitohenkilökunnalta iloisempaa työotetta, asiaan paneutuvaa suhtautumista,

ajan antamista ja tasa-arvoista kohtelua (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Terveystenhoitajilla on halu hoitaa asiakasta hänen oman kulttuurinsa mukaisesti siten, että maahanmuuttajat pystyvät säilyttämään omat kulttuuriset tapansa ja tottumuksensa. Myös miehen ja naisen erilaiset roolit halutaan säilyttää. (Pursiainen 2001). Hoitajalta kysytään myös rohkeutta ja voimia totuttujen ja perinteisten asenteiden, työskentelytapojen ja rajojen murtamiseen (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

”Mutta että tuota tiukkaa on tehnyt, että olen saanut hyväksytyksi sen, että saa tai tekee eri tyylillä töitä. Se on ollut kova pala ja arvostelua on tullut just esimiesten taholta. Et ne ihmiset jotka on tehnyt hirveen paljon tätä työtä niin ne kannustaa ja ne tietää miten tää työ niinku on erilaista. Mutta sitten se on ollut se kritiikki todella aiheettoman kova, että kyllä mä olen joskus singonnu, että tulkaa tekemään tätä työtä ja kokeilkaa yksikin päivä. (Tiedontantaja 3)

(Hassinen-Ali-Azzani 2002)

Vastaanoton hoitajalla kuluu työskentelyyn enemmän aikaa maahanmuuttajan kanssa kuin suomalaisen asiakkaan kanssa. Kiire ja ajanpuute vaikeuttavat työn tekemistä (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Järvinen 2004; Pursiainen 2001). Työntekijöillä ei ole ollut mahdollisuutta luoda pitkiä ja kokonaisvaltaisia suhteita asiakkaisiin, jolloin olisi voitu kerätä kokemuksen kautta tietoa eri asiakkaiden kulttuuri-identiteettien monikerroksisuudesta (Järvinen 2004). Ristiriitaa on aiheuttanut se, että terveydenhoitajat olisivat halunneet paneutua asiakkaitensa asioihin paremmin kuin ovat pystyneet (Pursiainen 2001), tai ovat antaneet liian myönteistä tietoa ja katteettomia lupauksia ”päästäkseen eroon asiakkaastaan” (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Aikapulasta huolimatta terveydenhuollon hoitohenkilökunta on käynyt ammattieettistä pohdintaa kulttuuri-identiteetistä ja etsinyt vastauksia erilaisiin kysymyksiin siitä, miten, kuinka ja keitä auttavat (Järvinen 2004).

Monikulttuuristen asiakkaiden parissa työskentely edellyttää sen myöntämistä, että oma tieto vieraista kulttuureista on rajallista. Tiedon lisäämiseen tarvitaan oman näkemyksen laajentamista ja asiakkaan kuuntelemista. Huomion kiinnittäminen keskustelussa oleviin pieniin seikkoihin ja niiden merkitysten varmistaminen kysymällä auttaa työntekijöitä suhteuttamaan tätä tietoa laajemmasta kokonaisuudesta saatuun ja tutkimuksista kertyneeseen tietoon. (Järvinen 2004.)

Monikulttuuristen perheiden kanssa työskentely on kaiken kaikkiaan koettu rikkautena ja palkitsevana, ja sen on todettu laajentavan omaa näkemystä ja lisäävän erilaisuuden hyväksymistä (mm. Hassinen-Ali-Azzani 2002; Kuusio 2002; Pursiainen 2001). Työskentelyssä esiin tulevia piirteitä ovat huumori, joustavuus, napakkuus, aitous, omien tunteiden näyttäminen ja tunteiden

jakaminen asiakkaan kanssa, tarvittaessa asiakkaan tai perheen asianajajana toimiminen, jatkuva koulutus ja itsensä kehittäminen, työnohjauksen tarve, hyvä yhteistyö muiden lähisektoreiden kuten koulujen, päiväkotien ja muiden organisaatioiden kanssa (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

6 Yhteenveto ja pohdinta

Monikulttuurisuus on monimuotoinen ja laaja käsite (liite 4), jota on tutkittu paljon useasta eri näkökulmasta. Eettisestä näkökulmasta sitä on tutkittu Suomessa vähän. Kuitenkin eettisyys liittyy ihmisen jokapäiväiseen toimintaan, hoitoyhteisössä tapaan hoitaa ja huomioida asiakkaita. Siksi eettiset kysymykset ovat löydettävissä monessa tutkimuksessa.

Tähän katsaukseen valituista tutkimuksista suurin osa koski maahanmuuttajanaisten elämää. Lähes kaikki tutkimukset olivat kvalitatiivisia, jolloin asiakkaiden yksilöllisyys ja kokemukset korostuivat. Otokoko oli pieni, joten tulosten yleistettävyyttä ei voida korostaa. Terveydenhoitajat kuvasivat itsessään stereotyyppisiä käsityksiä islamilaisesta kulttuurista, kuten aggressiivisuus, mustasukkaisuus ja naisen alistaminen (Pursiainen 2001). Monikulttuurisessa yhteisössä saman kulttuurin edustajilla on joitain yhteisiä tapoja ja piirteitä, mutta tutkimuksissa tuli selkeästi esille, että stereotyyppien käyttöä tulee välttää. Ei ole olemassa kahta täysin samalla tavalla ajattelevaa ja toimivaa ihmistä, joilla olisi samanlainen arvomaailma. Eettisten kysymysten löytäminen tuotti hankaluuksia, sillä eettistä pohdintaa oli osina tutkimuslöydöksiä eri töistä. Eettistä pohdintaa ei ollut eriteltyä omana alueenaan kuin kahdessa tutkimuksessa.

Maahanmuuttajan kielitaidon puute vaikuttaa hyvin monella tavalla maahanmuuttajan fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Huono kielen ymmärtäminen ja puhuminen vaikuttavat kommunikointiin, ohjeiden ymmärtämiseen, yksinäisyyteen ja yhteiskunnan ulkopuoliseksi kokemiseen. On ahdistavaa, jos ei tule ymmärretyksi eikä pysty ilmaisemaan itseään. Siksi terveydenhuollossa tulkkipalvelun tulisi sisältyä itsestään selvänä osiona monikulttuurisen asiakkaan terveydenhuoltoon. Sen järjestäminen pitäisi organisoida helposti toteutettavaksi. Jos tulkkia ei saada paikanpäälle, on puhelintulkkauksen hyvä vaihtoehto oikean tiedon antamisessa ja saamisessa.

Osa maahanmuuttajista on syrjäytymisvaarassa huonon kielitaidon ja vähäisten sosiaalisten kontaktien vuoksi. Riittävän hyvä kielitaito on erittäin merkittävä asia ajatellen yksilön elämänlaatua. Kielitaitoinen nainen ei ole riippuvainen miehestään, selviää erilaisissa tilanteissa sekä terveydenhuoltopalveluiden käytössä että sen ulkopuolella. Kielitaito lisää naisen itsetuntoa ja rohkeutta vas-

tuottoon. Perheen oman kielitaidon säilymisellä on myös keskeinen merkitys oman kulttuurisen taustan ylläpitämiseksi. Jokaiselle ihmiselle on tärkeää tuntea kuuluvansa johonkin, tietää omat sukujuurensa ja olla tietyn yhteisön jäsen. Lapset puhuvat päiväkodeissa, kouluissa ja ystäviensä kanssa yhä enemmän suomea. Siksi on tärkeää, että vanhemmat ylläpitävät lapsen omaa äidinkielen taitoa. Se lisää yhteenkuuluvaisuuden tunnetta, ja lapsi pysyy pienestä pitäen vahvasti oman yhteisönsä jäsenenä.

Maahanmuuttajaa perheineen tulee tukea positiivisen minäkuvan luomisessa sekä asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa. Maahanmuuttajalle tulee antaa erityistä henkistä tukea ja rohkaisua ja löytää hänelle tukihenkilöitä. Maahanmuuttajalla pitäisi olla ainakin yksi suomalainen luotettava kanava suomalaiseen yhteiskuntaan. Osa suomalaisista siirtolaisista, jotka aikoinaan muuttivat Amerikkaan ja Australiaan, menestyivät hyvin, ja jopa sikäläinen yhteiskunta arvosti heidän panostaan. Tänä päivänä me voimme antaa maahanmuuttajalle mahdollisuuden luoda hyvä elämä Suomessa. (Tuominen 1998.) Keskustelun aloittaminen työyhteisössä kollegoiden kanssa edistää kulttuurista kehittymistä.

Maahanmuuttajan hoitaminen nähtiin tutkimuksissa yleisesti laadukkaana toimintana. Hoitaminen kuvattiin ihmiseltä ihmiselle toimintana. Se ilmeni molemminpuolisena luottamuksena, ihmisen kunnioittamisena, asiakkaiden tasapuolisena kohteluna, joustavana toimintana, tilanteen mukaisena toimimisena ja avoimuutena erilaisille näkökulmille. Arvo-osaaminen ilmeni hyvänä hoitamisena, asiakkaiden tasapuolisena kohteluna, molemminpuolisena luottamuksena, ihmisen ja hänen tahtonsa kunnioittamisena, joustavana toimintana ja avoimuutena erilaisille näkökulmille.

Kommunikoinnin hankaluus vaikeutti työntekijöiden työntekoa. Epävarmuuden tunne, jota työntekijä koki maahanmuuttajaa hoitaessaan, sai hänet työskentelemään tehtäväkeskeisesti. Toiminnasta eli asiakkaan hoitamisesta tuli temppeujen tekemistä. Hoitotyöntekijä korvasi oman hämmennyksensä ja ehkä myös riittämättömyyden tunteensa teknisellä suorittamisella.

Työyhteisöissä naisten asenteet maahanmuuttajia kohtaan olivat sallivampia kuin miesten. Keski-ikäisyyden todettiin olevan sallivuutta lisäävä tekijä (Pursiainen 2001). Monikulttuurisuus kuuluu terveydenhuoltoalan koulutukseen, joten monikulttuurisen hoitotyön pitäisi näkyä käytännön hoitotyössä. ETENEN (2001) laatimien yleisten eettisten periaatteiden – oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto – tulisi näkyä terveydenhuoltohenkilöstön jokapäiväisessä toiminnassa nyky-yhteiskunnan monikulttuurisessa ympäristössä. Maahanmuuttajien terveyden edistäminen tulisi nähdä koko yhteisön terveytenä, jolloin kehittämisen painopistealueina tulisi olla tasa-arvo, osallistumismahdollisuuksien edistäminen,

ryhmän voimavarojen vahvistaminen, koulutus ja toimeentulon turvaaminen. Hoitotyön käytännössä tämä näkyisi asiakaslähtöisyydessä, yhteisölähtöisen ja moniammatillisen yhteistoiminnan kehittämisessä sekä yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa, kuten Hassinen-Ali-Azzani (2002) tutkimuksessaan ilmaisee.

Lähteet

- Eduskunnan oikeusasiamies: Lehdistötiedotteet loka-joulukuu 1999. www.eduskunta.fi/fakta/eoa/eoa8m.htm. 10.11.2004.
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Suomen säädöskokoelma, Helsinki. www.finlex.fi, 6.11.2004.
- ETENE, Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Euroopan neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksista ja biolääketieteestä, ETS 164/1997.
- Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveyskäsitteitä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Helander, R. & Mikkonen, A. 2002. Ikävä äitiä... Ilman huoltajaa tulleet pakolaislapset Suomessa. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 13/2002. Helsinki.
- Hirstiö-Snellman, P. & Mäkelä, M. 1998. Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveystieteiden asiakaina. Helsinki. STM.
- Huttunen, L. 1997. Romanit suomalaisina ja vähemmistöidentiteettinsä rakentajina. Nuorisotutkimus 15 (4), 4-15.
- Huttunen, L. 2002. Kotona, maanpaossa, matkalla. Kodin merkitykset maahanmuuttajien omaelämäkertoissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirja.
- Ikonen, E-R. 1999. Terveydenhoitajan kulttuurinen kompetenssi pakolaisnaisten hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K. & Vesala, T. 2002. Rasismi ja Syrjintä Suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia. Gaudeamus. Helsinki.
- Järvinen, R. 2004. Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri. Erilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon jäsenyksissä. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Kalkas, H. 1999. Hoitotyön etiikan käytännölliset perusteet. Teoksessa Kalkas, H. & Sarvimäki, A. (toim.) Hoitotyön etiikan perusteet. WSOY. Juva.
- Kansanterveyslaki 66/9172. Suomen säädöskokoelma, Helsinki. www.finlex.fi, 6.11.2004.
- Knuuttila, L. 1996. Ulkomailta Suomeen muuttaneiden naisten kokemuksia suomalaisesta neuvolatyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Koponen, K. 2003. Monikulttuurisen hoitotyön opettaminen suomalaisessa hoitotyön koulutuksessa – Terveystieteiden opettajien kokemuksia ja kehittämishdotuksia. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden opettajankoulutus. Pro gradu -tutkielma.

- Koskinen, A-L., Rytönen, L., Helkkula, L., Hiltunen, N., Jokinen, T., Kohtala, M. & Kyckling, K. 1999. Erilaisesta kulttuurista tuleva naispotilas sairaalassa. Naisten-tautien osasto. Hyvinkään sairaanhoitoalue.
- Kuusio, H. 2000. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa – hoitohenkilökunnan kokemuksia maahanmuuttajapotilaista. Helsingin yliopisto. Humanististen tieteen laitos. Uskontotiede. Pro gradu –tutkielma.
- Laki ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehdyn yleissopimuksen ja siihen liittyvien lisäpöytäkirjojen eräiden määräysten hyväksymisestä 18/1990. Suomen valtion sopimukset. www.finlex.fi.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Suomen säädöskokoelma, Helsinki. www.finlex.fi, 6.11.2004.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994. Suomen säädöskokoelma, Helsinki. www.finlex.fi, 6.11.2004.
- Lampinen, P., Cortés Téllez, M., Gluschkoff, K., Karvonen, I., Lallukka, S., Leskinen, A., Lyra, A., Melanko, V., Novitsky, E., Smirnov, S. & Juusola, L. 2002. Suomen ja venäjänkielisen väestönosan kysymyksiä 2002. Etnisten suhteiden neuvottelukunnan asettaman työryhmän raportti. Venäjän ja Itä-Euroopan instituutti. www.mol.fi/etno/venajankieliset.htm. 4.11.2004
- Leino-Kilpi, H. 2003a. Hoitotyön etiikan perusta. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. Juva.
- Leino-Kilpi, H. 2003b. Eettinen ongelmanratkaisu. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. Juva.
- Leino-Kilpi, H. 2003c. Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. Juva.
- Leino-Kilpi, H. 2003d. Terveiden edistämisen etiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. Juva.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. Juva.
- Liebkind, K. 1994. Monikulttuuriseen Suomeen. Teoksessa Karmela Liebkind (toim.) *Kulttuurien kohtaaminen Suomessa*. Helsinki. Gaudeamus.
- Liebkind, K. 2000. Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa. Gaudeamus. Helsinki.
- Liebkind, K., Mannila, S., Jasinskaja-Lahti, I., Jaakkola, M., Kyntäjä, E. & Reuter, A. 2004. Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. Gaudeamus. Helsinki.
- Malin, M. & Tiilikainen, M. 2002. Kaikkea ei pidä selittää kulttuurieroilla. Terve järki pätee myös maahanmuuttajapotilaisiin. *Dialogi* 4, 29.
- Männistö, Y. 2001. Monikulttuuriset lapset suomalaisessa yhteiskunnassa. Tutkimusohjelma. Yhteiset Lapsemme ry. Helsinki.
- Mölsä, M. 2004. Ajat ovat muuttuneet: Selvitys tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen liittyvistä asenteista ja aikeista pääkaupunkiseudulla asuvien maahanmuuttajien keskuudessa.
- Paunonen, M., Tanttu, K. & Anttonen, T. 1999. Monikulttuurisen perhehoitotyön eri-

- tyispiirteitä. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY. Porvoo.
- Pitkänen, P.1997. Kun kulttuurit kohtaavat – etiikan näkökulma. Teoksessa Pitkänen, P. (toim.) Näkökulmia monikulttuuriseen Suomeen. Oy Edita ab. Helsinki.
- Pursiainen, P. 2001. Terveydenhoitajan valmius hoitaa kulttuurin mukaisesti islamilaista maahanmuuttajaperhettä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Rastas, A. 2002. Katseilla merkityt, silminnähdet erilliset. Lasten ja nuorten kokemuksia rodullistavista katseista. Nuorisotutkimus 3, 3-17.
- Repo, A. 2003. Etiikan teoriaa. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) teoksessa Etiikka hoitotyössä. WSOY. Juva.
- Sarvimäki, A. 1999. Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa Kalkas, H. & Sarvimäki, A. (toim.) Hoitotyön etiikan perusteet. WSOY. Juva.
- Seppälä, A. 1998. Ulkomaalaiset Suomessa. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. WSOY. Juva.
- Silvennoinen, P. 2000. Kulttuurinmukainen tarpeenmääritys äitiysneuvolassa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma.
- Suomen perustuslaki 731/1999. Suomen säädöskokoelma, Helsinki. www.finlex.fi, 6.11.2004.
- Taavela, R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Väitöskirja.
- Tanttu, K. 1997. Vierasmaalainen perhe äitiyshuollon asiakkaana. Monikulttuurinen näkökulma perheen toimivuudesta ja lapsen syntymään liittyvistä käsityksistä ja kokemuksista. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Tiilikainen, M. 2003. Arjen islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Vastapaino. Tampere. Väitöskirja
- Tiilikainen, M. (toim.) 2004. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Ihmisoikeusliitto ry. KokoNainen-projekti.
- Tuominen, R. 1998. Omat ja oudot opit. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. WSOY. Juva.

Julkaisematon lähde:

- Lahtinen, Mari, Kohtaamisen ja välittämisen etiikka. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. TtM, jatko-opiskelija. Luento 17.11.2004. Tehy ry. Koulutusseminaari, teemana eettiset kysymykset koulutusstrategiassa.

Muu monikulttuurisuutta käsittelevä aineisto

- Alkio, P. (Toim.) 2002. Lapset ja nuoret matkalla kestävään kehitykseen. Ajankohtaista tyttöjen koulutuksesta, terveydenhuollosta, tasa-arvosta. Väestöliiton julkaisuja. Väestötietosarja 10.
- Andrews, M. & Boyle, J. 1999. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. (3 nd ed.) Lippincott, Philadelphia.
- Baldwin, E., Longhurst, B., McCracken, S., Ogborn, M. & Smith, G. 1999. *Introducing Cultural Studies*. Redwood books, Great Britain.
- Ekholm, E. 1999. Immigrants as Entrepreneurs. Experiences of Multicultural co-operatives. Reports of university of Helsinki Vantaa Institute for Continuing educations 22.
- Enjeti, B., Lindman M. & Masuda, S. 2003. Varhaisen vuorovaikutuksen teemapäivä somaliäidille – mielikuvien maalaaminen julisteen pohjaksi. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja. Opinnäytetyö.
- Giger, J. & Davidhizar, R. 1999. *Transcultural nursing. Assessment & Intervention*. Mosby St. Louis.
- Hallikainen, M. 2000. Päätymätön tarina. Maahanmuuttajien kotoutumisen ulkoiset ja sisäiset prosessit. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja B: Artikkeleita, opinnäytetöitä, tiedotteita 28.
- Heiäng, S., Karsikas, S. & Lindström, S. 2001. Terveydenhoitajien käsityksiä valmiuksista kohdata raskaana oleva somalialainen nainen sekä hänen perheensä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hyvärinen, M, 2000. Opiskelijaterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien kokemuksia monikulttuurisesta vuorovaikutuksesta. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Terveydenhoitaja. Opinnäytetyö
- Hörst, M. 2004. Alle vuoden vanhojen monikulttuuristen lasten hoitotyö – vanhempien tukeminen ja ohjaus.
- Inram, E. 2003. Multiculturalism the greatest challenge of our times. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Sosionomi AMK. Opinnäytetyö.
- Istvan Mäki, H. (Toim.) 2000. Hedelmät jotka eivät tuoksu ruudille. Maahanmuuttajiantologia. Telakan paino. Tampere
- Ikäläinen, S., Martiskainen, T. & Törrönen, M. 2003. Mangopuun juurelta kuusen katveeseen – asiakkaana maahanmuuttajaperhe. Dark Oy, Vantaa.
- Ketonen, S. 2002. Vuorovaikutus eri kulttuuritaustan omaavien omaisten kanssa kehitysvammaisten hoidossa. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja AMK. Opinnäytetyö.
- Konttinen, P. & Skracic, S. 2003. ”Mä olin niin onnellinen, että yksin on kaikista paras olla.” Maahanmuuttajanaisten kokemuksia yksinhuoltajuudesta, perheestä, olohuoneitoiminnasta. Sosiaalialan koulutusohjelma. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opinnäytetyö.
- Korkeala, P. 2004. Käsityksiä terveydestä ja sairaudesta – Somalia ja entinen Jugoslavia.

- Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Laukkanen, M-B. 2001. Monikulttuurinen kuolema. Perustietoa eri uskontokuntiin kuuluvien hoitamisesta. Suomen Mielenterveysseura, SMS-Julkaisut. Tumma-vuoren kirjapaino Oy, Vantaa.
- Leininger, M. 1991. Culture Care Divercity & Universality: A Theory of Nursing. National League for Nursing Press, New York. (kap. 2)
- Leininger, M. 1995. Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practice (2nd ed.). McGraw- Hill, New York.
- Mallon, N. & Hasanzadeh, S. 1998. Maahanmuuttajanuoret tiedon lähteillä. "Olisi kiva sada tietoa henkilöiltä, jotka osaavat vastata." Helsingin nuorisoasiankeskus. Nuorten tiedotus- ja neuvontapiste Kompassi. Helsingin kaupungin kulttuuriasiainkeskus Kansainvälinen kulttuurikeskus Caisa. Tutkimusraportti.
- Maatsumoto, D. 2000. Culture and psychology. People around the world. Second edition. USA.
- Mielikäinen, SD. 2002. Ystävä on tärkeä ihminen. Helsinkiläisten maahanmuuttajayttöjen ystävyyssuhteet. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi. Opinnäytetyö.
- Monikulttuurisuusohjelman seurantaraportti 2003. Maahanmuuttajien kotouttaminen, kulttuurisen monimuotoisuuden kehittäminen, rasismien ja etnisen syrjinnän vastainen toiminta. Vantaan kaupunki. Monikulttuurisuusasiain neuvottelukunta.
- Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. Perhe hoitotyössä. Teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY. Porvoo.
- Pehkonen, K. 2004. Tervetuloa maahanmuuttajaperheille. Parasta Lapsille ry:n maahanmuuttajaperheleireistä kertova opas. Tuotekehitysprosessin kuvaus. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Sosionomi AMK. Opinnäytetyö.
- Perkiö, M. 2001, Suomi bangladeshilaisten silmin. Diskurssianalyysi maahanmuuttajaryhmän Suomi-puheesta. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma.
- Salo, S. & Tähtinen, H. 1996. Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Sipilä, M. 2001. Monikulttuurisen potilaan psykiatrinen hoito. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja AMK. Opinnäytetyö.
- Strand, H. 1999. Mikä maa, mikä planeetta? Somalilasten kokemuksia kotoutumisesta Suomeen. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Opinnäytetyö.
- Säisä, P. 2002. Kulttuurienvälinen hoitosuhde lastenpsykiatrisessa hoitotyössä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Sosiaali- ja terveysala. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja AMK. Opinnäytetyö.
- Simojoki, A. 2001. Iso ilo monen kulttuurin lapsesta. Yhteiset Lapsemme ry. Helsinki.

- Suvanto, M-L. (Toim.) 1993. Pitkä matka kotiin; pakolaiset ja paluumuutto. Suomen pakolaisapu. Helsinki.
- Thompson, I.E., Melia, K. M. & Boyd, K. M. 1996. Nursing Ethics. Third edition. Churchill Livingstone. Singapore.
- Tiainen, E-S. (Toim.)1990. Maailmaa parantamassa. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki.
- Tuominen, R. 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. WSOY. Juva.

RASMUS-verkosto

on valtakunnallinen yhteistyöverkosto. Ihmisoikeusliiton ylläpitämät nettisivut www.rasmus.fi kokoaa yhteen rasismien, muukalaispelon ja etnisen syrjinnän vastaiseen sekä monikulttuurisuutta edistävään työhön liittyviä tietoja, tapahtumia ja asioita. RASMUS-verkostoon kuuluu kansalaisjärjestöjä, maahanmuuttajajärjestöjä, uskonnollisia yhteisöjä, viranomaisia, tutkijoita, taiteilijoita ja yksittäisiä kansalaisia.

- seuraa rasismiin sekä monikulttuurisuuteen liittyviä asioita Suomessa ja maailmalla
- ylläpitää ja kehittää tapoja vähentää rasismia
- seuraa arki- ja piilorasismien ilmenemistä sekä tarpeen mukaan raportoi rasismitilanteesta eri viranomaisille
- lisää eri toimijoiden välistä yhteistyötä rasismien vastaisessa työssä
- edistää suvaitsevaisuuskasvatusta ja -koulutusta
- toimii vaikutuskanavana päättäjien suuntaan
- lisää vähemmistöjen ja valtaväestön välistä kanssakäymistä

Sosiaali- ja terveysministeriön maahanmuuttajaesitteet

www.stm.fi/Resource.phx/julkt/maame/maahanmuuttajaesite.htx?template=print.
28.9.2004.

Maahanmuuttajia ja heidän kanssaan työskenteleviä varten on tuotettu esitteitä suomalaisista sosiaali- ja terveyspalveluista. Esitteet ovat saatavana verkosta suomen kielen lisäksi useilla muilla kielillä.

- Tietoa Suomesta maahanmuuttajille, infopankki 11 kielellä.
- Naisten ympärileikkausten ehkäisyneuvonta, ammattihenkilöstölle.
- Turvallisesti kotona.
- Naisten sukuelinten silpominen.
- Suun ja hampaiden hoito.
- Varhaiskasvatus Suomessa (engl).
- Vauva syntyy Suomessa.

Liite 1. Maahanmuuttajat Suomessa 2003

Ulkomaan kansalaisia 103 692, joka on 2 % väestöstä.

Pakolaisia vastaanotettu 23 000.

SUURIMMAT RYHMÄT

Venäjä	24 277
Viro	12 405
Ruotsi	8 069
Somalia	4 532
Jugoslavia	4 211
Irak	3 413
Iso-Britannia	2 521
Saksa	2 430
Iran	2 359
Yhdysvallat	2 182
Turkki	2 146
Kiina	2 042
ent. Neuvostoliitto	1 994

12.12.2002 Lähde: Tilastokeskus

Liite 2. Väestö kielen ja iän mukaan 2002

Kieli	Yhteensä	Ikä		
		0-14	15-64	65+
yhteensä	5 206 295	927 009	3 480 722	798 564
suomi	4 797 311	849 969	3 211 040	736 302
ruotsi	290 251	52 457	179 412	58 382
saame	1 720	273	1 159	288
vieraskieliset yhteensä	117 013	24 310	89 111	3 592
% koko väestöstä	2,2	2,6	2,6	0,4
afgaani, pasto	187	65	121	1
afrikaans	26	4	22	0
akan	121	18	102	1
albania	4 261	1 668	2 563	30
amhara	367	93	273	1
arabia	5 641	1 457	4 117	67
armenia	134	27	102	5
azeri	139	24	112	3
bengali	656	137	517	2
bosnia	933	258	625	50
bulgaria	542	56	476	10
burma	92	25	65	2
eesti, viro	11 932	2 077	9 479	376
englanti	7 758	1 044	6 451	263
espanja	2 334	317	1 975	42
ewe	17	1	15	1
fulani, fulfulde	12	0	12	0
fääri	5	4	1	0
galla, afan oromo, oromo	50	9	41	0
ganda, luganda	11	2	9	0
georgia, gruusia	79	14	61	4
gudzarati, gujarati	18	1	17	0
hausa	18	7	11	0
heprea, ivrit	289	27	262	0
hindi	570	91	471	8
hollanti	742	68	641	33
igbo	82	8	74	0
iiri	10	0	10	0
indonesia, bahasa indonésia	118	11	106	1
islanti	116	19	95	2
italia	936	67	824	45

Kieli	Yhteensä	Ikä		
		0–14	15–64	65+
japani	657	79	572	6
yoruba	59	8	50	1
kannada	19	2	17	0
katalaani	15	1	14	0
kazakki	17	1	16	0
khmer, kambodza	108	32	76	0
kiina	3 414	656	2 713	45
kikongo, kongo	100	26	74	0
kikuju	61	4	57	0
komi	9	0	8	1
korea	163	26	137	0
kreikka	493	22	457	14
kroatia	81	12	68	1
kurdi	3 926	1 361	2 530	35
lao	9	0	9	0
latvia, lätti	240	52	176	12
liettua	241	31	202	8
lingala	310	133	177	0
makedonia	96	20	76	0
malaiji	42	4	38	0
malajalam	26	3	23	0
malta	11	2	9	0
marathi	29	5	24	0
moldavia	16	3	13	0
mongoli	18	6	12	0
nepali	120	23	97	0
norja	502	61	405	36
osseetti	5	0	5	0
pandzabi	396	86	303	7
persia	1 542	337	1 155	50
portugali	537	84	450	3
puola	1 257	137	1 073	47
ranska	1 752	232	1 477	43
romania	693	117	569	7
ruanda, kinjaruanda,				
njaruanda	21	8	12	1
saka	3 602	319	2 934	349
serbia	86	14	71	1
serbokroatia	1 228	252	909	67
shona	5	1	4	0

Kieli	Yhteensä	Ikä		
		0-14	15-64	65+
sindhi	15	5	10	0
singali	68	13	55	0
slovakki	98	17	80	1
sloveeni	23	2	18	3
somali	7 332	3 436	3 855	41
suahili	161	22	139	0
tadzikki	7	3	4	0
tagalog, pilipino	575	53	519	3
tamili	295	65	225	5
tanska	421	38	343	40
tataari	115	22	88	5
telugu	91	7	84	0
thai	1 986	356	1 630	0
tigrinja	82	13	69	0
tiibet	5	1	4	0
tsekki	242	37	200	5
tswana, setswana	5	1	4	0
turkki	2 864	414	2 309	141
turkmeeni	108	40	65	3
twi	55	7	48	0
uiguuri	17	5	12	0
ukraina	431	83	334	14
unkari	1 154	207	918	29
urdu	385	84	297	4
uzbekki	7	1	6	0
valkovenäjä	25	6	19	0
venäjä	33 401	5 826	26 139	1 436
vietnam	3 811	1 049	2 669	93
wolof	72	11	61	0
zulu	5	2	3	0
muut kielet yhteensä	2 965	711	2 168	86
tuntematon	90	14	74	2

12.12.2002 Lähde: Tilastokeskus

Liite 3 Turvapaikanhakijat ja pakolaiset 2003

Turvapaikanhakijat ja pakolaiset

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Turvapaikanhakijat	3 634	2 023	839	854	711	973	1 272	3 106	3 170	1 651	3 443	3 221
Turvapaikkapäätökset ¹⁾												
- Turvapaikka myönnetty	12	9	15	4	11	4	7	29	9	4	1	7
- Oleskelulupa myönnetty	564	2 073	301	219	334	277	372	467	458	809	577	487
- Kielteinen päätös	1 344	1 435	492	276	248	278	240	1 330	2 121	1 045	2 312	2 443
Perheenyhdistäminen												
- Myönteiset lausunnot/päätökset ²⁾	-	1 208	323	250	226	509	240	185	214	495	476	293
- Kielteiset lausunnot/päätökset ²⁾	-	838	765	880	513	299	769	362	392	785	441	477
Kiintiö	500+	500+	500	500+	500+	500	600	650	700	750	750	750
- Lisäkiintiö	200	200	-	500	500	-	-	-	-	-	-	-
Kuntien vastaanottamat pakolaiset ³⁾	2 349	3 689	1 412	1 415	1 193	1 406	958	1 189	1 212	1 857	1 558	1 202
Pakolaisina maahan muuttaneet, vuodesta 1973–	6 361	10 050	11 462	12 877	14 070	15 476	16 476	17 623	18 835	20 692	22 250	23 452

¹⁾ Ulkomaalaisviraston päätökset.

²⁾ 1.5.1999 alkaen päätöksiä.

³⁾ Kiintiöpakolaiset, myönteisen päätöksen saaneet turvapaikanhakijat, perheenyhdistämisohjelman kautta vastaanotetut.

Lähteet: Työministeriö; Ulkomaalaisvirasto,

Päivitetty: 12.5.2004

Liite 4. Etiikka ja monikulttuurisuus, miellekartta

