

Pirjo Koski

Somaliperheiden
perhevalmennuksen kehittäminen
toimintatutkimuksen keinoin
Suomessa



STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 202

Pirjo Koski

Somaliperheiden perhevalmennuksen
kehittäminen toimintatutkimuksen
keinoin Suomessa

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Historica-rakennuksen salissa H320
helmikuun 28. päivänä 2014 kello 12.

Academic dissertation to be publicly discussed, by permission of
the Faculty of Sport and Health Sciences of the University of Jyväskylä,
in the Historica building, auditorium H320, on February 28, 2014 at 12 o'clock noon.



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2014

Somaliperheiden perhevalmennuksen
kehittäminen toimintatutkimuksen
keinoin Suomessa

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 202

Pirjo Koski

Somaliperheiden perhevalmennuksen
kehittäminen toimintatutkimuksen
keinoin Suomessa



UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2014

Editors

Ina Tarkka

Department of Health Sciences, University of Jyväskylä

Pekka Olsbo, Ville Korhokangas

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

Cover photo by Laura Pohjavirta.

URN:ISBN:978-951-39-5608-0

ISBN 978-951-39-5608-0 (PDF)

ISBN 978-951-39-5607-3 (nid.)

ISSN 0356-1070

Copyright © 2014, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2014

ABSTRACT

Koski, Pirjo

Developing Birth- and Parenthood education for Somali families in Finland.

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 315 p. 2014.

(Studies in Sport, Physical Education and Health,

ISSN 0356-1070; 202)

ISBN 978-951-39-5607-3 (nid.)

ISBN 978-951-39-5608-0 (PDF)

English summary

Diss.

The purpose of this study was to obtain experience of the applicability of Participatory Action Research (PAR) to the development of Birth and Parenthood Education Program (BPEP) for Somali families residing in Finland. The first (1) research aim was to map the views of public health nurses, midwives and Somali women regarding Somali families' BPE needs. The second research aim (2) was to try out and evaluate PAR in developing BPEP for Somali women. The third (3) research aim was to evaluate the new program. Data was collected from Somali women (N=8) by thematic interviews; from public health nurses and midwives (N=70) by questionnaires and from Development Group (DG) members (N=6) by focus group interviews (aim one). Data was collected during the development process by meetings memoranda; peer and self-evaluation and piloting reports (aim two). Outcome was assessed using a questionnaire (aim three). The quantitative data was analyzed statistically and qualitative data using content analysis. The Somali women believed that the BPE prepares for childbirth or childbirth and parenthood. The public health nurses and midwives also emphasized the inclusion of circumcision, the father's role in childcare and birth control in the program. The Developing Group believed that BPE should also take into account migration-related problems such as thinning of national identity, language problems, lack of social support and fear of racism. The DG finally included following topics in the BPE: pregnancy, birth, postpartum, parenthood and child-family life. Dialogue and participatory teaching methods were selected as counseling methods. Despite of encouraging piloting results, the new program as evaluated by external experts still relies too much on Finnish perceptions of following concepts: family, relationship between the spouses and BPE. The results also indicate that the PAR is applicable to developing the BPEP for Somali women although a laborious process. Recommendations include the need for additional research and development for culturally sensitive BPEP for Somali families residing in Finland.

Keywords: Somali family, multicultural, health education, birth- and parenthood education, cultural sensitivity, participatory action research.

Author's address	Pirjo Koski, MHSc Rakennusmestarintie 7 B, 00680 Helsinki, Finland pirjomkoski@gmail.com
Supervisors	Professor Emeritus Jukka Laitakari, PhD Department of Health Sciences University of Jyväskylä Jyväskylä, Finland Professor Lasse Kannas, PhD Department of Health Sciences University of Jyväskylä Jyväskylä, Finland
Reviewers	Professor Kerttu Tossavainen, PhD Department of Nursing Science University of Eastern Finland Kuopio, Finland Docent Terhi Saaranen, PhD Department of Nursing Science University of Eastern Finland Kuopio, Finland
Opponent	Professor Anna-Maija Pietilä, PhD Department of Nursing Science University of Eastern Finland Kuopio, Finland

ESIPUHE

Somaliperheiden perhevalmennustarpeiden kartoittaminen ja kulttuurisesti sensitiivisen kirjallisen perhevalmennusohjelman kehittäminen on ajankohtainen ja tärkeä aihe, koska suomalainen yhteiskunta on muuntunut yhä monikulttuurisemmaksi ja Suomessa asuville somaleille synnytys- ja perhevalmennusohjelman kehittäminen on tarpeen.

Aito kiinnostukseni kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen kehittämiseen sai minut tarttumaan tähän vaativaan aiheeseen tutkijan silmin. Väitöskirjan tekeminen toimintatutkimuksena oli pitkäkestoinen ja haasteellinen, mutta antoisa oppimisprosessi. Antoisaa oli oppia havainnoimaan ja ymmärtämään niin oman kuin toistenkin ihmisten käyttäytymisen kulttuurisidonnaisuutta. Tärkeää on ollut sen myös havaitseminen, että jokaisella meistä on mahdollisuus kehittää omaa kulttuurista sensitiivisyyttä.

Nyt on kiitosten aika. Pitkän tutkimus- ja kehittämisprosessin aikana lukemattomat ihmiset ovat auttaneet minua. Kaikilta heiltä olen saanut voimaa jatkaa tutkimustyötäni. Terveyskasvatuksen professori Lasse Kannas ja emeritusprofessori Jukka Laitakari ansaitsevat kiitokseni tutkimustyöni ohjaajina.

Kiitän lämpimästi Espoon ja Vantaan perusterveydenhuoltoa ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kahden sairaalan, Naistenklinikan ja Kätilöopiston sairaalan synnytysosastoja, joiden myötävaikutuksella kehittämisprojekti oli mahdollista toteuttaa. Erityisesti kiitän mainittujen organisaatioiden yhdyshenkilöitä, kaikkia kehittämistyöryhmän jäseniä ja kätilöopiskelijoita sekä kaikkia niitä raskaana olleita ja synnyttäneitä somalinaisia, jotka osallistumalla tutkimukseen auttoivat kehittämään perhevalmennusta tutkimuksen tavoitteiden suuntaisesti. Kiitokset kuuluvat myös Pauli Puukalle, VTM, kyselyaineiston tilastollisesta käsittelystä. Kirjatoimittajaa Eija Lindqvistiä, graafikko Pirkko Sipilää ja valokuvaaja Laura Pohjavirtaa kiitän Monikulttuurinen - perhevalmennuskirjan toimittamisesta.

Esitarkastajia dosentti Terhi Saarasta ja professori Kerttu Tossavaista kiitän lämpimästi asiantuntevasta väitöskirjan käsikirjoituksen tarkastuksesta ja heidän esittämästään rakentavasta palautteesta, joka on auttanut väitöskirjan viimeistelyssä. Väitöskirjan oikoluvusta ja painokuntoon saattamisesta kiitän Merja Suomelaa ja Pirjo Koikkalaista. Kiitän myös Helsingin kaupunkia saamastani tutkimusapurahasta. Lämmin kiitos kuuluu myös työnantajilleni ja työtovereilleni saamastani tuesta. Tutkimustyössä on erityisen olennaista myös lähiyhteisöltä saamani tuki. Suuri kiitos puolisololleni Jarmolle ja lapsilleni Larisalle ja Jussille siitä, että ovat jaksaneet kukin omalla tavallaan tukea ja kannustaa minua yhdistämään perheen, työn ja väitöskirjan kirjoittamisen.

Helsingissä 3.2.2014

Pirjo Koski

KUVIOT

KUVIO 1	Kulttuurisen orientaation jatkumo (Gastro ym. 1999, 142)...	59
KUVIO 2	Perhevalmennus oppimistilanteena (Nicholsia ja Humenickia 2000 mukailleen).....	70
KUVIO 3	Tutkimuksen eteneminen ja tutkimustehtävät.....	92
KUVIO 4	Monimenetelmällisyys tutkimuksen alkukartoituksissa.....	99
KUVIO 5	Monimenetelmällisyys kehittämistoiminnan aikana.....	100
KUVIO 6	Vastanneiden terveydenhoitajien ja kätilöiden yhdistetyt näkemykset somalainien elintapoihin liittyvistä tiedoista, prosenttijakaumat.....	126
KUVIO 7	Yhdistävä luokka: somalainien näkemykset raskaudesta heijastelevat heidän kokemiaan perhevalmennustarpeita...	154
KUVIO 8	Yhdistävä luokka: somalainien näkemykset synnytyksestä ja synnytyksen jälkeisestä ajasta heijastelevat heidän kokemuksiaan perhevalmennustarpeista.....	155
KUVIO 9	Kehittämistoiminnan vaiheet	173
KUVIO 10	Toimintatutkimuksena edenneen kehittämistyön syklit ja vaiheet	198

TAULUKOT

TAULUKKO 1	Kulttuurisen tiedostamisen asteet (Fosteria 1969 ja Laitakaria 1992 mukailleen).....	45
TAULUKKO 2	Monikulttuurisen terveysneuvonnan periaatteet (Frankish ym. 2007, 57-59).....	52
TAULUKKO 3	Perhevalmennus terveyden edistämistilanteena (Dunkleytä 2000 mukailleen).....	69
TAULUKKO 4	Kyselylomakkeen laadinnassa käytettyjä tutkimuksia.....	101
TAULUKKO 5	Kyselyn kysymysten luokkien yhdistäminen.....	102
TAULUKKO 6	Summamuuttujien osioiden käännetyt asteikot.....	103
TAULUKKO 7	Kyselyaineistosta muodostetut summamuuttujat ja niiden Cronbachin alfat.....	104
TAULUKKO 8	Esimerkki perhevalmennukseen osallistuneiden somalinaisten haastatteluaineiston analyysistä. Alkuperäinen ja pelkistetty ilmaus.....	108
TAULUKKO 9	Esimerkki perhevalmennukseen osallistuneiden somalinaisten haastatteluaineiston analyysistä. Alaluokka, yläluokka ja yhdistetty luokka.....	109
TAULUKKO 10	Esimerkki kehittämistyöryhmälle toteutetun fokusryhmähaastatteluaineiston pelkistämisestä.....	112
TAULUKKO 11	Esimerkki kehittämistyöryhmälle toteutetun fokusryhmähaastatteluaineiston analyysistä.....	113
TAULUKKO 12	Esimerkki kokousmuistioiden avulla kerätyn aineiston deduktiivisesta sisällönanalyysistä.....	117
TAULUKKO 13	Esimerkki perhevalmennusohjelman pilotoinnin aikana kerätyn aineiston analyysistä. Pilotoidun perhevalmennusohjelman vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat osallistujien näkökulmasta.....	118
TAULUKKO 14	Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset perhevalmennuksen merkityksestä somaliperheille, prosenttijakaumat.....	120
TAULUKKO 15	Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somalinaisten perhevalmennustarpeista, prosenttijakaumat.....	121
TAULUKKO 16	Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset perhevalmennusaiheiden tärkeydestä, prosenttijakaumat.....	123
TAULUKKO 17	Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset perhevalmennuksen toteuttamisesta, prosenttijakaumat.....	124
TAULUKKO 18	Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden näkemykset somalinaisten tuen tarpeesta ja sosiaalisesta tuesta, summamuuttujien tarkastelua.....	125

TAULUKKO 19	Terveystietäjien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somalainien terveystiedoista, summamuuttujien keskiarvojen tarkastelua.	127
TAULUKKO 20	Terveystietäjien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somalainien terveystietojen vaikutuksista, prosenttijakaumat.	128
TAULUKKO 21	Terveystietäjien ja kättilöiden näkemykset somalainien raskaudenaikaisesta ja synnytyksen jälkeisestä terveydestä, prosenttijakaumat.	128
TAULUKKO 22	Vastanien terveystietäjien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset raskaana olevien somalainien äitiyden ja sosiaaliseen tukeen liittyvistä tiedoista, prosenttijakaumat.	129
TAULUKKO 23	Terveystietäjien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somalainien äitiyden liittyvistä kokemuksista, mielialasta ja terveystiedoista, summamuuttujien tarkastelu.	130
TAULUKKO 24	Vastanien terveystietäjien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somaliperheistä, prosenttijakaumat.	132
TAULUKKO 25	Vastanien terveystietäjien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somaliperheiden perinteisiin liittyvistä arvoista, prosenttijakaumat.	133
TAULUKKO 26	Vastanien terveystietäjien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset periaatteellisesta vastuusta somaliperheissä, prosenttijakaumat.	135
TAULUKKO 27	Vastanien terveystietäjien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset tehtävien ja velvollisuuksien jakautumisesta sukupuolittain somaliperheissä, prosenttijakaumat.	137
TAULUKKO 28	Kartoitusten perusteella laadittu yhteenveto perhevalmennuksen kohderyhmästä, aihealueista ja menetelmistä.	171
TAULUKKO 29	Kehittämistyöryhmän jäsenten arvioinnit omasta toiminnastaan.	180
TAULUKKO 30	Terveystietäjien toteuttamien pilotointien keskeisimmät tulokset.	182
TAULUKKO 31	Kättilöopiskelijoiden toteuttaminen pilotointien keskeisimmät tulokset.	184
TAULUKKO 32	Osallistujien kokemuksia perhevalmennuksesta, SWOT-analyysi. Terveystietäjien toteuttamat pilotoinnit 14.2., 28.2. ja 14.3.2005. Suvelan lastentalon avoin päiväkotit. Osallistujia yhteensä 23.	185
TAULUKKO 33	Terveystietäjien kokemuksia perhevalmennuksesta, SWOT-analyysi. Ensimmäinen pilotointi: 14.2., 28.2. ja 14.3.2005. Paikka Suvelan lasten avoin päiväkotit. Osallistujia yhteensä 23.	186

TAULUKKO 34	Osallistujien kokemuksia perhevalmennuksesta. Kättilöopiskelijoiden toteuttamat pilotoinnit 27.4. ja 10.5.2006. Paikka: somalinaisen koti ja maahanmuuttajien toimintakeskus. Osallistujia yhteensä 12.	188
TAULUKKO 35	Osallistujien kokemuksia perhevalmennuksesta. Kättilöopiskelijoiden toteuttamat pilotoinnit 27.4. ja 10.5.2006. Paikka: somalinaisen koti ja maahanmuuttajien toimintakeskus. Osallistujia yhteensä 12.	189
TAULUKKO 36	Kehittämistyöryhmän tuottaman perhevalmennus- ohjelman kokonaisuus.	190

LYHENTEET

BPE	Birth and Parenthood Education
BPEP	Birth and Parenthood Education Program
CSE	Coping Strategy Enhancement
DG	Development Group
ETENE	Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta
EUMAPH	European Master in Health Promotion
HS	Helsingin Sanomat
PAR	Participatory Action Research
SGA	Small for Gestational Age
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
UM	Ulkoasianministeriö
WHO	World Health Organization

SISÄLLYS

ABSTRACT
ESIPUHE
KUVIOT
TAULUKOT
LYHENTEET
SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	17
2	SOMALIPAKOLAISET SUOMESSA	23
2.1	Muutto Afrikan sarvesta Suomeen ja integroituminen.....	23
2.2	Somalikulttuurin erityispiirteitä.....	24
2.3	Keskeiset käsitteet.....	25
2.3.1	Kulttuuri ja monikulttuurisuus.....	25
2.3.2	Moninaisuus, erilaisuus, samanlaisuus ja yhdenvertaisuus..	26
2.3.3	Maahanmuuttaja	27
2.3.4	Integroituminen, kotoutuminen ja maahanmuuttajatyö.....	28
2.3.5	Kulttuurinen sensitiivisyys.....	29
2.4	Somalinaisten raskaus, synnytys ja synnytyksen jälkeinen aika	31
2.4.1	Raskauden aika.....	31
2.4.2	Synnytys	32
2.4.3	Synnytyksen jälkeinen aika	35
3	MONIKULTTUURINEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	37
3.1	Erilaisia näkökulmia terveyteen.....	37
3.1.1	Kulttuuritaustan yhteys terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen.....	37
3.1.2	Terveys yksilön ja yhteisön näkökulmista	38
3.2	Terveyden edistäminen	39
3.2.1	Keskeiset käsitteet	39
3.2.2	Terveyden edistäminen.....	43
3.2.3	Terveyden edistämisen osaaminen	48
3.3	Monikulttuurisuuden huomioiminen terveyden edistämässä	49
3.3.1	Monikulttuurisen terveydenhuollon eettiset ohjeet	49
3.3.2	Monikulttuurisen terveyden edistämisen periaatteet	51
3.3.3	Erilaisia näkökulmia ja menetelmiä monikulttuuriseen terveyden edistämiseen.....	52
3.3.4	Monikulttuurisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen haasteita	55
3.3.5	Kulttuurinen kompetenssi ja sen kehittäminen.....	57
3.4	Somalinaisten näkemyksiä terveydestä ja sen vaalimisesta.....	60
3.4.1	Somalinaisten näkemyksiä terveydestä.....	60

	3.4.2	Somalinaisten terveysongelmia	61
	3.4.3	Somalinaisten näkemykset terveyden vaalimisesta.....	62
4		PERHEVALMENNUS OSANA ÄITIYSHUOLTOA	64
	4.1	Perhevalmennusta koskevat lait, asetukset ja suositukset	64
	4.2	Perhevalmennusta ohjaavia näkökulmia	67
	4.2.1	Perhevalmennus terveyden edistämisen näkökulmasta.....	67
	4.2.2	Perhevalmennus oppimistilanteena.....	68
	4.2.3	Dialogiin perustuva perhevalmennus	71
	4.2.4	Yhteen veto	72
	4.3	Perhevalmennus kansainvälisten tutkimusten näkökulmasta	73
	4.3.1	Perhevalmennukseen osallistuminen	73
	4.3.2	Perhevalmennustarpeet ja tavoitteet.....	74
	4.3.3	Perhevalmennuksen toteuttamismenetelmät	75
	4.3.4	Perhevalmennuksen vaikuttavuus.....	77
	4.3.5	Perhevalmennuksen kehittämishaasteet ja kehittäminen.....	80
	4.4	Suomalaisen perhevalmennuksen kehittämistrendejä	82
	4.4.1	Perhevalmennukseen osallistuminen	82
	4.4.2	Suomalaisen perhevalmennuksen kehittämistarpeista.....	83
	4.4.3	Uusien perhevalmennusmallien kehittäminen Suomessa.....	86
	4.4.4	Maahanmuuttajien perhevalmennushankkeita.....	88
	4.4.5	Uusien monikulttuuristen perhevalmennusohjelmien tarve ...	89
5		TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	91
6		TUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPA, AINEISTON KERUU JA ANALYYSIT	93
	6.1	Toimintatutkimus	93
	6.2	Monimenetelmällisyys.....	97
	6.3	Kysely terveydenhoitajille ja kättilöille.....	100
	6.3.1	Kyselylomake	100
	6.3.2	Aineisto ja sen keruu	101
	6.3.3	Aineiston analyysi.....	102
	6.4	Somalinaisten teemahaastattelu	104
	6.4.1	Teemahaastattelu	104
	6.4.2	Aineisto ja sen keruu	106
	6.4.3	Aineiston analyysi.....	107
	6.5	Fokusryhmähaastattelu kehittämistyöryhmän jäsenille.....	109
	6.5.1	Fokusryhmähaastattelu.....	109
	6.5.2	Aineisto ja sen keruu	111
	6.5.3	Aineiston analyysi.....	111
	6.6	Perhevalmennusohjelman kehittämisen aikainen aineisto	114
	6.6.1	Muut laadulliset tiedonkeruumenetelmät	114
	6.6.2	Aineisto ja sen keruu	115
	6.6.3	Aineiston analyysi.....	116

7	KARTOITUSTEN TULOKSET	119
7.1	Terveydenhoitajien ja kätilöiden kyselyn tulokset	119
7.1.1	Näkemykset perhevalmennuksen merkityksestä	119
7.1.2	Näkemykset perhevalmennustarpeista	120
7.1.3	Näkemykset perhevalmennuksen toivotusta toteuttamistavasta	122
7.1.4	Näkemykset somalainisten sosiaalisen tuen tarpeesta ja omaisilta saatavasta tuesta	124
7.1.5	Näkemykset somalainisten elintapoihin liittyvistä tiedoista	125
7.1.6	Näkemykset terveysneuvonnan vaikuttavuudesta	127
7.1.7	Näkemykset somalainisten raskauden aikaisesta ja synnytyksen jälkeisestä terveydestä	128
7.1.8	Näkemykset somalainisten äitiyteen ja sosiaaliseen tukeen liittyvistä tiedoista	128
7.1.9	Näkemykset somalainisten äitiyteen liittyvistä kokemuksista, mielialasta ja tiedoista	129
7.1.10	Näkemykset somaliperheistä	131
7.2	Somalainisten haastattelun tulokset	137
7.2.1	Kokemukset ja näkemykset perhevalmennuksesta	138
7.2.2	Raskauskokemukset	140
7.2.3	Synnytyskokemukset	142
7.2.4	Kokemukset lapsivuodeajasta ja lapsen hoidosta	144
7.2.5	Kokemukset lapsen hoidosta ja imetyksestä	145
7.2.6	Näkemykset synnytyksen jälkeisestä yksilökohtaisesta terveyden edistämisestä	148
7.2.7	Kokemukset lapsiperheen arjesta	150
7.2.8	Yhteenveto	153
7.3	Kehittämistyöryhmän fokusryhmähaastattelun tulokset	156
7.3.1	Näkemykset perhevalmennuksen toteuttamiseen vaikuttavista tekijöistä	156
7.3.2	Näkemykset somaliperheiden perhevalmennustarpeista	158
7.3.3	Näkemykset kulttuurisesti sensitiivisestä perhevalmennuksesta	161
7.3.4	Näkemykset perhevalmennuksen edellytyksistä	164
7.3.5	Näkemykset perhevalmennuksen toteuttamistavoista	165
7.3.6	Näkemykset perhevalmennuksen vaikutuksista	167
7.3.7	Yhteenveto	168
7.4	Kartoitusten yhteenveto	169
8	SOMALINAISILLE SUUNNATUN PERHEVALMENNUSOHJELMAN KEHITTÄMISTOIMINTA JA SEN TULOS	172
8.1	Kehittämistoiminnan suunnittelu	174
8.1.1	Tutustuminen ja kehittämistoiminnan käynnistäminen	174

8.1.2	Somaliperheiden perhevalmennustarpeiden määrittäminen.....	175
8.1.3	Somalinaisille suunnatun perhevalmennuksen tavoitteiden asettaminen.....	176
8.1.4	Somaliperheille suunnatun perhevalmennuksen menetelmistä sopiminen.....	177
8.2	Perhevalmennusohjelman kehittäminen yleensä.....	177
8.2.1	Perhevalmennuksen sisällöistä sopiminen.....	177
8.2.2	Perhevalmennuksen sisältöjen kirjoittaminen.....	178
8.2.3	Kehittämistoiminnan itsearviointi.....	179
8.3	Perhevalmennusohjelman pilotoinnit.....	180
8.3.1	Terveystoimittajan toteuttamat pilotoinnit.....	181
8.3.2	Kätilöopiskelijoiden toteuttamat pilotoinnit.....	186
8.4	Kirjallisen perhevalmennusohjelman kokoaminen ja tuottaminen...	189
8.5	Kirjallisen perhevalmennusohjelman loppuarvioinnin tuloksia....	191
8.5.1	Kehittämistoimintaan osallistuneiden itsearvioinnin tulokset.....	191
8.5.2	Ulkopuolinen arviointi.....	193
8.6	Yhteenveto perhevalmennusohjelman kehittämisestä.....	196
9	LUOTETTAVUUDEN POHDINTA.....	199
9.1	Luotettavuuden käsitteestä.....	199
9.2	Tarvekartoitusten luotettavuuden arviointia.....	201
9.2.1	Kyselyjen luotettavuus.....	201
9.2.2	Haastattelujen luotettavuus.....	203
9.2.3	Kehittämistyön aikana kerätyn laadullisen aineiston luotettavuus.....	206
9.2.4	Monimenetelmällisyyden anti luotettavuudelle.....	207
9.3	Toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointia.....	208
9.3.1	Katalyyttinen validiteetti.....	209
9.3.2	Dialoginen validiteetti.....	210
9.3.3	Demokraattinen validiteetti.....	210
9.3.4	Prosessivaliditeetti.....	212
9.3.5	Historiallinen jatkuvuus.....	213
9.4	Tutkijan positio toimintatutkimuksessa.....	214
9.5	Tutkimuksen etiikasta.....	217
10	TULOSTEN JA KOKEMUSTEN POHDINTA.....	219
10.1	Kartoitusten tulosten tarkastelua.....	219
10.1.1	Näkemykset perhevalmennuksesta.....	219
10.1.2	Raskauteen liittyvät perhevalmennustarpeet.....	225
10.1.3	Synnytykseen liittyvät perhevalmennustarpeet.....	226
10.1.4	Synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät perhevalmennustarpeet.....	228
10.1.5	Arkeen liittyvät perhevalmennustarpeet.....	230
10.1.6	Näkemykset somalainien terveydestä.....	232

10.1.7 Näkemykset somalinaisten terveyden vaalimisesta	233
10.2 Kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman kehittämisen tarkastelua.....	235
10.2.1 Kehittämistoiminnan onnistuminen	236
10.2.2 Uuden kirjallisen perhevalmennusohjelman tarkastelua	237
10.2.3 Toimintatutkimuksen toteutuksessa havaitut puutteet	240
10.3 Tutkimuksen merkitys ja johtopäätökset	241
10.4 Toimenpidesuosituksia.....	242
10.5 Ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi.....	243
LÄHTEET	244
LIITTEET.....	277

1 JOHDANTO

Suomessa asuville somaleille ei ole vielä nykyäänkään heille sopivaa synnytyks- ja perhevalmennusohjelmaa. Tämä tutkimus korjaa osaltaan tätä vakavaa puutetta kartoittamalla somaliperheiden perhevalmennustarpeita suomalaisten terveydenhuollon työntekijöiden ja somalinaisten näkökulmista. Lisäksi tutkimuksessa kokeillaan ensimmäistä kertaa kehittää toimintatutkimuksen keinoin somalikulttuurin erityispiirteet huomioivaa suomalaiseen terveydenhuoltoon soveltuvaa kirjallista perhevalmennusohjelmaa. Tutkimuksen lopullisena tavoitteena on edistää suomalaisessa terveydenhuollossa somalikulttuurin ja yleensäkin vieraan kulttuurin ymmärtämistä.

Tutkimus oli tutkimuksen toteuttamisen aikana ajankohtainen ja on edelleen. Ensinnäkin suomalainen yhteiskunta on entistä monikulttuurisempi (Pohjanpää 2003; Talib 2007; Vuori & Riihelä 2010; Honkasalo 2010; Sisäasiainministeriö 2011; Helminen 2013). Maahanmuuttajien määrä Suomessa on lisääntynyt tasaisesti kahden viimeisimmän vuosikymmenen aikana, ja määrän odotetaan jatkavan kasvuaan (Perustietoa Suomen maahanmuuttajista 2012). Vuoden 2011 lopussa Suomen väestöstä alle kuusi prosenttia oli ulkomailla syntyneitä tai toisen polven maahanmuuttajia (Ruotsalainen & Nieminen 2012). Suomessa suurimpia ulkomaista syntyperää olevia ryhmiä ovat venäläiset, virolaiset ja somalialaiset (Sisäasiainministeriö 2011; Helminen 2013). Maahanmuuttajien onnistuneesta kotiutumisesta on tullut tärkeä yhteiskunnallinen kysymys (Väänänen ym. 2009; Sisäasiainministeriö 2011).

Vuonna 2011 ulkomaalaistaustaisista naisista 61 prosenttia oli hedelmällisyysikäisiä eli 15–49-vuotiaita. Suomalaistaustaisista naisista tämänikäisiä oli 42 prosenttia. Samana vuonna hedelmällisyysikäisistä somalialaistaustaisista naisista synnytti 10,6 prosenttia. Suomalaistaustaisista hedelmällisyysikäisistä synnytti 5,1 prosenttia ja ulkomaalaistaustaisista yhteensä 6,3 prosenttia. (Helminen 2013.) Somalialaiset ja -perheet ovat yksi merkittävimmistä äitiyshuollon palveluiden käyttäjäryhmistä pääkaupunkiseudulla (Gissler ym. 2006).

Yhteiskuntien monikulttuuristuminen heijastuu kaikkialla terveydenhuoltoon (Rimpelä 2009; WHO 2010), myös perhevalmennukseen. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja valtioneuvoston asetus (338/2011) antavat perhevalmennuk-

selle säädöspöerustan. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sen 37. § velvoittavat neuvolatoiminnan ja sen myötä perhevalmennuksen kehittämiseen. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan tulee olla näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Asetuksen (338/2011) perusteluissa ja soveltamisohjeissa edellytetään perhevalmennuksen ja ryhmätoiminnan jatkuvaa kehittämistä, monimuotoisuutta ja vaihtoehtojen tarjoamista perheiden erilaisten lähtökohtien vuoksi (STM 2009).

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa korostetaan eriarvoisuuden vähentämistä, heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin lisäämistä ja suhteellisen aseman parantamista (STM 2001). Terveyden edistämisen toimintaa ohjaavat periaatteet kannustavat tarjoamaan kansalaisille tasarvoisia palveluja (Seedhouse 1997; Lahtinen & Koskinen-Ollonqvist 2003; Lahtinen ym. 2003; Vertio 2003; Tuominen ym. 2005; Pietilä ym. 2013).

Laki yhdenvertaisuudesta (Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21), kansanterveydestä (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66) ja potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) velvoittavat palvelujärjestelmiä huomioimaan myös maahanmuuttaja-asiakkaita. Valtioneuvoston periaatepäätöksessä Suomen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta mainitaan, että Suomessa asuville väestöryhmille on turvattava mahdollisuus terveytensä edistämiseen ja kulttuuriseen erilaisuuteen perustuva syrjäytyminen on kyettävä välttämään, koska sillä olisi ilmeisiä terveysvaikutuksia (STM 2001). Monikulttuurisen terveydenhuollon eettisten ohjeiden mukaan Suomessa elävät toisen kulttuurin ja vieraan kielen edustajat ovat oikeutettuja yhdenvertaiseen kohteluun sekä tarpeensa mukaisiin palveluihin terveydenhuollossa (STM 2004a).

WHO:n Euroopan aluetoimisto kehottaa kaikkia Euroopan maita kiinnittämään entistä enemmän huomiota pakolaisten, siirtolaisten ja maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja vähentämään maahanmuuttajien ja valtaväestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden epätasa-arvoa (WHO 2001a; Kosunen 2006). Suomessa maahanmuuttajien määrän lisääntymisen aikaansaamiin haasteisiin alettiin vastata 2000-luvulla kuntien monikulttuurisuusohjelmilla. Vantaan monikulttuurisuusohjelmassa kiinnitetään huomio työllisyyteen, osallisuuteen, kotouttamiseen ja kotoutumiseen. Espoon monikulttuurisuusohjelmassa painotetaan lapsiperheiden kotouttamisen tukemista. Helsingin maahanmuuttajien kotouttamisohjelmassa korostetaan yhdenvertaista, tasarvoista kohtelua. (Helsingin kaupungin palvelut maahanmuuttajille 2007; Vantaan kaupunki 2009; Espoon kaupungin monikulttuurisuusohjelma 2009-2012.)

Suomessa on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota myös maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen (Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma 2007; Apter ym. 2009; Väestöliitto 2009; Rimpelä 2009; Castaneda & Gaily 2011; Barale 2011).

Suomessa asuvien maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden haasteiden on havaittu liittyvän sairauksien ja riskien lisäksi psykososiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin, kommunikointiin sekä moraalisiin ja eettisiin tekijöihin (Malin & Gissler 2008). Rekisteritietojen perusteella somalia-

laistaustaisilla naisilla on paljon keisarileikkaussynnytyksiä ja korkea perinataalikuolleisuus, mutta raskauden keskeytykset ja teiniraskaudet ovat harvinaisia (Malin & Gissler 2008; Small ym. 2008; Malin & Gissler 2009; Malin 2011).

On myös havaittu, että maahanmuuttajat kuormittavat äitiyspoliklinikoita, koska heidän asioitaan ei saada kieliongelmiin tai muiden syiden vuoksi hoidettua perusterveydenhuollossa. Usein maahanmuuttajien tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ovat myös puutteellisia tai virheellisiä. Etenkin avio- liiton kautta maahan saapuneiden seksuaaliterveys ja -oikeudet ovat haavoittuvia. Maahanmuutto on kriisiaikaa sekä yksilölle että perheelle. Suomessa maahanmuuttajat käyttävät hyvin äitiyshuollon palveluita. Lisäksi tutkimuksissa maahanmuuttajien terveydestä on havaittu afrikkalaista alkuperää olevien naisten vastasyntyneiden suuri kuolleisuus ja pienipainoisena syntymisen riski. (Malin & Gissler 2009; Malin 2011.)

Perhevalmennus on vakiintunut ja nykyään yleisin äitiyshuollossa käytetty ryhmätoiminnan muoto. Sen sisällöt ovat 2000-luvulla monipuolistuneet. Perhevalmennuksen järjestämistä pienryhmissä suositellaan, sillä ne tarjoavat vanhemmille mahdollisuuden saada vertaistukea (STM 2005; STM 2007; Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013).

1990-luvun lopulla perhevalmennukseen osallistuivat Suomessa lähes kaikki ensisynnyttäjät (91 %) ja uudelleensynnyttäjistä 68 % (Sihvo & Koponen 1998). 2000-luvulla perhevalmennus tavoittaa lähes kaikki ensimmäistä lastaan odottavat suomalaiset naiset ja heidän puolisonsa (Hakulinen-Viitanen, Pelkonen & Haapakorva 2005; Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013). Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan perhevalmennus tavoittaa miltei kaikki ruotsalaiset ensimmäistä lastaan odottavat naiset (93 %) ja suurimman osan monisynnyttäjistä (81 %). Perhevalmennus ei kuitenkaan saavuta kaikkein heikoimmassa asemassa olevia naisia (Fabian, Rådenstadt & Wanderström 2004; Fabian, Rådenstadt & Wanderström 2006). Ensisynnyttäjien perhevalmennukseen osallistumattomuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa se, että naisten äidinkieli on muu kuin ruotsi, alhainen koulutustaso, tupakointi raskauden aikana, odottamaton raskaus, yksinäisyys ja eristyisyys (Fabian ym. 2006). Ei-ruotsinkieliset, köyhistä maista Ruotsiin muuttaneet äidit eivät poikenneet vertailuryhmän ruotsinkielisistä äideistä synnytyssairaaloissa käyntimäärien suhteen, mutta he osallistuivat harvemmin perhevalmennukseen (Fabian, Rådestad, Rådriguez & Waldenström 2008). Myös ikä ja koulutustausta vaikuttavat perhevalmennukseen osallistumiseen. Alle 25-vuotiaat ja vähän koulututut raskaana olevat ruotsalaiset naiset osallistuvat perhevalmennukseen harvemmin kuin yli 25-vuotiaat ja korkeasti koulutetut. Syynä osallistumattomuuteen oli kiinnostuksen puute, sopimaton ajankohta ja se, ettei naisia ollut kutsuttu valmennukseen. (Fabian, Rådestad & Waldenström 2005; Hakulinen-Viitanen ym. 2007; Fabian ym. 2008.) Matalan koulutustason lisäksi työttömyydellä ja harvoilla neuvolakäynneillä on yhteyttä valmennukseen osallistumiseen (Fabian ym. 2004). Suomalaisen tutkimuksen mukaan erityisesti nuoret alle 18-vuotiaat kokevat perhevalmennuksen hyödyttömänä eivätkä ole valmiita osallistumaan siihen (Hirvonen 2000). Tietoa siitä, miten Suomessa asuva maahanmuuttajaväestö, esi-

merkiksi somalinaiset ja -perheet, osallistuvat perhevalmennukseen, ei ole saatavilla. Ruotsalaisen tutkimuksessa mainitaan, että perhevalmennusta tulee kehittää myös vähän koulutettujen ja ei-ruotsia puhuvien naisten tarpeita vastaavaksi, koska heidän perhevalmennustarpeensa ovat erilaiset kuin ruotsalaisilla naisilla (Fabian ym. 2008).

Suomalaiseen perhevalmennusta käsittelevään tutkimustraditioon tutustumisen osoittaa, että perhevalmennusta koskevaa tutkimusta on tehty yli 20 vuotta. Perhevalmennusta on tutkittu erilaisista näkökulmista ja myös osana neuvolatutkimusta. (Vehviläinen-Julkunen 1987; Leinonen ym. 1992; Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993; Vehviläinen-Julkunen ym. 1995; Mikkanen 2000; Kaila-Behm & Vehviläinen-Julkunen 2000; STM 2005b; Kouri 2006; Lamminpää & Vehviläinen-Julkunen 2012). Suomessa perhevalmennusta on tutkittu yhteiskulttuurin tarpeiden mukaisesti. Suomalaisten tutkijoiden mielenkiinto on kohdistunut perhevalmennukseen osallistuvien tiedon ja tuen tarpeeseen sekä perhevalmennuksen sisältöihin, menetelmiin ja järjestämiseen. Suomalaiset tutkijat eivät ole tarkastelleet perhevalmennusta maahanmuuttajien näkökulmasta. Tähän lienee syynä se, että maahanmuuttajien määrä on Suomessa ollut ja on edelleen pieni. Lisäksi saatetaan olettaa, että tutkimalla perhevalmennusta valtaväestön näkökulmasta saadaan riittävästi tietoa myös maahanmuuttajille suunnatun perhevalmennuksen kehittämiseksi. Maahanmuuttajiin kohdistunut terveystutkimus on Suomessa yleensäkin ottaen vielä hyvin vähäistä.

Somaliasiakkaiden kohtaamisessa terveydenhuollossa ovat tuottaneet pulmia kommunikointi, erilaisten terveyskulttuurien tuntemisen vähäisyys, tiedon puute, perheenjäsenten erilaiset tarpeet sekä henkilökunnan ja asiakkaiden suhtautuminen maahanmuuttajiin (Ekholm 1998; Taavela 1999; Davies & Bath 2001; Bulman & McCourt 2002; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Dundek 2005, Carroll ym. 2007a; Degni ym. 2012).

Tiedetään myös, että epäoikeudenmukainen kohtelu ja hoitokäytäntöjen vaihtelut asiakkaan tai potilaan etnisyyden mukaan eivät rajoitu vain terveydenhoitoon, vaan sitä ilmenee laajemminkin yhteiskunnassa (Malin & Gissler 2006). Suomessa asuvien maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen edellyttää palvelujen kehittämistä entistä sensitiivisemmiksi (Malin & Gissler 2008). Kielten, kulttuurien, uskontojen ja arvojen moninaisuus asettaa työntekijöiden osaamiselle ja asenteille omat erikoishaasteensa (Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998; Taavela 1999; Malin & Gissler 2006).

Tämän tutkimuksen aikana vuosina 2005–2009 kehitettiin Suomessa maahanmuuttajaperheille suunnattua perhevalmennusta Väestöliitossa (Alitolppa-Niitamo ym. 2006) ja perusterveydenhuollon neuvoloissa Itä-Helsingissä (Laininen & Lukka 2008) sekä Monikulttuurisyhdistyksessä (Monikulttuuriyhdistys Familia Club ry 2009). Väestöliiton Monikulttuurinen osaamiskeskus tuotti erikielistä kotoutumista tukevia materiaaleja maahanmuuttajaperheille (Väestöliitto 2013). Kansanterveyslaitoksessa käynnistettiin maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus [Maamu-tutkimus] vuosille 2008–2011. Tutkimuksessa selvitettiin työikäisten venäläisten, somalien ja kurdien terveyttä, hyvinvointia ja palveluiden käyttöä sekä elinoloja Suomessa. (Apter ym. 2009; Malin 2011;

Castaneda & Gaily 2011; Barale 2011.) Maamu-tutkimuksen mukaan maahanmuuttajat tarvitsevat neuvontaa lasten hankintaan ja ehkäisyyn jo varhaisessa vaiheessa (Castaneda ym. 2012). Suomessa kehitettiin myös maahanmuuttajays-tävällisiä sairaaloita, koska terveydenhuoltopalvelut eivät vastaa riittävällä ta-valla vähemmistöjen erityistarpeisiin (Amsterdamin julistus 2002; Vainikainen 2003).

Perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä suositteli jo vuonna 1999, että vähemmistöryhmille on toteutettava perhevalmennusta heidän kulttuurinsa ja kielensä puitteissa (Viisainen 1999). Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa vuosille 2007–2011 suositellaan, että seksuaali- ja li-sääntymisterveyden palveluissa on huomioitava maahanmuuttajataustaisten henkilöiden perustiedot, jotka saattavat olla hyvin puutteelliset, koska seksuaa-lisuus on edelleen tabu monissa kulttuureissa (STM:n julkaisu 2007). Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvässä neuvonnassa suositellaan otettavaksi huomioon myös maahanmuuttajien kulttuuritaustan erityistarpeiden lisäksi ja tulkkaus (STM 2007; Väestöliitto 2009).

Vuonna 2013 julkaistu äitiysneuvolaopas tarjoaa luotettavaa, näyttöön pe-rustuvaa tietoa neuvolatyön tueksi ja palvelujen laadun parantamiseksi sekä eriarvoisuuden vähentämiseksi. Siinä perhevalmennuksen järjestämistä suosi-tellaan ensisynnyttäjille ja uudelleensynnyttäjille, joiden perheissä on eritystuen tarvetta, sekä uusperheille ja maahanmuuttajaperheille. Oppaassa esitetään viisi käytännön suositusta maahanmuuttajaparien huomioimiseksi äitiysneuvolassa. Suositukset koskevat lisääjän varaamista neuvolavastaanotoille ja tulkkausta sekä perhevalmennuksen järjestämistä tarvittaessa muulla kuin suomen kielellä. Suosituksissa korostetaan myös raskauden, terveystottumusten, toimenpiteiden ja tutkimusten puheeksi ottamista. Lisäksi isää tulee rohkaista entistä enemmän osallistumaan neuvolakäynneille ja perhevalmennukseen. (Klementti & Haku-linen-Viitanen 2013.)

Pääkaupunkiseudulla asuvien somalinaisten perhevalmennustarpeiden selvittäminen sekä kulttuurisesti sensitiivisen valmennuksen kehittäminen oli ja on edelleen tarpeen. Tämän tutkimuksen kohteeksi valittiin somalaiset, koska he ovat maamme suurin yksittäinen muslimiryhmä ja suurin pakolais- ja afrik-kalaistaustainen ryhmä, joten he varmasti eroavat valtaväestöstä sekä ulkonä-könsä, kielensä, uskontonsa että kulttuurinsa perusteella. Tutkimuksen lähtö-kohtana olivat seuraavat perusoletukset:

- Perhevalmennus on lasta odottaviin perheisiin kohdistuva terveyden edistä-mistilanne.
- Kulttuurinen monimuotoisuus terveydenhuollossa haastaa kehittämään per-hevalmennusta niin, että se vastaa entistä paremmin myös lasta odottavien somalinaisten ja -perheiden tarpeita.
- Somaliperheillä on oikeus perhevalmennukseen omalla kielellään ja kulttuuri huomioon ottaen.
- Pienryhmissä toteutetun perhevalmennuksen keinoin voidaan edistää soma-linaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, tulevien lasten ja koko perheen terveyttä, vanhemmuutta ja kotoutumista suomalaiseen yhteiskuntaan.

Tutkimusraportti koostuu yhdeksästä pääluvusta. Luvuissa kaksi, kolme ja neljä esitellään tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet. Luvussa viisi määritellään tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävät. Luvussa kuusi kuvataan tutkimuksen lähestymistapa, aineiston keruu ja analyysi. Luvut seitsemän ja kahdeksan kokoavat tutkimuksen tärkeimpiä tuloksia: luvussa seitsemän kuvataan kartoitusten tuloksia ja luvussa kahdeksan kehittämistoimintaa, kehittämistoiminnan tulosta, eli monikulttuurista kirjallista perhevalmennusohjelmaa ja siitä saatua palautetta. Raportti päättyy kahteen pohdintalukuun: luvussa yhdeksän tarkastellaan alkukartoitusten ja toimintatutkimuksen luotettavuutta, tutkijan positiota ja tutkimuseettisiä kysymyksiä. Luvussa kymmenen tarkastelun kohteena ovat kartoitusten tulokset ja kehittämistoiminta. Luvun lopussa esitetään johtopäätökset, toimenpidesuosituksia ja ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi.

2 SOMALIPAKOLAISET SUOMESSA

2.1 Muutto Afrikan sarvesta Suomeen ja integroituminen

Maailmanlaajuinen muuttoliike, globalisaatio ja Euroopan laajentuminen ovat muuttaneet Suomea yhä monikulttuurisemmaksi. 1980-luvulla maahanmuuttajien määrä alkoi Suomessa hitaasti kasvaa. Merkittävästi maahanmuuttajien määrä alkoi kasvaa vasta vuonna 1990, jolloin inkeriläisille myönnettiin paluumuuttajan asema. Samaan aikaan alkoi Suomeen tulla somalialaisia turvapaikanhakijoina. Suomi on ollut jo ennen 1990-lukuakin monikulttuurinen maa. Suomessa asuu ruotsinkielinen vähemmistö ja alkuperäiskansamme saamelaiset sekä vanhoja etnisiä, kulttuurisia ja uskonnollisia vähemmistöjä romaneja, juutalaisia ja tataareja. (Tiilikainen 2007b.)

Ensimmäiset somaliturvapaikanhakijat saapuivat Suomeen 1990-luvun vaihteessa. Myöhemmin perheiden yhdistäminen on kasvattanut somalien lukumäärää. Epävakaa tilanne Somaliassa jatkuu edelleen, ja somalialaiset turvapaikanhakijat ovat sen takia saaneet oleskeluluvan Suomeen. Somalit ovat suurin yksittäinen muslimi- ja afrikkalaistaustainen Suomessa asuva maahanmuuttajaryhmä. (Ulkoasiainministeriö [UM] 2009a; UM 2009b; UM 2009c.) Vuonna 2007 Suomessa asui 9 810 somalia äidinkielenään puhuvaa (Tilastokeskus 2007), heistä lähes puolet naisia.

Perheellisille somalinaisille on usein tärkeintä pelastaa lapset sodan jaloista. Muuttopäätöksen naiset tekevät useimmiten itse, miehet seuraavat perässä myöhemmin. (Marjeta 2001.) Suomeen muuttaneiden somalialaisten taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli, koulutus sekä lähtöalue ja kaupunki- tai maaseutu-tausta, vaihtelevat. Muutto Afrikan sarvesta Suomeen on somalialaisille suuri elämänmuutos. Suurin on siirtyminen islamin jäsentämästä maailmasta ei-islamilaiseen ympäristöön. Toinen merkittävä muutos on se, että sukulaisten muodostama turvaverkosto rikkoutuu. (Tiilikainen 2003.)

Maahanmuuttajien integroitumiseen Suomessa vaikuttaa se, millaista kohtelua he täällä saavat (Pohjanpää 2003). Valtaosa Suomessa asuvista somaleista joutuu syrjityksi (Perhoniemi & Jasinskaja-Lahti 2006). Suomessa asuvien soma-

linaisten kokemukset ennakkoluuloista, syrjinnästä ja rasismista ovat hyvin tavallisia. Jostain syystä maahanmuuttajanaiset eivät useinkaan tee viranomaiselle ilmoituksia heihin kohdistuneesta syrjinnästä. (Tiilikainen 2000.)

Pakolaisuuden seurauksena suvut ja perheet ovat hajonneet ja asuvat ympäri maailmaa. Somaliperheet ylläpitävät tiiviitä yhteyksiä Somaliassa ja muissa maissa asuvien perheenjäsenten, suvun ja ystävien kanssa. (Tiilikainen 2003.)

Lapsiluvun kasvaessa Suomessa asuvien somalinaisten kotiäitiyden todennäköisyys kasvaa (Tiilikainen 2007a). Koska pienet lapset sitovat naiset kotiin, naisten päivittäiset kontaktit rajoittuvat muutamiin naapureihin (Marjeta 2001). Ystävistä somaleilla ei vaikuta olevan puutetta. Ystäviltä saadaan kuitenkin vain vähän sosiaalista tukea. Tämä saattaa osaltaan johtua siitä, että sosiaalista tukea arvioidessaan somalit vertaavat nykytilannetta entiseen elämäänsä Somaliassa. (Perhoniemi & Jasinskaja-Lahti 2006.)

Suomessa asuvien somalinaisten elämää määrittää voimakkaimmin se, onko naisilla perhettä vai ei. Myös jako naisten ja miesten maailmaan on selkeä. Yksi perheellisten somalinaisten arjesta selviytymisen keino on myös oman kulttuurin ja uskonnon vaaliminen: uskonnollista identiteettiä vahvistavat pukeutuminen, päivittäiset rukoukset, sianlihasta kieltäytyminen sekä islamin juhlien noudattaminen. Somalinaiset pitävät tärkeänä oman kulttuurin siirtämistä myös lapsille. (Marjeta 2001.)

Perinteisesti on ajateltu, että pakolaiset palaavat jossain vaiheessa alkupeiräiseen kotimaahansa pysyvästi. Suomessa asuville somaleille paluu ei ole helppoa tai edes aina mahdollista, sillä Somalian tilanne on edelleen epävakaa. Ei ole myöskään helppoa jättää uutta kotimaata, johon on perustettu perhe, jossa on työmahdollisuuksia ja jonka kansalaisia monet somalit ovat. (Pirkkalainen 2005.)

2.2 Somalikulttuurin erityispiirteitä

Lähes koko Somalian väestö on sunnimuslimeja, ja islamilla on suuri merkitys ihmisten elämässä (Hämeen-Anttila 2004). Islam on ihmisten elämää ja hyvinvointia koossapitävä ajattelutapa (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Perinteiseen somalikulttuuriin kuuluu islamilaisen elämäntavan lisäksi suullinen perinne ja yhteisön vanhempien jäsenten kunnioittaminen, koska heillä on kokemusta ja koska se kuuluu hyviin tapoihin (Suomen somali -verkkosivusto 2013).

Islamilainen laki kehottaa muslimeja avioitumaan, elämään molemminpuolisen rakkauden, harmonian ja kunnioituksen hengessä, hankkimaan lapsia ja kasvattamaan heidät uskoviksi ja uskontoaan harjoittaviksi muslimeiksi. Avioliitto on islamissa siviilisopimus, kahden ihmisen keskinäinen liitto Jumalan ja ihmisten edessä. (Islam opas 2008.)

Somaliassa perhe on sosiaalisen järjestelmän ydin ja osa laajempaa sukulaisuuden verkostoa. Somaliperheet ovat kiinteitä, ja perheen sosiaaliset verkostot ovat somaliyhteisön sosiaaliturva. Perheen ulkopuolelle joutunut ei ”koskaan saavuta hyvää terveyttä”. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Koraani julistaa miehen perheen pääksi (Hämeen-Anttila 2004; Moallin 2005). Somaliperheissä mies vastaa perheen toimeentulosta ja tärkeimmistä päätöksistä. Äitiyttä arvostetaan ja siihen liitetään voimakkaita tunteita ja rakkautta. Talouden- ja lastenhoito sekä kasvatus ovat ensisijaisesti naisen vastuulla. (Abdullahi 2001; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Moallin 2005.) Suomessa somaliperheiden sisäiset roolit ovat muuttuneet, mikä näkyy somalimiesten osallistumisena synnytykseen, lapsen- ja kodinhoitoon (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Moallin 2005).

Koraanissa säädetään naisten hunnuttautumisesta ja molempien sukupuolten säädyllisestä pukeutumisesta ja siveydestä. Ympärileikkaus ei ole islamin vaatima tapa, eikä islamin laki myöskään rajoita naisen liikkumavapautta. (Hämeen-Anttila 2004.) Somaliassa naisten ja tyttöjen sukuelinten silpomisen perinne on hyvin yleinen (95 %). Sukuelinten silpomista arvostetaan, koska se on naiseuteen siirtymän riitti ja sillä voidaan kontrolloida naisen seksuaalisuutta. (Geissler 1998.) Suomessa asuvat somalinaiset ovat alkaneet kyseenalaistaa ympärileikkauksen, etenkin infibulaation, tarpeellisuuden (Marjeta 2001; Tiilikainen 2003). Suomessa ympärileikkausta pidetään yhtenä väkivallan muotona, joka loukkaa tyttöjen ja naisten ihmisoikeuksia (STM:n julkaisuja 2012).

2.3 Keskeiset käsitteet

2.3.1 Kulttuuri ja monikulttuurisuus

Sosiologian professorin Hallin (2003) mukaan kulttuuri on tapa organisoida maailmaa, ajatella ja muodostaa peruskäsityksiä asioista. Kulttuuri on myös viestintää sekä merkitysten rakentamista. Kansallisen kulttuurin ja organisaatiokulttuurin tutkija Hofstede (1993) määrittelee kulttuurin eräänlaiseksi mielen ohjelmoinniksi. Ihminen kantaa mukanaan elämän aikana opittuja ajattelun, tuntemisen ja käyttäytymisen malleja. Ne ovat vakiintuneet yksilön mieleen, joten ihminen joutuu oppimaan niistä pois pystyäkseen oppimaan jotain totutusta poikkeavaa. Alkuperäinen oppiminen on helpompaa kuin poisoppiminen. Lääketieteen antropologin Helmanin (1998; 2007) mukaan kulttuuri tarkoittaa jonkin tietyn yhteisön omaksumia sääntöjä, joiden avulla se luo maailmankuvansa ja omaksuu sen, kuinka sen jäsenten kuuluu ilmaista tunteitaan, käyttäytyä, suhtautua ylliluonnollisiin asioihin ja luonnon ympäristöön. Kulttuuri tarjoaa symbolien, kielen, taiteen ja rituaalien välityksellä ohjeet siirtää näitä tapoja seuraavalle sukupolvelle. Terveystieteiden asiantuntijoiden Schott ja Henley (2002; 2005) mukaan kulttuuri on normien, arvojen, olettamusten ja ymmärryksen (tiedostettujen ja tiedostamattomien) ja sosiaalisten sopimusten muodostama kokonaisuus, joka mahdollistaa ryhmien, yhteisöjen ja yhteiskuntien toimimisen yhtenäisesti.

Monikulttuurisuus-käsite on syntynyt Kanadassa yhdysvaltalaisen kulttuuriantropologisen koulukunnan ja ranskalaisen strukturaalisen antropologian vaikutuksesta. 1970-luvulta lähtien käsitteellä on ollut kolme merkitystä: 1)

luonnehdinta yhteiskunnasta, jota leimaa etninen ja kulttuurinen heterogeenisuus, 2) tavoiteltava yhteiskunnallinen tilanne, jossa väetön etniset ja kulttuuriset ryhmät nauttivat yhdenvertaisuutta ja toistensa vastavuoroista kunnioitusta sekä 3) politiikka, jota julkinen valta harjoittaa väestön etniseen ja kulttuuriseen heterogeenisuuteen liittyvissä kysymyksissä. (Soukola 1999; Abdelhamid, Juntonen & Koskinen 2009.) Heterogeenisuutta ei ole ainoastaan ryhmien välillä vaan myös niiden sisällä (Alitolppa-Niitamo 2005).

Monikulttuurisuus-termiä alettiin käyttää Suomessa vasta 1990-luvulta lähtien, vaikka Suomessa on vuosisatoja elänyt monien muiden kulttuurien edustajia (Iduozee 1997; STM 2004a). Yksinkertaisimmillaan monikulttuurisuus merkitsee sitä, että maassa asuu suomalaisen valtaväestön lisäksi muita etnisiä ryhmiä, kuten esimerkiksi venäläisiä, virolaisia, bosnialaisia ja somaleja. Tämä käsitys monikulttuurisuudesta on hyvin pinnallinen. (Lumiaro 1995; Iduozee 1997.) Monikulttuurisuuden syvemmistä merkityksistä puhutaan silloin, kun tarkastelun kohteena ovat tasa-arvo ja asenteet. Monikulttuurisuutta tarkastellaan usein myös positiivisena tai negatiivisena ilmiönä. Positiivisen näkemyksen mukaan monikulttuurisuudessa hyödynnetään kulttuurista erilaisuutta sekä yksilö- että yhteisötasolla. Syrjintä ja rasismi ovat monikulttuurisuuden negatiivisia ilmiöitä. (Lumiaro 1995; Iduozee 1997; Lehtonen & Löytty 2003.)

2.3.2 Moninaisuus, erilaisuus, samanlaisuus ja yhdenvertaisuus

Kulttuurinen moninaisuus liittyy etnisen taustan ja ulkoisesti havaittavien ominaisuuksien lisäksi myös niihin alakulttuureihin, joihin jokainen ihminen kuuluu ja joiden kautta kulttuuri-identiteetti rakentuu (Abdelhamid ym. 2009). Käsitteellä moninaisuus (engl. diversity) viitataan usein ihmisten erilaisuuteen, samanlaisuuteen ja yhdenvertaisuuteen (Moisio & Martikainen 2006).

Erilaisuus liittyy ryhmien, yhteisöjen ja yhteiskuntien omaksumiin normien, arvojen, olettamusten ja ymmärryksen (tiedostettujen ja tiedostamattomien) ja sosiaalisten sopimusten muodostamaan kokonaisuuteen (Schott & Henleyn 2002; 2005). Erilaisuus liittyy myös läheisesti kaikkeen inhimilliseen kanssakäymiseen ja yhteistoimintaan (Lehtonen & Löytty 2003; Vikström 2006). Toisaalta erilaisuus ei ole valmiina ominaisuutena ”erilaisessa”, vaan se tuotetaan silloin, kun ”erilainen kohdataan”. Erilaisuudessa ei siis ole ainoastaan kyse joidenkuiden toisten ”toiseudesta”, vaan myös ”meistä” ja ”meidän” erilaisuudestamme. Osa eroista mielletään kulttuuriin kuuluviksi, ja niitä on ”helpompi” suvaita kuin sellaisia eroja, joilla kyseenalaistetaan toisten kuuluminen ”meihin” ja suljetaan heidät ulkopuolellemme. (Lehtonen & Löytty 2003.) Monissa tilanteissa sama kieli, tausta, arvopohja ja samanlaiset elämänskatsomukset auttavat ymmärtämään toinen toistamme paremmin (Vikström 2006).

Vaikka tietyssä kulttuurissa kasvaminen merkitsee sekä kielen että arvo- maailman, normien ja roolien sisäistämistä (Alitolppa-Niitamo 2005; Schott & Henley 2002; 2005), ovat ihmisten tarpeet monella tapaa samanlaisia riippumatta siitä, millaisessa sosiokulttuurisessa ympäristössä he ovat kasvaneet. Alitolppa-Niitamon (2005) mukaan kaikkia maahanmuuttajia yhdistävä tekijä on maahanmuuttokokemus ja siihen liittyvät haasteet, kuten kielitaidottomuus,

uuden yhteiskunnan tunteminen ja kontaktien puute. Muutoksesta johtuvat ongelmat aiheuttavat avuttomuutta, toivottomuutta, stressiä ja jopa aggressiota ympäristöä kohtaan. Jos ihmisten erilaisuutta ylikorostetaan, piilee vaarana, että esimerkiksi maahanmuuttajaperheiden ongelmia selitetään kulttuurilla, kun kyseessä ovat sosiaaliset ongelmat ja muutoksesta johtuva elämänhallinnan tai esimerkiksi tiedon puute. Maahanmuuttajaperheiden elinolot vaikuttavat perheisiin yhtä paljon kuin lähtömaan elämäntapa ja arvomaailma.

Yhdenvertaisuus on ihmisten perusoikeus. Yhdenvertaisessa yhteiskunnassa kaikilla ihmisillä on oikeus saada samat mahdollisuudet kouluttautua, tehdä töitä ja saada palveluita riippumatta heidän kansalaisuudestaan, etnisestä alkuperästään, seksuaalisesta suuntautumisestaan, iästään, sukupuolestaan tai siitä, onko heillä jokin vamma tai sairaus. Samanlainen kohtelu kaikille ei kuitenkaan takaa yhdenvertaisuutta, sillä ihmisten lähtökohdat ja mahdollisuudet vaihtelevat yksilöllisesti. (Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21.)

2.3.3 Maahanmuuttaja

Laissa kotoutumisen edistämisestä maahanmuuttajalla tarkoitetaan Suomeen muuttanutta henkilöä, joka oleskelee maassa muuta kuin matkailua tai siihen verrattavaa lyhytaikaista oleskelua varten myönnetyllä luvalla tai jonka oleskeluoikeus on rekisteröity tai jolle on myönnetty oleskelukortti (Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010). Maahanmuuttaja on myös yleiskäsite, jota käytetään usein kuvattaessa kaikkia Suomeen muualta muuttaneita henkilöitä. Se on myös yläkäsite, joka sisältää muun muassa alakäsitteet pakolainen, siirtolainen, paluumuuttaja, ulkomaalainen ja turvapaikanhakija. (Maahanmuuttovirasto.) Maahanmuuttajien statuksella tarkoitetaan perustetta, jolla maahanmuuttajalle myönnetään oleskelulupa Suomessa. Maahanmuuttajien status (mm. ulkomaan kansalaiset, joilla on pakolaisstatus, avioliiton, työn tai opiskelun perusteella oleskeluluvan saaneet maahanmuuttajat ja inkeriläiset paluumuuttajat) voi vaihdella. (STM 1998.) Oleskelulupa voidaan myöntää siis seuraavin perustein: perheside Suomeen, suomalainen syntyperä, paluumuutto Suomeen, humanitaariset syyt tai muu erityinen syy, opiskelu tai työnteko (Ulkoasiainministeriö 2009c).

Usein maahanmuuttajat kuvataan ja ryhmitellään heidän kansallisuutensa (etninen tai kulttuurinen alkuperä), kansalaisuutensa (valtiollis-oikeudellisesti määritelty yksilön ominaisuus) ja kulttuuriin liittyvän uskonnon ja kielen perusteella. Etniset ja kulttuuriset piirteet ja kansalaisuus ovat tärkeitä maahanmuuttajien määrittämisessä, erityisesti pyrittäessä ymmärtämään heidän terveyspalvelujen tarpeitaan sekä terveyspalvelukokemuksiaan. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Maahanmuuttajaperheillä tarkoitetaan perheitä, joissa ainakin toinen puolisoista tai ainoa vanhempi on ulkomaan kansalainen. Maahanmuuttajaperhe-käsitteen synonyymina on usein ”maahanmuuttajataustainen perhe” ja ”monikulttuurinen perhe”. Kaikki perheet, myös maahanmuuttajaperheet, ovat monimuotoisia. (Alitolppa ym. 2005.)

Maahanmuuttajalla voidaan viitata joko ensimmäisen tai toisen sukupolven maahanmuuttajaan. Toisen sukupolven maahanmuuttajalla tarkoitetaan henkilöä, joka on syntynyt Suomessa ja jonka vanhemmista ainakin toinen on maahanmuuttaja. Tutkimuksissa maahanmuuttaja määritellään myös muiden tekijöiden kuin syntyperän, esimerkiksi kielen ja kansalaisuuden, perusteella. (Väänänen ym. 2009.) Maahanmuuttaja-käsite on ongelmallinen. Nykyään keskustellaan siitä, onko maahanmuuttaja aina maahanmuuttaja. Voidaanko toisen tai kolmannen polven maahanmuuttajien lapsia ikuisesti nimittää maahanmuuttajiksi tai maahanmuuttajataustaisiksi henkilöiksi?

2.3.4 Integroituminen, kotoutuminen ja maahanmuuttajatyö

Käsitteet integroituminen, kotoutuminen ja maahanmuuttajatyö liittyvät läheisesti toisiinsa. Berry (1992) tarkastelee yksilön integroitumista (=kotoutumista) yhteiskuntaan akkulturaatiosta käsin: vaihtoehdot ovat integraatio, sulautuminen (assimilaatio), eristäytyminen (separaatio) ja syrjäytyminen (marginaalisuus).

Integraatiolla tarkoitetaan sellaista monikulttuurista yhteiskuntaa, jossa ihmiset elävät sovussa kulttuurieroista huolimatta. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa valtio tukee maahanmuuttajia ja etnisiä ryhmiä oman kulttuurinsa ja identiteettinsä säilyttämisessä. *Sulautumisella* (assimilaatio) tarkoitetaan sitä, että vähemmistökulttuurin edustajat hylkäävät oman kulttuurinsa ja omaksuvat uuden. *Eristäytymisellä* (separaatio) tarkoitetaan sitä, että vähemmistökulttuurin edustajat haluavat säilyttää oman kulttuurinsa ja välttää yhteydenpitoa valtakulttuuriin. Yhteiskuntaan sopeutuminen on tällöin vaikeaa. Myös valtio ja valtaväestö voivat pyrkiä tietoisesti sijoittamaan maahanmuuttajat tai etniset ryhmät omille asuinalueilleen, kouluihin, ammatteihin ja palvelujärjestelmiin. *Syrjäytyminen* (marginalisaatio) näkyy tilanteessa, jossa vähemmistöryhmän edustaja torjuu sekä lähtömaansa että uuden kotimaansa kulttuurin. (Berry 1992.)

Hassinen-Ali-Azzanin (2002) mukaan *akkulturaatio* kuvaa maahanmuuttoa valtaryhmän näkökulmasta, ja käsite uuteen kulttuuriin siirtymävaihe (cultural transition) kuvaa samaa asiaa maahanmuuttajien näkökulmasta. Siirtymä uuteen kulttuuriin on useiden sukupolvien ajan kestävä tapahtumasarja, josta on erotettu kolme muotoa: 1) sosiaalinen samankaltaistuminen tai tunnistettavan etnisen identiteetin menetys, 2) kulttuurin yhdentyminen tai erilaisten etnisten identiteettien käyttö osana omakuvaa ja persoonallisuutta sekä 3) marginalisaatio tai poissulkeva etninen identiteetti, jolloin osallistuminen ympäröivään kulttuuriin on rajallista tai puuttuu kokonaan. Siirtymä uuteen kulttuurin etenee vaiheittain: vanhan päättyminen, siirtymävaihe ja uusi alkua.

Käsitteet *maahanmuuttajatyö*, *kotoutuminen* ja *monikulttuurinen perhetyö* liittyvät läheisesti toisiinsa (Suomi.fi 2009a; Suomi.fi 2009b). Kotoutumislain tarkoituksena on edistää maahanmuuttajan mahdollisuutta osallistua aktiivisesti suomalaisen yhteiskunnan toimintaan sekä edistää tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta sekä myönteistä vuorovaikutusta eri väestöryhmien kesken (Laki kotoutumisen edistämisestä 30.12.2010/1386). Maahanmuuttajatyön avulla tuetaan

perheitä kotoutumaan suomalaiseen yhteiskuntaan. Kotoutumisen keskeisin edellytys on suomen tai ruotsin kielen oppiminen. Monikulttuurinen perhetyö on osa maahanmuuttajatyötä, ja siihen kuuluvat kysymykset maahanmuuttajien perhe-elämästä, lastenkasvatuksesta ja vanhemmuudesta. (Suomi.fi 2009a.)

2.3.5 Kulttuurinen sensitiivisyys

Kirjallisuudessa kulttuurinen sensitiivisyys (cultural sensitivity) määritellään usealla eri tavalla. Useimmiten se määritellään osaksi kulttuurista kompetenssia tai ammattitaitoa (Chin 2000; Huff & Kline 2007). Kulttuurinen sensitiivisyys edellyttää kulttuurista tiedostamista, joka puolestaan edellyttää sitä, että terveydenhuollon työntekijä kykenee sensitiivisesti refleктоimaan sekä omaa että asiakkaansa kulttuuria (Huff & Kline 2007). Kulttuurisessa kompetenssissa ja ammattitaidossa korostetaan sensitiivisyyden ja reflektioidon lisäksi kulttuurisen tiedon hankkimista ja kommunikointitaitoa sekä asiakkaiden auttamista päätöksenteossa (Huff & Kline 2007; College of Nurses of Ontario 2008).

Reflektioidotaito on tärkeä osa kulttuurista sensitiivisyyttä. Reflektioidolla viitataan tietoisuuteen omasta kulttuurista ja sen vaikutuksesta omaan toimintaan sekä tuntumaan asiakkaiden erilaisista kulttuuritaustoista ja kulttuurien erityispiirteistä (Räty 2002).

Sensitiivisyydellä tarkoitetaan myös kykyä kohdata ihmiset ja kommunikoida ihmisten kanssa kielivaikeuksista, näkemysristiriidoista ja vaikeista elämäntilanteista huolimatta. (Räty 2002; Huff & Kline 2007.) ETENEn raportissa (STM 2004a) kulttuurinen sensitiivisyys määritellään monikulttuurisessa kohtaamistilanteessa tarvittavaksi työkaluksi, viestintää helpottavaksi lähestymistavaksi, persoonalliseksi ominaisuudeksi ja osaamisvaatimukseksi monikulttuurisessa kohtaamistilanteessa. Monikulttuurisessa terveydenhuollon kohtaamisessa tarvitaan herkkyyden lisäksi ennakkoluulottomuutta, ymmärrystä sekä vuorovaikutus- ja yhteistyöosaamista.

Kulttuurinen sensitiivisyys edellyttää kommunikaation onnistumisen lisäksi tulkin käytön osaamista, empatiaa, luottamuksen osoittamista, hyväksymistä ja soveliaisuussääntöjen kunnioittamista (Papadopoulos 2006) sekä yhtäläisyyksien ja erilaisuuden tunnistamista (Abdelhamid ym. 2009).

Bennettin ja Bennettin (2004) mukaan interkulttuurinen sensitiivisyys tarkoittaa kasvua ja oppimista monikulttuurisen kohtaamisen taidoissa. Interkulttuurinen sensitiivisyys -käsitteellä viitataan siis mahdollisuuteen oppia kulttuurista kompetenssia ja sen osana myös sensitiivisyyttä (Jokikokko 2002; Bennett & Bennett 2004.)

Papadopoulosen, Tilkin ja Taylorin (Papadopoulos 2006) kehittämässä mallissa kuvataan hoitotyöntekijöiden kulttuurisen kompetenssin kehittymisen vaiheita. Ensimmäisessä eli kulttuurisen tietoisuuden vaiheessa itselle vieraan kulttuurin edustajia tarkastellaan oman kulttuurin näkökulmasta. Toisessa eli kulttuurisen tiedon vaiheessa muiden kulttuurien edustajien tarkastelussa korostuu yleinen kulttuurinen tieto, kuten uskomukset, tavat, samanlaisuus ja erilaisuus. Kolmannessa kulttuurisen sensitiivisyyden vaiheessa monikulttuurisissa kohtaamistilanteissa korostuvat empatia, kommunikaatiotaidot, luottamus,

hyväksyntä ja soveliaisuus. Kulttuurisen kompetenssin vaiheessa hoitotyöntekijä omaksuu kolme edellistä vaihetta työhönsä ja osaa tunnistaa rasismia ja muita syrjinnän muotoja sekä puuttua niihin.

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen (Aro 2008) mukaan arabimuslimiväestöllä on vaikeuksia päästä terveydenhuoltojärjestelmän piiriin. Hoitoon hakeutumisen esteitä ovat vaatimattomuus, terveydenhuollon työntekijät, sukupuoliodotukset ja sairauden syyhyn liittyvät virheelliset uskomukset. Hoitoon hakeutumista estävät myös terveydenhuoltojärjestelmän monimutkaisuus sekä sen vaikeus tarjota kulttuurisesisensitiivisiä palveluita. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien on oltava tietoisia arabimuslimiväestön erilaisista kulttuurilähtöistä tarpeista sekä islamin opeista etenkin terveysneuvontatilanteissa.

Yhdysvalloissa julkaistiin jo 2000-luvun alussa suositus kulttuurisensitiiviselle terveydenhuollolle (National standards for culturally and linguistically appropriate services). Yhteensä 11 standardissa täsmennetään kulttuuriosaamisen, monikulttuurisen vuorovaikutuksen ja kielitaidon sekä organisatorisen tuen kriteerit (Anderson ym. 2003; Rimpelä 2009). Standardeissa korostetaan kolmea asiaa: 1) Terveydenhuollon asiakkaille tulee tarjota tehokasta, ymmärrettävää ja kunnioittavaa hoitoa, jossa otetaan huomioon asiakkaiden kulttuurilähtöiset terveyteen liittyvät uskomukset ja käytänteet sekä kielitaito. 2) Monikulttuurisuus tulee ottaa huomioon terveydenhuollon organisaatioiden rekrytointistrategioissa. Tavoitteena on, että henkilökunnassa ja esimiehissä on alueensa monikulttuurisen väestön edustajia. 3) Terveydenhuollon henkilöstölle tulee tarjota jatkuvaa monikulttuurisuuteen liittyvää täydennyskoulutusta. (Anderson ym. 2003.)

Tuckerin työryhmä (Tucker ym. 2007a) on kehittänyt kulttuurisensitiivisen terveydenhuollon mallin, jossa huomiota kiinnitetään terveydenhuollon palveluiden rakenteeseen, ammattihenkilöstön toimintaan ja potilaiden käyttäytymiseen. Teal ja Street (2009) ovat kehittäneet kulttuuriseen vuorovaikutukseen keskittyvän mallin, jonka tavoitteena on vahvistaa lääkäreiden herkkyyttä havaita kulttuuriset vaihtelut asiakkaissaan. Tutkijaryhmä (Tucker ym. 2007b) on kehittänyt myös menetelmän perusterveydenhuoltoon kulttuurisensitiivisyyden arvioimiseksi (Paez ym. 2009).

Tässä tutkimuksessa kulttuurinen sensitiivisyys nähdään osaksi terveydenhoitajien ja kättilöiden kulttuurista kompetenssia (Chin 2000; Huff & Kline 2007) ja sillä viitataan ETENEn (STM 2004a), Rädyn (2002) ja Papadopouloksen, Tilkin ja Taylorin (Papadopoulos 2006) määritelmiin. Lisäksi oletetaan, että kulttuurista kompetenssia ja sensitiivisyyttä on mahdollista kehittää koulutuksen keinoin (Anderson ym. 2003; Bennett & Bennett 2004; Papadopoulos 2006).

Rimpelä (2009) korostaa, että kulttuurisen herkkyyden haasteet ovat tuttuja suomalaisessa terveydenhuollossa. Suomessa on paljon kokemustietoa mutta myös mahdollisuus tutustua aiheeseen liittyvään kansainväliseen kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Ensin on kuitenkin hyväksyttävä, että suomalaisen terveydenhuollon tulee olla kulttuurisensitiivistä ja kulttuuriosaaminen on tärkeä osa terveydenhoitohenkilöstön ammattitaitoa ja kompetenssia.

2.4 Somalinaisten raskaus, synnytys ja synnytyksen jälkeinen aika

2.4.1 Raskauden aika

Raskaus ja synnytys ovat kaikissa kulttuureissa paljon muutakin kuin biologinen tapahtuma. Ensimmäinen raskaus merkitsee naiselle äidin rooliin siirtymisen lisäksi muutoksia taloudellisiin olosuhteisiin, parisuhteeseen, asumiseen, ajankäyttöön ja ystävyys-suhteisiin. Monissa kulttuureissa raskauteen liittyy erilaisia terveyden kannalta positiivisia tai negatiivisia uskomuksia. Useimmat uskomukset korostavat äidin toiminnan vaikutusta syntyvään lapseen. (Abdelhamid ym. 2009.)

Somalinaiset suhtautuvat lapsiin ”Jumalan lahjoina” (Beine ym. 1995; Hassinen-Ali-Azzani 2002). Raskauteen liittyvää tyytyväisyyttä ja iloa varjostavat kuitenkin pelko ja huoli synnytykseen liittyvistä riskeistä (Essén ym. 2000). Pelkoa aiheuttavat myös raskausajan jaksaminen, pahoinvointi, synnytyksen sujuminen, yksinolo ja kuoleminen (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Raskauden aikana somalinaiset kokevat itsenä yksinäisiksi, etenkin jos heiltä puuttuu sukulaisten antama tuki (Essén ym. 2000). Raskauden aikaista pelkoa somalikulttuurissa yritetään poistaa myönteisen ajattelun, sosiaalisen tuen, yksinolon välttämisen ja rukouksen keinoin (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Suomalaisten naisten raskauden aikaiset pelot liittyvät syntyvään lapseen, lapsen hoitoon ja kasvatukseen, mutta myös lapsen syntymän tuomiin muutoksiin pari- ja perhesuhteissa (Melender 2002).

Somalinaisten yleisin raskausajan ongelma on pahoinvointi, josta kärsivät sekä ensi- että uudelleensynnyttäjät (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Pahoinvointia ja oksentelua esiintyy etenkin raskauden alussa. Usein naiset eivät tiedä pahoinvoinnin syytä. (Essén ym. 2000.) Joidenkin somalinaisten mielestä raskauspahoinvointi on Suomessa voimakkaampaa ja pidempikestoisempaa kuin Somaliassa (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Somalinaisten mielestä Allah päättää perheen lapsiluvusta (Degni ym. 2006). Tästä syystä useimmiten somalinaiset suhtautuvat kielteisesti ehkäisyneuvontaan, sikiön sukupuolen etukäteen selvittämiseen ja aborttiin (Beine ym. 1995). Raskauden keskeytymiseen liittyy toivoa mutta myös surua. Jos keskenmeno tapahtuu raskauden kolmannen kuukauden jälkeen, lapsi menee paratiisiin ja auttaa sieltä käsin myös vanhempiaan paratiisiin pääsyssä. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Tutkimustulokset somalinaisten terveystiedoista ovat ristiriitaiset. Beinen ym. (1995) tutkimuksen mukaan somalinaisten tiedot perinataaliajan terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä ravitsemuksesta ja liikunnasta ovat hyvät. Essénin ym. (2000) mukaan somalinaiset uskovat, että kun äiti vähentää syömistä raskauden aikana, lapsi syntyy pienempänä, synnytyksestä tulee helpompi ja keisarileikkauriski pienenee. Feldmannin ym:n (2006) mukaan somalinaiset ovat

halukkaita imettämään lapsiaan ja he tuntevat rokotusohjelman sekä yleisimmät raskaudenaikaiset lääketieteelliset tutkimukset.

Somaliassa suvun naiset tulevat auttamaan raskaana olevaa naista kotiöissä. Raskauden aikana naiset välttävät rasvaisia ruokia ensimmäisten neljän kuukauden ajan. Synnytykseen on perinteisesti valmistauduttu muun muassa oman huoneen järjestämisellä, kynsien leikkauksella, hennaamisella ja hiusten laittamisella sekä ihokarvojen poistamisella. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Länsimaissa asuvat somalinaiset hakevat tietoa raskaudesta, synnytyksestä ja synnytyksen jälkeisestä ajasta lääkäriltä, kättilöiltä ja terveydenhuollon vastaanotoilta sekä sukulaisilta ja ystäviltä, jotka ovat aikaisemmin synnyttäneet lapsen. Somalinaisten mielestä raskauden aikaiset terveystarkastuskäynnit ovat tarpeellisia muun muassa siksi, koska verenpainetta ja painon lisääntymistä on hyvä seurata ennen synnytystä. Lisäksi raskauden aikainen seuranta vähentää lapsen syntymiseen liittyviä komplikaatioita. (Herrel ym. 2004.)

2.4.2 Synnytys

Somaliassa synnytykset toteutuvat joko sairaalassa tai sairaalan ulkopuolella perinteisen kättilön avustamana. Sairaalasynnytyksessä on mukana naisen äiti ja sisar. Synnytyksessä ei ole sopiva huutaa, itkeä tai muuten näyttää kuuluvasti tunteitaan. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Länsimaissa asuvat somalinaiset haluavat synnytyksensä hoitajaksi naishenkilön (Beine ym. 1995, Dundek 2005). Naiset ymmärtävät, ettei tämä ole terveydenhuollossa aina mahdollista (Beine ym. 1995). Jotkut somalinaiset kokevat jäävänsä yksin synnytystilanteessa, silloinkin kun ympärillä on hoitohenkilökuntaa (Dundek 2005). Suomessa asuvien somalinaisten näkemykset isän osallistumisesta synnytykseen vaihtelevat. Joidenkin mielestä isän osallistuminen vaikuttaa positiivisesti mieheen ja synnyttävään naiseen sekä isän ja lapsen väliseen tunnesuhteeseen. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Somalimiehet eivät ole tottuneet osallistumaan synnytykseen. Tästä syystä synnytykseen osallistuminen saattaa tuntua miehistä epämurkavalta. (Beine ym. 1995.) Suomessa asuvien somalimiesten mielestä osallistuminen synnytykseen on tärkeää, koska vaimolla ei ole Suomessa muuta apua ja näin he voivat tarjota vaimolleen tukea ja turvaa. Miesten mielestä Suomeen muuton jälkeen asiat jaetaan vanhempien kesken yhdessä. Tähän kuuluu myös synnytyskokemuksen jakaminen vaimon kanssa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.) Maahanmuutto ei vaikuta ainoastaan negatiivisesti maahanmuuttajaisiin, vaan se antaa myös mahdollisuuden toteuttaa uudenlaista isyyttä (Roer-Stier ym. 2005).

Somalinaiset kuvaavat synnytyskipua fyysisenä tuntemuksena, johon tunteet eivät liity millään tavalla. Kipua kuvataan myös syvemmäksi asiaksi, johon liittyy sekä keho että mieli. Naisten mielestä kipua ja jomotusta voi tulla ja mennä, joten aina siihen ei tarvita minkäänlaista lääkitystä. Naiset korostavat, että kipua voivat aiheuttaa synnytys, haavat, infektiot, ruokamyrkytys sekä allergiat ja kuume. Useimmiten somalinaiset ilmaisevat kipujaan kovaäänisemmin kuin miehet. Naisten mielestä somalikulttuurissa itkeminen ja vaikertaminen ei ole hyväksyttävää. Tästä syystä naiset voivat tuntea jopa häpeää, jos ovat

valittaneet ääneen synnytyskipujaan. (Finnström & Söderhamn 2006.) Myöskään Hassinen-Ali-Azzanin (2002) tutkimuksen mukaan Somaliassa synnytyskivun näyttäminen ei ole soveliaista.

Somalinaisten näkemykset synnytystavasta ja kipujen lievittämisen hyödyistä vaihtelevat. Chalmersin ja Hashin (2000) tutkimukseen osallistuneista somalinoisista joka toinen halusi alatiesynnytyksen ilman kivunlievitystä. Beinen ym. (1995) tutkimukseen osallistuneet somalinaiset tunsivat epiduraalipuudutuksen synnytyskivun lievittämisessä. Osa tutkimukseen osallistuneista somalinoisista epäili epiduraalin aiheuttavan pitkällistä selkäkipua eikä tämän takia halunnut turvautua siihen.

Useissa tutkimuksissa on havaittu somalinaisten pelkäävän keisarileikkausta (Essén ym. 2000; Chalmers & Hashi 2000; Herrel ym. 2004). Keisarileikkausta pelätään, koska se muistuttaa henkilöistä, jotka olivat kuolleet Somaliassa keisarileikkaukseen. Kuolemanpelkoa naisissa aiheuttaa myös leikkaus toimenpiteenä ja siinä käytettävä anestesia. Lisäksi somalinaisten mielestä keisarileikkaus lisää synnytyksen jälkeistä kärsimystä. Keisarileikkauksesta keskustellessaan somalinaiset eivät ilmaisseet olevansa huolissaan lapsen terveydestä. (Essén ym. 2000.) Keisarileikkausta pelätään myös sen takia, että se rajoittaa kotitöiden tekemistä synnytyksen jälkeen. Sen uskotaan vaikuttavan myös lasten saantiin ja uuden raskauden ajoitukseen. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003.) Somalinoisia pelottavat myös synnytykseen liittyvät riskit (Essén ym. 2000), synnytyksen sujuminen ja kuoleminen (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Suomalaisten naisten synnytykseen liittyvät pelot liittyvät kipuun, mutta myös synnytyskomplikaatioihin, synnytyksen aikaiseen vaurioon, hätäsektioon tai synnytyksessä kuolemiseen. Pelot voivat myös johtua luottamuksen puutteesta synnytystä hoitavaa henkilökuntaa kohtaan. Jotkut suomalaiset naiset haluavat sektorin, koska pelkäävät alatiesynnytystä. Toisena ryhmänä ovat naiset, jotka pelkäävät joutuvansa hätäsektioon. Sektio sekä instrumentaalinen alatiesynnytys saattavat jättää pelon myös tuleviin synnytyksiin. Pelkoa voivat aiheuttaa myös muiden synnyttäjien kertomat negatiiviset kokemukset sekä negatiiviset synnytyskokemukset, jotka ovat aiheutuneet kivuista, kontrollin menetyksistä, synnytyskomplikaatiosta, sairaan tai kuolleen lapsen synnyttämisestä ja yllättävästä keisarinleikkaukseen joutumisesta sekä synnytyksen jälkeisestä komplikaatiosta. (Melender 2002.)

Ympärileikkaus on arka asia sekä somalinoisille että hoitohenkilökunnalle. Jotkut ympärileikatut somalinaiset pelkäävät hoitoon hakeutumista prenataali-aikana (ajanjakso joka alkaa 29 raskausviikosta ja päättyy viikon kuluttua syntymästä). (Dundek 2005.) Ympärileikattujen naisten synnytyksen toisen vaiheen (ponnistusvaihe) on havaittu olevan lyhyempi kuin ympärileikkaamattomilla naisilla (Chalmers & Hashi 2000; Essén ym. 2004). Ympärileikatuilla naisilla on myös pienempi pitkittyneen synnytyksen riski (Chalmers & Hashi 2000).

Useat somalinaiset ovat tyytyväisiä synnytysosastolla saamaansa hoitoon (Essén ym. 2000). Heidän mielestään positiiviseen hoitokokemukseen vaikuttavat itsensä kokeminen arvostetuksi ja kunnioitetuksi sekä positiivinen non-verbaalinen ja verbaalinen kommunikointi hoitohenkilökunnan kanssa (Carroll

ym. 2007a). Toisaalta somalinaiset saavat synnytyssairaalassa liian vähän emotionaalista tukea. Somalinaiset eivät mielestään voi itse vaikuttaa synnytystoimenpiteisiin tai synnytyskipujen lievittämiseen. Lisäksi jotkut somalinaiset ovat kertoneet, että heitä on kosketeltu synnytyksen aikana kovakouraisesti. (Chalmers & Omer-Hashi 2002.)

Synnyttävien somalinaisten kanssa keskustellaan harvoin synnytyskipun lievittämisestä ja ympärileikkauksesta. Somalinoisille ei myöskään kerrota riittävästi erilaisista kivunhoitovaihtoehdoista, joten he eivät voi tehdä tietoisia valintoja kivunhoidostaan. Kättilöiden mielestä kommunikointiongelmat tekevät kivunhoidosta keskustelun somalinaisten kanssa erittäin vaikeaksi. Somalinaisten kanssa ei myöskään laadita synnytyssuunnitelmaa. (Bulman & McCourt 2002.)

Usein somalinaiset ovat tyytymättömiä etenkin ympärileikkauksen hoitoon synnytyksen yhteydessä (Bulman & McCourt 2002). Heidän mielestään länsimaissa hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa ympärileikkauksesta (Chalmers & Hashi 2000; Bulman & McCourt 2002; Chalmers & Omer-Hashi 2002). Somalinaisten mielestä hoitohenkilökunnan tiedon ja kommunikoinnin puute aiheuttaa synnytyksen yhteydessä naisille ylimääräisiä repeämiä ja kipuja (Bulman & McCourt 2002). Somalinaisten mielestä hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa myöskään siitä, että ympärileikatuilla naisilla on synnytyksen jälkeen hyvin voimakasta kipua (Chalmers & Hashi 2000). Ympärileikkattujen somalinaisten mielestä terveydenhuoltohenkilöstö on kiinnostuneempi ympärileikkauksesta kuin naisista itsestään (Khaja ym. 2010). Somalinaisten mielestä hoitohenkilökunnan, joka ohjaa ja opastaa somalinoisia, olisi hyvä tuntea perusasiat ympärileikkauksesta. Toivomuksena oli ympärileikatun naisen yksityisyyden kunnioittaminen ja sensitiivisyys hoitotilanteissa. (Carroll ym. 2007b.)

Malinin (2011) mukaan Suomessa asuvat maahanmuuttajat käyttävät hyvin äitiyshuollon palveluja, mikä kertonee niiden saatavuudesta ja hyväksyttävyydestä. Toisaalta maahanmuuttajien hoidossa saattaa esiintyä ongelmia, kuten sitä, että sikiön kasvun hidastumista ja liikkeiden vähenemistä ei havaita riittävän ajoissa. Myös synnytyksen kulkua ja sikiön sydänääniä saatetaan tulkita väärin ja lääkityä riittämättömästi. Myös molemminpuoliset väärinkäsitykset ovat yleisiä. On myös havaittu, etteivät maahanmuuttajanaiset välttämättä noudata saamiaan hoito-ohjeita eivätkä hakeudu riittävän ajoissa hoitoon. Ongelmia hoitotilanteissa aiheuttaa myös se, että maahanmuuttajanaiset saattavat kieltäytyä keisarileikkauksesta.

Todennäköisyys sille, että somalinaiset synnyttävät ennenaikaisesti tai että heidän lapsensa syntyy raskausviikkoihin nähden pienipainoisena, on suurempi kuin valtaväestöön kuuluvilla naisilla (Small ym. 2008). On myös havaittu, että Saharan eteläpuolisista maista muuttaneiden naisten lapsilla on suurempi perinataalikuolleisuusriski kuin valtaväestöön kuuluvilla ruotsalaisilla naisilla (Essén ym. 2000). Havaintoa tukee Malinin ja Gisslerin (2009) tutkimus, jonka mukaan somalitaustaisten naisten lapsilla on suurempi perinataalikuolleisuus kuin muiden tutkimukseen osallistuneiden maahanmuuttajaryhmien lapsilla. Heidän tutkimuksensa mukaan perinataalikuolleisuus saattaa olla yhteydessä

suurentuneeseen raskausviikkoihin nähden pienipainoisena (SGA) syntymisen riskiin. Somalitaustaisilla vastasyntyneillä on havaittu jo raskauden aikana enemmän asfyksiaa ja somalitaustaisilla synnyttäjillä insuliinihoitoinen diabetes. Somalitaustaisille ensisynnyttäjille tehdään Suomessa enemmän keisarileikkauksia kuin muille maahanmuuttajataustaisille naisille. Essén ym. (2000) muistuttavat, että perinataalikuolleisuuden vähentämiseksi vähemmistöryhmiin kuuluville naisille on tarjottava tavanomaisen seurannan lisäksi erityistarkkailua sekä raskauden aikana että synnytyksen jälkeen.

Ruotsalaisen haastattelututkimuksen (Wilklund ym. 2004) mukaan somalilaisien ja -miesten kokemuksia synnytyksestä voidaan ymmärtää paremmin tarkastelemalla synnytystä sosiaalisen sukupuolen (genderin) pikemminkin kuin kulttuurin näkökulmasta. Tutkimuksessa haastateltiin naisia (n=9) ja miehiä (n=7). Tutkimuksen mukaan somalilaisien ja -miesten lähestymistavat synnytykseen ovat erilaiset. Somalilaiset keskittyvät synnytykseen biologisena tapahtumana, kun taas somalimiehet lähestyvät synnytystä sosiaalisten suhteiden ja kulttuurin näkökulmista. Yksi silmiinpistävä havainto on, että somalimiehet osallistuvat synnytyksiin. Miesten osallistuminen synnytykseen lisäsi somalilaisen synnytyksen aikaista hyvinvointia. Tutkimus toi esille myös somalilaisien ja -miesten vaikeuden omaksua ruotsalainen vanhemmuuden malli ja löytää uudenlaisen roolin parisuhteessa. Tutkimuksen mukaan synnytykseen osallistuminen oli sekä vahvistanut avioliittoa että lisännyt puolisoitten välistä ymmärrystä, mutta myös nostanut esille kokemuksen perinteisen naisen ja miehen roolin menettämisestä. Ruotsissa synnyttävät somalilaiset ja heidän miehensä ovat tutkimuksen mukaan synnytystilanteessa hyvin haavoittuvassa asemassa. Tästä syystä terveydenhuollon ammattilaisilla on tärkeä rooli tukea vanhempia.

Somalilaisien mielestä hoitohenkilökunta tuomitsee heidät heidän uskomustensa, kuten naisen ja miehen välisen roolijaon, ympärileikkauksen ja synnytykseen liittyvän käyttäytymisen, vuoksi (Dundek 2005). Joidenkin somalilaisien mielestä synnytyksen hoidossa ilmenee kulttuurista syrjintää. Somalilaisien mielestä hoitohenkilökunta pitää heitä laiskoina ja yhteistyökyvyttöminä. (Chalmers & Omer-Hashi 2002.)

2.4.3 Synnytyksen jälkeinen aika

Synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyy eri kulttuureissa eroja ja yhtäläisyyksiä seuraavissa asioissa: synnytyksen jälkeinen tuki, lepoaikaan liittyvät rajoitukset, hygieniäkäytännöt, ruokavalio, lapsen hoito, imetys, synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät seremoniat, kuten nimen antaminen lapselle ja lapsen terveyden edistämisen käytännöt synnytyksen jälkeen (Dennis ym. 2007).

Lapsivuodeaika somalikulttuurissa kestää neljäkymmentä päivää ja päättyy Somaliassa perhejuhlaan, jonka järjestävät lähipiirin naiset. Juhlien jälkeen naiset aloittavat normaalin elämän. Suomessa juhlan järjestäminen ei perheen sosiaalisen tuen puuttumisen, taloudellisten seikkojen ja asunto-olojen vuoksi ole useinkaan mahdollista. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Synnytyksen jälkeiseen avunsaantiin liittyy somalilaisilla voimakkaita ennako-odotuksia. Somalilaiset toivovat saavansa hoitohenkilökunnalta syn-

nytyksen jälkeen lapsenhoitoapua, koska sängystä nouseminen, lapsen hoitaminen, käveleminen ja imettäminen ilman hoitohenkilökunnan apua ovat etenkin ympärileikatuille naisille vaikeita ja vaikeuttavat vierihoitoa ja imetystä. (Chalmers & Omer-Hashi 2002.) Somaliäitien ja heidän lastensa välinen tunnesuhde on lämmin ja lasten hoito sujuvaa (Ekholm 1998). Suurin ongelma lastenhoidossa on imetyksen varhainen lopettaminen. Suomessa somalinaiset siirtyvät herkästi vauvan pulloruokintaan (Partanen 2002; Hassinen-Ali-Azzani 2002). Suomessa asuvat somalialaiset ovat tyytyväisiä käyttämiinsä neuvolapalveluihin (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Imetysohjaus on tehokasta silloin, kun se on kulttuurisesti sensitiivistä. Tällaisen ohjauksen lähtökohtana on rehellinen ja kriittinen kulttuurisen erilaisuuden tunnistaminen. Tämä puolestaan edellyttää todellista kumppanuutta maahanmuuttajanaisten kanssa. Maahanmuuttajanaيسilla on oikeus tulla kohdelluksi terveydenhuollossa niin, ettei heitä tuomita heidän erilaisuutensa vuoksi (Riordan & Gill-Hopple 2001.) Pystyvyyden tunteella (self-efficacy) on vaikutusta vanhemmuuden kokemukseen. Kaikki äidit ja isät eivät koe olevansa synnynnäisesti hyvä äitejä ja isiä. Etenkin riskiryhmiin kuuluvien perheiden vanhemmuutta on hyvä tukea keskustelemalla heidän kanssaan kasvotusten. (Salonen ym. 2009.)

Degnin ym. (2006) mukaan kotiäitiys ja sosiaalisen tuen puute pitävät Suomessa asuvien somalinaisten elämän kiireisenä synnytyssairaalasta kotiutumisen jälkeen. Naiset ovat väsyneitä hoitamaan lapsia, koska heillä ei ole mahdollisuutta saada Suomessa samanlaista lapsenhoitoapua läheisiltään ja laajalta perheyhteisöltä kuin Somaliassa. Somaliperheissä miesten ja naisten välinen roolijako ja tuen saanti puolisolta on islamilaisen avioliiton periaatteiden mukaista. Toisaalta sosiaalisen tuen puuttuessa Suomessa asuvat somalaiset ovat alkaneet osallistua entistä enemmän sekä lapsen- että kodinhoitoon. (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Degni ym. 2006.)

3 MONIKULTTUURINEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

3.1 Erilaisia näkökulmia terveyteen

3.1.1 Kulttuuritaustan yhteys terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen

Kirjallisuuden mukaan (Helman 1998; Helman 2007) kulttuuritausta vaikuttaa kaikkien ihmisten uskomuksiin, käyttäytymiseen, havaintoihin, tunteisiin, kieleen, uskontoon, rituaaleihin, perherakenteeseen, ruokailutottumuksiin, pukeutumiseen, kehonkuvaan, näkemyksiin tilasta ja ajasta, terveys- ja sairauskäsityksiin, kivun ilmaisemiseen sekä esimerkiksi onnettomuuksiin asennoitumiseen.

Länsimaissa on totuttu käyttämään lääketieteen kieltä terveydestä ja sairaudesta puhuttaessa (Helman 1998; Naidoo & Wills 1998; Naidoo & Wills 2005; Helman 2007). Länsimaisessa arkikielessä terveys ymmärretään usein joko sairauden puuttumisena tai sairautena (negatiivinen näkemys terveydestä). Positiivista terveysnäkemystä edustaa Ottawan julkilausuman (WHO 1986; WHO 2007) terveysmääritelmä. Siinä terveys määritellään kokonaisuudeksi, jokapäiväisen elämän voimavaraksi ja kaikkien ihmisten oikeudeksi. (Naidoo & Wills, 1998; Ewles & Simnett; 1999; Naidoo & Wills 2005; Ewles & Simnett 2010).

Länsimaissa terveys kuvataan myös jatkumona, jonka ääripäissä ovat syntymä ja kuolema. Näiden välille mahtuu se, mitä nimitetään ja koetaan terveydeksi. Terveysjatkumossa terveydellä voidaan tarkoittaa optimaalista terveyttä, suboptimaalista terveyttä (positiivinen näkökulma) tai alkavaa sairautta, näkyvää sairautta ja vammaisuutta sekä hengenvaarallista sairautta tai kuolemaa (negatiivinen näkökulma). Normaalius ja terveys ovat jatkuvasti muuttuvia kulttuurin asettamia yhteiskunnallisen hyväksyttävyyden ennakkoehtoja. (Pender 1996; Pender ym. 2011.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) terveyden määritelmässä huomioidaan kehon, mielen ja yhteiskunnan kokonaisuus. Määritelmä heijastaa kokonaisvaltaisempaa ymmärrystä terveyteen kuin perinteinen länsimainen biolääketieteel-

linen terveystmääritelmä. Esimerkiksi alkuperäiskansoilla on samanlainen ymmärrys terveydestä kuin WHO:lla. Tällaisissa kulttuurissa terveys ja hyvinvointi nähdään tasapainotilaksi, joka vallitsee yksilöiden, yhteisöjen ja maailmankaikkeuden kanssa. (WHO 2007.)

Ei-länsimaisissa kulttuureissa terveys ymmärretään ihmisten väliseksi, ihmisen ja luonnon sekä ihmisen ja ylluonnollisen maailman väliseksi tasapainoksi. Tasapainon horjuminen aikaansaa ihmisessä fyysisiä ja emotionaalisia oireita. Esimerkiksi kärsimys (sairastuminen) voidaan yhdistää muutoksiin elinympäristössä tai ylluonnollisiin voimiin. Myös oireita on opittu ilmaisemaan kulttuurille sopivalla tavalla, ja ne saattavat liittyä epäsopuun perheen, ystävien tai naapureiden kanssa. Näkökulma sairauteen on usein laaja ja sisältää yleisiä selityksiä vastoinikäymisille. Vastoinkäymiset voivat aiheuttaa häpeää ja syyllisyyttä, ja niitä voidaan pyrkiä hoitamaan samanlaisin keinoin kuin mitä tahansa vastoinkäymistä eli rukouksen ja katumuksen avulla. Samanlaisen ajattelumallin mukaisesti monissa kulttuureissa kaikenlaiset vastoinkäymiset, kuten korkea kuume, sadon menetys tai varkaus, voidaan selittää noituudella tai jumalallisella rangaistuksella. Länsimainen terveyden määritelmä ei tätä taustaa vasten vaikuta kaikenkattavalta, vaikka siihen sisältyykin fyysisiä, psyykkisiä ja käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä. (Helman 1998; Helman 2007.)

Myös useat tutkimukset osoittavat, että uskonto ja kulttuuritausta yksilöllisten tekijöiden lisäksi vaikuttavat ihmisten uskomuksiin ja käyttäytymiseen sekä terveyteen ja sairauteen liittyviin asenteisiin (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Aro 2008; Pathy ym. 2011; Rothe ym. 2010; Gerrish ym. 2012; Hill ym. 2012; Benbenek & Garwick 2012).

Tässä tutkimuksessa kulttuurinen näkökulma ohjaa tarkastelemaan perhevalmennuksessa terveydenhoitajien ja kättilöiden näkemyksen lisäksi sitä, miten somalinaiset näkevät itsensä, määrittelevät terveyden ja minkä tekijöiden he itse uskovat vaikuttavan omaan terveyteensä.

3.1.2 Terveys yksilön ja yhteisön näkökulmista

Terveyttä voidaan tarkastella väestöryhmien, yhteisöjen (mm. perheiden) ja yksilöiden näkökulmista. Yksilön terveys ja sairaus vaikuttavat koko perheeseen ja lopulta myös yhteiskuntaan. WHO:n (2007) mukaan eri väestöryhmien, kuten äitien ja lasten, terveyteen vaikuttavat 1) sosioekonomiset tekijät ja 2) välittömät tekijät. Sosioekonomisilla tekijöillä tarkoitetaan yksilöllisiä tekijöitä, kotitalouteen liittyviä tekijöitä sekä elinyhteisöön liittyviä tekijöitä. Välittömällä tekijöillä tarkoitetaan muun muassa äitiyteen, ympäristöön, ravitsemukseen sekä terveydenhuoltoon liittyviä tekijöitä. Hirvosen ym:n (2002) mukaan yksilön terveyteen vaikuttavat yhteiskunnalliset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet, elinolot ja työolosuhteet, perhe ja sosiaaliset verkostot, yksilön elämäntyyli ja voimavarat sekä yksilö ja hänen elämäntilanteensa. Yksilöt, perheet ja erilaiset yhteisöt omaksuvat aikansa arvoja ja tapoja sekä sopeutuvat eri tavalla muutoksiin.

Bomarnin (1992; 2004) mukaan perheiden terveyshaasteena ovat stressin hallinta, ravitsemuksen tasapainottaminen, parisuhde ja seksuaalisuus, harras-

tukset sekä terveyttä edistävän ja terveyskäyttäytymistä tukevan ympäristön luominen ja ylläpitäminen. Perheillä itsellään on tärkeä merkitys terveyskäyttäytymisen, terveyteen liittyvien arvojen ja terveysriskien muodostumisessa. Ensinnäkin perhe ympäristönä vaikuttaa perheenjäsenen terveyden edistämiseen ja suojelemiseen. Toisaalta perhesysteemin terveys vaikuttaa siihen, miten se voi täyttää perheen elintärkeitä toimintoja ja tehtäviä. Terve perhesysteemi tuottaa terveitä perheenjäseniä ja auttaa heitä kohtaamaan terveystarpeitaan. Terveet perheenjäsenet muodostavat terveen perhesysteemin. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on auttaa elämänsä eri vaiheissa olevia perheitä oman elämäntyyliinsä arvioimisessa ja mahdollisimman hyvän itsehoitokyvyn saavuttamisessa.

Valtioneuvoston asetuksen mukaan (338/2011) kunnilla on Suomessa velvoite seurata perheiden terveystottumuksia neuvoloissa. Tavoitteena on löytää aiempaa paremmin ne perheet, jotka tarvitsevat eniten tukea. Tutkimuksen mukaan lapsiperheen terveyttä edistävää tukea tulee kehittää sekä tutkia muun muassa seuraavilla aihealueilla: perheen oman terveyskäsitteiden tunnistaminen, ammatillinen vuorovaikutussuhde ja kotiin tarjottava tuki (Hägman-Laitila & Pietilä 2007).

3.2 Terveyden edistäminen

3.2.1 Keskeiset käsitteet

Terveyden edistäminen

Termi terveyden edistäminen (health promotion) tuli suomalaisen terveyspoliittiseen keskusteluun 1980-luvulla Maailman terveysjärjestön (WHO) terveyspoliittisen keskustelun myötä (Rimpelä 2005). Siitä saakka Maailman terveysjärjestön asiakirjat ovat määritelleet suomalaisen terveyden edistämisen (health promotion) perusteita (Koskenvuo & Mattila 2009). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että WHO:n Health 21 -ohjelma ja Euroopan alueen ohjelma ovat olleet pohjana Suomen Terveys 2015 -ohjelmaa valmisteltaessa (STM 2001). Suomalaisen terveyspolitiikan yhtenä haasteena on väestön kulttuurinen ja etninen moninaistuminen ja sosioekonomisten terveyserojen kasvaminen. Terveyspolitiikan tavoitteena vuosille 2011–2015 on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Poliittikaohjelman mukaan kaikille väestöryhmille on turvattava mahdollisuus terveytensä edistämiseen ja osallisuus yhteiskunnan toimintaan. Ikään tai kulttuuriseen erilaisuuteen perustuva syrjäytyminen on kyettävä välttämään myös sen vuoksi, että sillä olisi ilmeisiä terveysvaikutuksia. (STM 2015.)

1970-luvulle saakka termillä terveyden edistäminen viitattiin toimintaan ennen taudin riskitekijöiden havaitsemista. 1970-luvulla terveyden edistäminen alkoi hahmottua ammatilliseksi ja tieteelliseksi käsitteeksi. (Rimpelä 2010.) Lailonden (1974) raportissa terveyden edistämiseksi (health promotion) kuvattiin ensimmäisen kerran terveyspoliittinen sisältö. Raportin mukaan terveyden

edistäminen kohdistuu elämäntyyliin ja ihmisten henkilökohtaiseen vastuuseen terveydestä sekä sosiaaliseen ympäristöön (Green & Tones 2010; Fertman & Allensworth 2010; Rimpelä 2010). Yhdysvalloissa "health promotion" -käsitettä alettiin käyttää 1970-luvun puolivälissä, jolloin terveyspolitiikassa health promotion yhdistettiin sanapariksi prevention kanssa ("health promotion and disease prevention") (Rimpelä 2010).

Kansainvälisellä tasolla terveydenedistämistoiminnan perusta luotiin vuonna 1986 Ottawan (WHO 1986) terveydenedistämiskonferenssissa. Perustaa vahvistettiin seuraavissa konferensseissa, joita toteutettiin Adelaidessa (WHO 1988) Sundsvallissa (1991), Jakartassa (WHO 1997), Mexico Cityssä (WHO 2000), Bangkokissa (WHO 2005) ja Helsingissä (WHO 2013). Kaikki WHO:n maailman konferenssien linjaukset ovat kehittäneet terveyden edistämistä kaikilla aloilla, ja terveyden edistämässä on siirrytty yksilöllisestä lähestymistavasta kohti yhteiskunnallista lähestymistapaa. Mikään niistä ei ole kuitenkaan syrjäyttänyt Ottawa Charteria. (Green & Tones 2010; Fertman & Allensworth 2010; Rimpelä 2010.)

Ottawan kongressissa (WHO 1986) health promotion -käsitteen sisältö täsmennettiin viiteen toimintalinjaan: 1) terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, 2) terveyttä tukevien ympäristöjen luominen, 3) yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, 4) yksilöllisten taitojen kehittäminen ja 5) terveyspalvelujen uudelleen suuntaaminen. Adelaiden konferenssissa (WHO 1988) keskeiseksi teemaksi nostettiin terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka ja etenkin naisten terveyden edistäminen, ruuan ja ravinnon kehittäminen, tupakan ja alkoholin käytön vähentäminen sekä tukea antavien ympäristöjen luominen. Sundsvallissa (WHO 1991) keskeiseksi teemaksi nostettiin terveyttä edistävät ympäristöt sekä ekologiset kysymykset, sosiaalisen terveyden ongelmat, köyhyys ja eriarvoisuus. Jakartassa (WHO 1997) pidetyssä terveyden edistämiskonferenssissa korostettiin terveyden edistämisen uusia haasteita. Tuolloin Ottawan julistukseen lisättiin seuraavat prioriteetit: 1) sosiaalisen vastuun edistäminen, 2) terveyteen panostaminen, 3) yhteistyön lujittaminen ja laajentaminen terveyden hyväksi, 4) yhteisön toimintakyvyn lisääminen ja yksilön vahvistaminen sekä 5) terveyden edistämisen perusrakenteiden varmistaminen. Bangkokissa (WHO 2005) pidetyn konferenssin teemana olivat 2000-luvun haasteet terveyden edistämässä. Keskeisiksi aiheiksi nostettiin tuolloin globalisaatio, internet, yksityissektori sekä näyttö ja kustannusvaikuttavuus. Kahdeksas terveyden edistämisen konferenssi pidettiin Helsingissä. Konferenssin teemana oli terveys kaikissa politiikoissa (WHO 2013.) Ottawan (1986) ja Helsingin (WHO 2013) konferenssien välissä on miltei kolmekymmentä vuotta. Käsitteet ovat muuttuneet, mutta tausta-ajatukset kokonaisvaltaisesta terveyden edistämisestä ovat pysyneet samoina.

WHO:n terveyspolitiikan ensimmäistä vaihetta 1970-luvulla on kutsuttu *perusterveydenhuollon vaiheeksi* ja toista 1980-luvulle ajoittuvaa vaihetta *terveyden elämäntyyli-vaiheeksi*. Jälkimmäinen vaihe painotti sitä, että sairauksien syytä on haettava yksilön ja koko väestön terveyteen liittyvästä käyttäytymisestä, kuten elintavoista. Sairauden nähtiin johtuvan virheellisestä elämäntyylistä. Kolmatta

vaihetta on kutsuttu *uuden kansanterveyden vaiheeksi*. Tämä vaihe korostaa sitä, että taloudelliset, sosiaaliset ja muut ympäristötekijät vaikuttavat terveyteen. Ottawan julistus (1986) on tämän vaiheen tuotos. Neljättä vaihetta kutsutaan *ekologisen kansanterveyden vaiheeksi*. Kiinnostuksen kohteena on ympäristön ja terveyden välinen suhde. (WHO 2005.) Vuonna 2013 eletään vaihetta, jossa terveysnäkökulma pyritään saamaan mukaan kaikkiin poliittisiin päätöksiin (WHO 2013).

Fertmanin ja Allensworthin (2010) mukaan terveyden edistämisen osa-alueisiin kuuluvat vaikuttaminen (advocacy), ympäristön muutosten ennakointi, lainsäädäntö, poliittiset päätökset ja ohjeistukset, resurssien kehittäminen, sosiaalinen tuki, taloudellinen tuki sekä yhteisöjen ja organisaatioiden kehittäminen. Pietilän ym:n (2008) mukaan terveyden edistämiseen liittyvän tutkimuksen painopiste on siirtynyt riskikäyttäytymisen tutkimisesta terveyden kokonaisvaltaiseen tutkimiseen, mikä edellyttää monitieteistä yhteistyötä ja erilaisten lähtymistapojen huomioon ottamista. Tavoitteena on tuottaa sovellettavaa tietoa väestön elämänlaadun ja terveyden edistämiseksi.

Terveyskasvatus

Terveyskasvatus on terveyden edistämisen alakäsite, ja sillä tarkoitetaan terveyden edistämistä kasvatuksen ja viestinnän keinoin. Terveyskasvatuksen keinoin vaikutetaan väestön terveyttä koskeviin tietoihin, taitoihin, arvoihin, asenteisiin sekä ympäristötekijöihin. (Kannas 1992.)

WHO:n sanakirjassa terveyskasvatus (health education) määritellään tietoisesti toteutetuiksi oppimistilanteiksi, joihin liittyy viestintää ja joiden tarkoituksena on parantaa terveysosaamista, terveystietoja ja kehittää elämäntaitoja, jotka edistävät yksilön ja yhteisön terveyttä. Terveysviestinnän (health communication) avulla välitetään suurelle yleisölle terveystietoja ja pidetään yllä julkista keskustelua merkittävistä terveyskysymyksistä. Kaikkia joukkoviestinnän muotoja käytetään hyväksi terveystiedon levityksessä. WHO:n mukaan viestintä on siis työkalu, jota käytetään terveysinformaation välittäjänä. (WHO 1989.)

Suomessa terveyskasvatus kuului 1970-luvulle tultaessa pikemminkin kansalaistoiminnan kuin terveystieteiden sanastoon. Suomen terveystieteiden terveyskasvatus-käsite tuli 1970-luvun alussa yhtä aikaa kuin termit terveyskeskus, terveystarkastus ja terveysneuvonta. 1970-luvun lopusta 1990-luvun alkuun saakka terveyskasvatus oli suomalaisen ehkäisevän terveystieteiden tärkein käsite. (Rimpelä 2005.)

Terveyden edistämiseen (health promotion) liittyy kahdenlaista toimintaa: 1) terveyskasvatusta ja 2) ympäristön muutokseen liittyvää toimintaa. Molemmat edesauttavat terveellisen elämän saavuttamista (Green & Greuter 1999; Fertman & Allensworth 2010). Terveyskasvatus aikaansaa oppimisprosesseja ja helpottaa vapaaehtoista toimintaa terveyden saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Oppimisprosessin avulla voidaan vaikuttaa ihmisten tietoihin, asenteisiin, taitoihin ja käyttäytymiseen sekä tukea ihmisiä heidän terveydentilaansa vaikuttavissa muutostilanteissa. (Green ym. 1980; Fertman & Allensworth 2010.)

Kannaksen (2002) mukaan terveystietokasvatuksen avulla pyritään lisäämään viestinnän keinoin ihmisten terveyteen liittyviä tietoja ja taitoja.

Terveysneuvonta

Suomen terveystietopolitiikkaan vakiintui 1970-luvun alussa käsite terveysneuvonta (Rimpelä 2005). Terveystietoneuvonta on terveystietokasvatuksen keskeinen työmuoto, ja se on aina vuorovaikutustilanne ihmisen ja ammattilaisen välillä (Kannas 1992; Poskiparta 1997; Vertio 2009; Koskenvuo & Mattila 2009; Blonna, Loschiavo & Watter 2011).

Terveystietoneuvonta toteutuu joko primaarisessa, sekundaarisessa tai tertiäärisessä tasossa, joista ainoastaan primaaripreventio on puhtaasti ennalta ehkäisevää toimintaa. Terveystietoneuvonta on psykologis-kasvatuksellinen prosessi, joka ensisijainen tehtävä on auttaa: 1) ymmärtämään ja selviytymään niistä tunteista ja ajatuksista, jotka liittyvät terveystietongelmiin ja 2) kehittymään ja noudattamaan terveyden ylläpitämiseen liittyviä ohjeita. Terveystietoneuvonnassa otetaan huomioon ihmisten psykologiset näkökohdat (ongelmiin liittyvät tunteet ja ajatukset). Terveystietoneuvontaan liittyy myös koulutuksellinen elementti, joka edellyttää tietoa oppimisesta ja opettamisesta. Terveystietoneuvonta alkaa neuvonnan tarpeesta ja sen tunnistamisesta. Tunnistamisen jälkeen tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen ja tehdään tietoisia valintoja neuvonnan sisällöstä ja määrästä. (Blonna ym. 2011.)

Suomen valtioneuvoston asetuksen mukaan terveysneuvonnan on sisällettävä näyttöön perustuvaa tietoa (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 28.1.1972/66). Terveystietoneuvonta toteutuu joko yksilö- tai ryhmätoimintana (Poskiparta 2001; Vertio 2009). Ryhmän neuvonta perustuu toisaalta ryhmän vaikutuksiin ja toisaalta prosessin kestoan. Tyypillinen ryhmä, kuten perhevalmennusryhmä, kokoontuu tietyn, etukäteen sovitun määrän kertoja tietyssä ajassa. (Vertio 2009.) Terveystietoneuvonnan muodoilla viitataan asiantuntijajohtoiseen, potilas- tai asiakaskeskeiseen ja yhdessä oppimiseen. (Poskiparta 1997; Vertio 2009).

Terveystieto, terveystietosaaminen, terveyden lukutaito ja terveystietosivistys

Terveystietotieto on Suomessa peruskoulun ja toisen asteen oppilaitosten kouluaine, jonka tavoitteena on sellaisten tottumusten, tietojen, asenteiden, arvojen ja taitojen omaksuminen, joilla on merkitystä ihmisen terveydelle (Ormshaw, Paakkari & Kannas 2012). Terveystietotieto oppiaineena on yksi terveystietokasvatuksen muoto (Kannas 2006). Terveystiedon tulo itsenäiseksi oppiaineeksi suomalaisiin peruskouluihin on kansainvälisesti merkittävä koulutusinnovaatio terveyden edistämisen alueella (Ormshaw ym. 2012).

Terveyteen liittyvän opetuksen päämääränä on vaikuttaa terveystottumuksiin ja siten terveyteen. Terveystietokasvatuksen ja terveystietotieto-oppiaineen oppimistuloksia kutsutaan terveystietosaamiseksi (health literacy). (WHO 1998; Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2005; Kannas 2006.) Terveystietosaamisella eli terveystietosivistyksellä ja terveyden lukutaidolla (health literacy) viitataan ihmisten ter-

veystietoihin, terveystaitoihin sekä terveysasenteisiin ja -arvoihin (Kannas 2002).

Terveyden lukutaitoon liittyy kyky ymmärtää, milloin terveystietoa tarvitaan ja kyky löytää sopivaa tietoa. Siihen liittyy myös kyky arvioida tiedon laatua sekä kyky analysoida, ymmärtää ja käyttää tietoa terveyteen liittyviä päätöksiä tehtäessä. (Kannas 2006; Kannas ym. 2009). Terveystaidot ovat toiminnallisia valmiuksia, jotka mahdollistavat ja edesauttavat tottumusten muodostumista tai helpottavat hoidon tarpeen arviointia. Terveysosaamisen edellytyksenä on, että ihmisillä on valmiuksia hankkia ja omaksua terveystietoja ja -taitoja sekä kykyä arvioida kriittisesti terveysinformaatiota. Terveystieto ohjaa ihmisiä terveyteen liittyvien valintojen tekemisessä. (Vertio 2003.)

3.2.2 Terveyden edistäminen

Arvopohja

Terveyden edistäminen on arvosidonnaista toimintaa, koska terveys päämääränä on arvo, jota tavoitellaan (Seedhouse 1997; Lahtinen ym. 2003; Vertio 2003; Tuominen ym. 2005; Pietilä ym. 2013). Jokaisella ihmisellä on oikeus tietää terveydestä ja sairauksista, niihin vaikuttavista asioista, terveyden edistämisen keinoista sekä sairauksien ja hoidosta (Seedhouse 1997; Kannas 2006; Pietilä, Halkoaho & Matveinen 2010; Fertman & Allensworth 2010; Pietilä ym. 2013).

Seedhousen (1997) mukaan terveyden edistämisen arvoja ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, voimaantuminen (empowerment), kestävä kehitys, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, solidaarisuus, osallistuminen ja yhteistyö sekä asiakasnäkökulma. Fertmanin ja Allensworthin (2010) mukaan terveyden edistämistä ohjaavat kulttuuri, talous, terveyden sosiaaliset determinantit, sitoutuminen, kansalaisyhteiskunta, sosiaalinen tasa-arvo, kulttuurisen erilaisuuden ja sensitiivisyyden hyväksyminen, kestävä kehitys ja ihmisten osallistaminen terveyttä edistävään toimintaan. Terveyden tasa-arvo on terveyden edistämistä keskeisesti ohjaava periaate. Tasa-arvon periaatteeseen sisältyvät kysymykset oikeudenmukaisuudesta, yhdenvertaisuudesta, sosioekonomisista terveyseroista ja ihmisoikeuksista. Tasa-arvon ytimenä on ihmisarvo ja sen kunnioittaminen. (STM 2004a; ETENE 2012, Pietilä ym. 2010.)

Terveyden edistämässä yksilö on omien terveysvalintojensa tekijä, mutta samalla sidoksissa omaan ympäristöönsä ja yhteiskunnan tarjoamiin mahdollisuuksiin. Terveyden edistämistä terveydenhuollossa ohjaavat terveydenhuollon keskeiset periaatteet, joita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, voimavarojen vahvistaminen, vastuullisuus ja osallisuus. Ammattihenkilöiden toiminnassa etiikka puolestaan ilmentää niitä valintoja, joilla he pyrkivät ihmisen parhaaseen. (Pietilä ym. 2010.)

Seuraavissa alaluvuissa terveyden edistämisen arvopohjaa tarkastellaan kolmesta eri näkökulmasta, jotka ovat kulttuuritietoisuus, empowerment (voimaantuminen) ja tarvelähtöisyys.

Kulttuuritietoisuus

Kirjallisuudessa kulttuuritietoisuus (cultural awareness) tarkoittaa kulttuuristen arvojen ja toimintakäytänteiden tiedostamista (Foster 1969; Laitakari 1992; Leininger 2006; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005; Papadopoulos 2006; Campinha-Bacote 2007; 2011).

Kulttuurinen tiedostaminen edellyttää kulttuurisidonnaisuudesta vapautumista. Kulttuurisidonnaisuudella (cultural bound) terveyden edistämässä viitataan siihen, että terveyteen liittyvät tavat ja käyttäytyminen opitaan siitä kulttuurista, jossa eletään (Foster 1969; Laitakari 1992; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005.) Asiakkaiden tai asiakasperheiden katsominen terveystasvattajan oman koulutuksen, tapojen, arvojen ja asenteiden suodattamana aikaansaa yleensä terveyden edistämässä odotettua huonompia tuloksia (Laitakari 1992).

Fosterin (1969) ja Laitakarin (1992) mukaan omasta kulttuurisidonnaisuudesta vapautuminen on terveystasvattajan vaikeimpia tehtäviä, koska se edellyttää kulttuurista tiedostamista. Kulttuurinen tiedostaminen tarkoittaa oman henkilökohtaisen reaktion tiedostamista tilanteissa, joissa kohtaa erilaisia ihmisiä (Mercedes & Vaughn 2007). Kulttuurinen tiedostaminen on osa kulttuurista kompetenssia (Papadopoulos 2006) ja kulttuurilähtöisen hoidon edellytys (Schim ym. 2007).

Kulttuurinen tiedostaminen on erilaisuuden ymmärtämistä ja hyväksymistä sekä kulttuurin syvällistä tai perusteellista tiedostamista. Tässä auttaa omien kulttuuristen ja ammatillisten taustojen itsetutkiskelu, jonka aikana tullaan tietoiseksi omista ennakkoluuloista ja asenteista sekä vieraisiin kulttuureihin liittyvistä ennako-olettamuksista (Campinha-Bacote 2007; 2011). Kulttuurinen tietoisuus vapauttaa työskentelemään ennakkoluulottomasti ja erilaisuutta kunnioittavasti. Termillä viitataan myös eettisten arvojen, uskomusten ja asenteiden tiedostamiseen (Purnell & Paulanka 2003). Fosterin (1969) ja Laitakarin (1992) mukaan kulttuurinen tiedostaminen vaatii asettamaan syrjään oman koulutuksensa, sosiaalisen ryhmänsä, uskomuksensa ja roolinsa sekä eläytymään kohderyhmäänsä, kuuntelemaan sitä ja oppimaan siltä. He jakavat terveystasvattajan kulttuurisen tiedostamisen kolmeen erilaiseen tasoon (stages of awareness): 1) tiedän, mikä on kohderyhmälle parasta -asenne (=kulttuurisokeutta), 2) pyrin hankkimaan tietoa kohderyhmästä päätöstentien pohjaksi -asenne ja 3) pyrin tuntemaan omien taustojeni vaikutuksen asenteisiini. Kulttuurinen tiedostaminen on tämän tutkimuksen eräs keskeisimmistä käsitteistä.

Kulttuurisokea terveystasvattaja selittää terveystasvatusohjelman epäonnistumisen mieluummin kohderyhmän typeryydellä tai ymmärtämättömyydellä kuin ohjelman tavoitteiden tai menetelmien soveltumattomuudella. Toisessa tiedostamisen tasossa kohderyhmän elintapoja ja asenteita tutkitaan tutkimuksin ja selvityksin. Terveystasvattaja tutustuu myös kohderyhmän elämäntapaan. Kolmannella tiedostamisen tasolla terveystasvattaja on perillä kohderyhmän kulttuuritaustasta ja pyrkii ottamaan sen huomioon ohjelmassa mutta samalla pyrkii tiedostamaan omaa kulttuurisidonnaisuuttaan: laittamaan syrjään oman koulutuksensa, sosiaalisen ryhmänsä, uskomuksensa ja roolinsa ja

eläytymään kohderyhmäänsä, kuuntelemaan sitä ja oppimaan siltä. Tämä edellyttää erityistä kulttuurista herkkyyttä eli sensitiivisyyttä. Kulttuurinen sensitiivisyys ilmenee kahdella tasolla. (Foster 1969; Laitakari 1992.) (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1 Kulttuurisen tiedostamisen asteet (Fosteria 1969 ja Laitakaria 1992 mukailen).

Tiedostamisen asteet	I ASTE Tiedän "muka" mikä on kohderyhmälle parasta	II ASTE Pyrin hankkimaan tietoa kohderyhmästä	III ASTE Pyrin tuntemaan omien taustojeni vaikutuksen asenteisiini
Näkemyksiä asiakkaasta	Stereotyyppinen ja etnosentrinen näkemys asiakkaasta.	Asiakkailla on erilaiset elintavat, terveystiedot ja -asenteet.	Asiakas on yksilö, jolla on yksilölliset tarpeet.
Kulttuurisidonnaisuus	Asiakkaan ainutlaatuisia sosiaalisia ja kulttuuritaustaa ei tiedosteta.	Asiakkaan kulttuuri yritetään ymmärtää.	Eläytyminen asiakkaiden elämään. Asiakkaiden kuunteleminen ja heiltä oppiminen.
Tiedon hankinta	Valmennuksen toteuttaja luulee tietävänsä asiakkaista kaiken.	Asiakkaiden elintapojen, terveystietojen ja -asenteiden tutkiminen.	Asiakkaan kulttuuriin tutustuminen ja omasta kulttuurisidonnaisuudesta vapautuminen.
Terveyskasvatuksen toteuttaminen	Pyrkimys muuttaa ulkoapäin "väkivalloin" asiakasta.	Terveyskasvattaja tutustuu yksittäisissä tapauksissa kohderyhmän elintapoihin.	Joustavaa ja tarkoituksenmukaista, empaattista ja suvaitsevaa, ei moralisoivaa eikä fanaattista vaan realistista toimintaa, jota ei ohjaa oman edun tavoittelu eikä illuusioissa eläminen.
Arviointi	Terveyskasvatus nähdään moitteettomaksi. Epäonnistuminen selitetään kohderyhmän typeryydellä tai ymmärtämättömyydellä.	Terveyskasvatuksen toteuttaja on tietoinen asiakkaan ainutlaatuisesta kulttuurista ja tilanteesta, jolloin suurimmat virheet vältetään.	Ihmisten yksilöllisten piirteiden ja kasvuprosessin ymmärtäminen. Auttaakseen muita muuttamaan terveyskasvattaja arvioi ja muovaa omia käsityksiään, asenteitaan ja toimintatottumuksiaan.

Voimaantumisen

Terveyden edistämisen tavoitteen filosofinen perusta on ihmisten voimaantumisen (self-empowerment) tukemisessa (Tones & Tilford 1994; Ewles & Simnett 1999; Pietilä ym. 2010; Ewles & Simnett 2010). Empowerment-käsitettä on suomenmennetty monella tavalla. Perhetyössä puhutaan valtaistumisesta (Määttä 1999)

tai täysvaltaistumisesta (Mattus 1994), opetustyössä voimaantumisen (Siitonen 1999), sosiaalityössä vahvistumisesta (Rostila 1997), hoitotyössä sekä vahvistamisesta (Pelkonen 1994; Pelkonen & Hakulinen 2002) että valtaistamisesta (Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000) ja terveyden edistämisen ihmis- ja voimavarakeskeisyydestä (Liimatainen ym. 1999), voimavarakeskeisyydestä (Kettunen 2001), oma-voimistamisesta (Tuominen ym. 2005) ja voimavarojen vahvistamisesta (Pietilä ym. 2010). Tones (1994) korostaa, että keskeisiä tekijöitä voimavarakeskeisyydessä ovat yksilön kontrollikokemukset (locus of control), pystyvyys (self-efficacy) ja itsetunto. Yksimielisiä ollaan siitä, että voimaistaminen on prosessi, jossa ihminen voi paremmin arvioida omia päätöksiään ja terveystäytymistään. Lisäksi voimavarojen saavuttaminen (empowerment) on hyväksi terveydelle. (WHO 1986; Kettunen 2001.)

Pietilän ym:n (2002) mukaan voimavarat ovat yksilössä, perheessä, yhteisössä ja yhteiskunnassa tarjolla olevia tekijöitä. Tällaisia voimavaroja ovat esimerkiksi aineelliset, tiedolliset, sosiaaliin suhteisiin, kulttuuriin ja ympäristöön liittyvät voimavarat. Voimavarat ovat yhteydessä yksilöiden ja perheiden muutosvalmiuteen. Muutokset näkyvät käyttäytymisessä, arvoissa, asenteissa, tiedoissa, taidoissa, ympäristösuhteissa ja niihin sopeutumisessa. Hallinnan tunteen tukeminen edellyttää yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistamista (empowerment). Hallinnan tunnetta voidaan vahvistaa erilaisten terveyden edistämisen työmenetelmien, kuten henkilökohtaisen keskustelun, pienryhmätoiminnan ja tutustumiskäyntien, avulla.

Terveysneuvonnan voimavarakeskeinen näkökulma korostaa perusoletuksia, jotka nostavat asiakkaan ammattilaisen rinnalle tasa-arvoisena toimijana. Tällöin uskotaan asiakkaiden tietoihin, taitoihin ja muuttumisen mahdollisuuksiin. Esimerkiksi voimavarakeskeisessä terveysneuvonnassa huomioidaan asiakkaiden eli potilaiden tarpeet, selviytyminen, voimavarat, toimintakyky ja tukiverkosto. (Kettunen 2001.)

2000-luvun alussa Suomen neuvolatyön periaatteissa korostettiin asiakaskeisyyttä. Tavoitteena oli tukea asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja osallistumismahdollisuutta. (Kettunen 2001.) Vuonna 2013 neuvolatyön periaatteina ovat yhä perhekeisyyys ja asiakaslähtöinen toiminta, mutta myös yhteisöllinen terveyden edistäminen sekä laatu ja vaikuttavuus. Laatu kehitetään esimerkiksi niin, että käytettävät toimintatavat ja menetelmät perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. (Lastenneuvolan käsikirja 2013.)

Siitosen (1999) mukaan voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi ja se on yhteydessä ihmisen omaan haluun, omien päämäärien asettamiseen, samoin luottamukseen omiin mahdollisuuksiinsa sekä näkemykseen itsestään ja omasta tehokkuudestaan. Pelkosen ja Hakulisen (2002) mukaan lapsiperheet voivat vahvistaa omia voimavarojaan hakemalla tietoa, vahvistamalla perheen kiinteyttä, harjaantamalla avoimeen keskusteluun, käyttämällä huumoria, hakemalla tarvittavaa sosiaalista tukea, sopimalla kotitöiden tekemisestä ja hoitamalla parisuhdetta aktiivisesti. Voimavarojen vahvistamisen kannalta tärkeää on se, että vanhemmat tunnistavat omia vahvuuksiaan. Terveysthoidon työntekijät voivat tukea lasta odottavan perheen voimavaroja esimerkiksi

lisäämällä lasta odottavien äitien ja isien tietoja raskaudesta, synnytyksestä, elintavoista ja terveyskäyttäytymisestä sekä vanhemmuudesta ja parisuhteesta.

Terveydenhoidon työntekijät voivat pyrkiä myös muuttamaan raskaana olevien naisten virheellisiä odotuksia raskaudesta, synnytyksestä sekä vanhemmuudesta ja perhe-elämästä. Tietojen lisääntymisen avulla voidaan vahvistaa odottavien äitien ja isien itseluottamusta, vähentää ahdistusta ja luoda turvallisuuden tunnetta. Terveydenhuollon työntekijät voivat lisätä vanhempien tietoisuutta voimia kuormittavista tekijöistä ja auttaa toimimaan kuormitusta vähentävästi. Vanhempia voidaan tukea myös keskustelemalla, auttamalla perheitä tunnistamaan valinnan mahdollisuuksia ja vahvistamalla perheen sosiaalisia verkostoja. Erilaiset pienryhmämenetelmät auttavat vanhempia verkostoitumaan, keskustelemaan ja jakamaan tuntemuksiaan vertaistensa kanssa. (Pelkonen & Hakulinen 2002; Haapio ym. 2009.) Vanhemmat voivat myös itse osallistua perheen terveyden edistämiseen. Vanhempien osallisuus voi olla mukanaoloa (asiantuntijalähtöisyys), osatoimijuutta (vanhemmat aktivoituvat mutta eivät kyseenalaista), sitoutumista (tiedostavat oman toimintansa merkityksen) ja vastuunottoa (hyödyntävät työntekijän asiantuntemusta). Osallisuuden tasoon vaikuttavat vanhempien valmiudet, tarve ja osallisuudesta koettu hyöty (Sirviö 2010). Perhettä kotiin tukevien palvelujen kehittämisessä on huomioitava äidin tukemisen lisäksi koko perheen tukeminen moniammatillisen yhteistyön keinoin (Häggman-Laitila & Pietilä 2007; Pietilä ym. 2010).

Tarvelähtöisyys

Terveyden edistämisen näkökulmat voivat olla lääketieteellisiä (The medical approach), käyttäytymisen muutokseen tähtääviä (The behavior change approach), koulutuksellisia (The educational approach) ja asiakaslähtöisiä (The client centered approach) tai sosiaaliseen muutokseen tähtääviä (The social change approach) (Ewless & Simnett 2010). Asiakaslähtöisyyden keskeisenä ajatuksena on lähteä perhevalmennuksen suunnittelussa liikkeelle asiakkaiden tarpeista (Kiikkala 2000; Kääriäinen ym. 2005; Ewless & Simnett 2010). Tarvelähtöisyys on myös yksi terveyskasvatuksen periaatteista (Savola & Koskinen-Ollongvist 2005; Ewless & Simnett 2010). Asiakaslähtöisyyden tavoitteena on työskennellä yhdessä asiakkaiden kanssa. Asiakkaita rohkaistaan kertomaan, mitä he haluavat tietää, ja heitä tuetaan tekemään omin arvioihinsa liittyviä päätöksiä (Ewless & Simnett 2010).

Terveydenedistämistarpeilla voidaan viitata normatiivisiin (normative need), koettuihin (felt need), ilmaistuihin (expressed need) tai suhteellisiin tarpeisiin (comparative need). Normatiiviset tarpeet tarkoittavat ammattihenkilön määrittelemää tarvetta. Koettu tarve tarkoittaa ihmisen itsensä määrittelemiä tarpeita. Ilmaistu tarve tarkoittaa sitä, että ihmiset kertovat, mitä he tarvitsevat. Suhteellinen tarve määritellään vertaamalla toisiinsa eri asiakasryhmiä, joista osa esimerkiksi osallistuu perhevalmennukseen ja osa taas ei, minkä jälkeen jälkimmäinen ryhmä määritellään palveluiden tarvitsijoiksi. Joidenkin terveydenedistäjien työssä tarpeet on osittain määritelty valmiiksi. (Ewless & Simnett 1995; Ewless & Simnett 1999; Bowden & Manning 2006; Ewless & Simnett 2010.)

Esimerkiksi perhevalmennuksen toteuttajalla on selkeästi määritelty tehtävä: hän tukee vanhemmuutta ja synnytyksen onnistumista (Viisainen 1999; STM 2007; Klementti & Hakulinen-Viitainen 2013). Tarpeita määriteltäessä voidaan erottaa myös käsitteet reaktiivisuus (asiakkaiden ilmaistuihin tarpeisiin reagoiminen) ja proaktiivisuus (työntekijä tekee aloitteen ja päättää itse, mitä on tehtävä). Käytännön terveydenedistämistyössä on löydettävä kultainen keskitie asiakaslähtöisten ja asiantuntijalähtöisten tarpeiden määrittelyssä. (Ewles & Simnett 1995; 1999; 2010; Ewles & Simnett 1999; Ewles & Simnett 2010.) Terveyden edistämisen kulttuurilähtöisten tarpeiden tunnistaminen on sekä tärkeää että haasteellista monikulttuurisessa terveyden edistämisessä. Tarpeiden selvittämisen lisäksi on tärkeää tunnistaa myös terveyteen liittyviä kulttuurilähtöisiä voimavaroja (Frankish ym. 2007). Tämän työn tarvekartoitus on esimerkkinä tarvelähtöisyydestä.

3.2.3 Terveyden edistämisen osaaminen

Terveyden edistämisen kompetenssikuvauksia on käytetty vuodesta 1970 lähtien sekä koulutuksessa että käytännön työelämässä. Painotukset terveyden edistämisen osaamisalueiden luokitteluissa vaihtelevat. (Meresman ym. 2006.) Terveyden edistäminen on toimintaa, joka edellyttää erityistä sisällöllistä ja menetelmällistä osaamista. Euroopan terveyttä edistävien korkeakoulujen opetussuunnitelmissa on määritetty terveyden edistämisen osaamisvaatimuksia. Osaamisvaatimukset liittyvät 1) *terveyden edistämisen perustaan* (sosiokulttuuristen ja subjektiivisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen ja dokumentointi, tasa-arvokysymysten esille nostaminen, julkisen sektorin ja politiikan sekä julkisten palveluiden, paikallisen politiikan ja hallinnon tuntemus), 2) *terveyden edistämisen ja terveystieteiden käytäntöön* (sosiokulttuuristen tekijöiden esille nostaminen ja tulkinta, tieteellinen näyttö, sensitiivisyys erilaisia ryhmiä kohtaan, dynaamiset instituutiot, demokratia ja voimaannuttava johtaminen [motivointi, dialogi, aktiivinen ja tarkka kuunteleminen, empatia, ristiriitojen käsittelytaito, team building, neuvottelutaidot, yhteistyötaitot, kirjoittamistaidot, materiaalin tuottamistaidot, mediankäyttötaitot, kieli- ja puhetaidot, johtamistaidot, suunnittelu- ja seurantataidot]), 3) *tutkimusmenetelmiin* (sosiaalitutkimuksen taidot, taito hyödyntää sosiaalitutkimuksen ja epidemiologisen tutkimusten tuloksia, kriittistä arviointia, politiikan analyysiä ja arviointia sekä teknistä ja raportointitaitoa) ja 4) *Euroopan alueen laajuiseen terveyden edistämiseen tarvittavaan osaamiseen* (vertailevan analyysin taidot, kyky kommunikoida vieraalla kielellä, kyky käyttää Euroopan kontekstiin ja eurooppalaiseen kulttuuriin liittyvää tietoa). (Meresman ym. 2006.)

European Masteri of Health Promotion -ohjelmassa (EUMAPH) terveyden edistämisen osaamisvaatimukset jaetaan viiteen luokkaan (STM 2006b): väestön terveyteen liittyvien palvelujärjestelmien ja valtakunnallisten ja paikallisten strategioiden tuntemiseen sekä analyttisiin, operationaalisiin, sosiaalisiin ja kommunikaatiotaitoihin. Suomalaisen terveydenhuollon kontekstissa terveyden edistämisen osaamisella (kompetenssilla) viitataan terveyden edistämisen tietoihin, taitoihin ja toimintakäytänteisiin. Terveyden edistämisen strateginen

osaaminen sisältää taidon hallinnoida ja johtaa toimintaa sekä suunnata voimavaroja oikein. Ammatillinen osaaminen perustuu tutkimukseen, ja se on tiedon ja menetelmien hallintaa. (STM 2006a.)

Ewlesin ja Simnettin (1995; 1999; 2010) mukaan terveyden edistämisessä vaaditaan toimintaperiaatteisiin ja menettelytapoihin vaikuttamisen osaamista, viestintä-, markkinointi- ja julkaisuosaamista, opetus- ja valistusosaamista sekä tukemis- ja verkostoitumisosaamista. Liimataisen (2002) mukaan terveyden edistäminen edellyttää taitoa suunnitella, toteuttaa ja arvioida terveydenedistämistoimintaa, joka pohjautuu yhteisön kehittämisen ja sosiaalisen muutoksen lähestymistapoihin. Se on myös puolesta puhumisen taitoa ja reflektiotaitoa eli kykyä hallita voimavarakeskeisen terveydenedistämisen prosessin ohjaamista ja proaktiivista toimintatapaa. Terveyden edistäminen edellyttää myös monialaista yhteistyökykyä sekä muutoksen johtamisen hallitsemista ja yhteiskunnallista osaamista: yhteiskunnalliseen päätöksentekoon ja politiikkaan vaikuttamisen taitoja, toisin sanoen kykyä luoda verkostoja, vaikuttaa politiikkaan ja kehittää terveyden edistämisen strategioita organisaatiossa. Terveyden edistäminen edellyttää myös kykyä määritellä terveyden edistämisen tutkimus- ja kehittämisalueita sekä tehdä ja tukea muiden tutkimustyötä.

Tässä tutkimuksessa terveyden edistämisen osaamisella tarkoitetaan terveyden edistämisen operationaalisia, sosiaalisia ja kommunikaatiotaitoja (STM 2006b) sekä terveyden edistämisen käytännön taitoa, puolesta puhumista ja reflektiotaitoa sekä monialaista yhteistyökykyä (Liimatainen 2002). Sirviön (2010) mukaan eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on tärkeä työmuoto, kun pyritään tukemaan asiakkaiden osallisuutta ja voimavarakeskeistä palvelutoimintaa ja lisäämään sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden valmiuksia puuttua asiakkaiden ongelmiin varhaisessa vaiheessa.

3.3 Monikulttuurisuuden huomioiminen terveyden edistämisessä

3.3.1 Monikulttuurisen terveydenhuollon eettiset ohjeet

Maahanmuuttajat tulevat kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piiriin, kun he ovat muuttaneet Suomeen, asuvat Suomessa, aikovat jäädä asumaan tänne ja heillä on vähintään vuoden mittainen oleskelulupa (Kotikuntalaki 201/1994).

Maahanmuuttajat käyttävät Suomessa yleensä vähemmän terveystalvveluja kuin kantaväestö (Väänänen ym. 2009). Syyksi vähäiseen terveystalvveluiden käyttöön mainitaan suomalaisen hoitokulttuurin ja organisaatiokäytäntöjen outous sekä kielivaikeudet. Lääkärissä käyntien esteenä oli pelko tulla leimatuksi terveystalvveluiden hyväksikäyttäjäksi. (Taavela 1999.) Terveydenhuollon keskeisimmiksi ongelmiksi ovat osoittautuneet maahanmuuttajien puutteelliset tiedot järjestelmän toiminnasta, kieliongelmat sekä riittämättömät ja puutteelliset

tulkkausikäytännöt. Keskeisiä ongelmia ovat myös hoitohenkilökunnan negatiiviset asenteet, kulttuurisensitiivisyyden ja diagnosointimenetelmien puute, kyvyttömyys tunnistaa maahanmuuttajien tarpeita, hoitohenkilökunnan heikko maahanmuuttaja-asiakkaiden terveyshistorian tuntemus sekä osaamattomuus hankkia lisää tietoa asiakkaista. Usein maahanmuuttajat itse ovat tyytyväisiä terveyspalvelujen laatuun. (Väänänen ym. 2009.) Toisaalta ongelmiakin osataan jo tuoda esille. Somaliasiakkaiden mielestä ongelmallisinta suomalaisessa terveydenhuollossa ovat henkilökunnan kielteiset asenteet ja ennakkoluulot, kieliongelmat, vastaanottoaikojen joustamattomuus ja ajan puute sekä puutteet hoitohenkilökunnan tiedoissa asiakkaiden kulttuuritaustoista ja perinteisistä hoitokeinoista. (Taavela 1999; Mölsä & Tiilikainen 2007.) Maahanmuuttajien palvelutarpeista, hoitoon hakeutumista edistävistä ja estävistä sekä hoidosta hyötymiseen vaikuttavista tekijöistä tarvitaan lisää tutkimusta (Väänänen ym. 2009).

WHO:n (2010) mukaan ihmisoikeudet ja oikeus terveyteen kuuluvat kaikille, myös maahanmuuttajille ja pakolaisille. Monikulttuurisen terveydenhuollon eettisten ohjeiden mukaan jokaisen ihmisarvoa tulee kunnioittaa ja jokaista kohdella oikeudenmukaisesti. Jokaisella on itsemääräämisoikeus sekä oikeus hyvään hoitoon. Eettiset ohjeet korostavat myös yhteistyötä ja keskinäistä arvonantoa sekä hyvää ammattitaitoa ja hyvinvointia edistävää ilmapiiriä. (STM 2004a.)

Terveyden edistämisen perustana ovat arvot, käsitys ihmisestä ja terveydestä sekä ammattietiikka. Monikulttuurisen terveyden edistämisen taitoja ohjaa ammattieettinen perusta (Kylmä ym. 2002).

Maahanmuuttajien tarpeet terveydenhuollon asiakkaina ovat erilaiset kuin valtaväestön. Erilaisuus liittyy usein käsityksiin terveydestä ja sairaudesta, yksilöstä ja yhteisöstä, elämästä ja kuolemasta. (STM 2004a; WHO 2010.)

Monikulttuurisen terveydenhuollon eettisten ohjeiden mukaan (STM 2004a) terveydenhuollon asiakkailla on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tietoja terveydenhuollon palveluista, terveydentilasta, sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista. Asiakkaiden on tultava terveydenhuollossa myös aidosti kuulluiksi. Jos asiakkaita hoidetaan kulttuurilähtöisesti, he tuntevat itsensä hyvin kohdelluiksi ja ymmärretyiksi.

Terveydenhuollon tehtävänä on tarjota maahanmuuttajille ymmärrettävää tietoa ja tarvittaessa tulkkipalvelua. Hoitovaihtoehdoista keskustelun lähtökohdiana on yhteisymmärrys, asiakkaiden tapojen, elämän ja arvojen kunnioitus sekä toiveiden noudattaminen. Yksilökeskeiseen ajattelutapaan tottuneen on joskus hyvinkin vaikea ymmärtää potilasta, jonka yhteisössä päätöksiä tekee joku muu kuin potilas itse.

Tärkein työkalu monikulttuurisessa kohtaamisessa on ammatillinen tieto ja sensitiivisyys sekä asiakkaita ja heidän arvomaailmaansa kunnioittava vuorovaikutustaito. Vaatii herkkyyttä ja ymmärrystä, jotta kaikki hoitopäätökset voidaan selvittää asiakasta ja hänen arvojaan, kulttuuriaan ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioittavalla tavalla.

Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on jokaisen terveydenhuollossa toimivan oikeus ja velvollisuus. Monikulttuurisessa terveydenhuollon kohtaamisessa tarvitaan ennakkoluulottomuutta, herkkyyttä ja ymmärrystä sekä vuorovaikutustaitoja. Myös yhteistyö eri tahojen kanssa on tärkeää.

3.3.2 Monikulttuurisen terveyden edistämisen periaatteet

Monikulttuurisella terveyden edistämällä viitataan tilanteisiin, joissa terveyden edistäminen kohdistuu joko kulttuuri- tai etniseltä taustaltaan erilaisiin yksilöihin, perheisiin tai yhteisöihin. Tällaista terveyden edistämistä luonnehtii tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus sekä yksilön ja yhteisön voimavarojen vahvistaminen. (Frankish ym. 2007.) Etnisellä taustalla viitataan muun muassa perinteisiin, uskontoon, kieleen, rotuun tai muihin sellaisiin seikkoihin, joiden perusteella jokin ryhmä erottuu muusta väestöstä (Sivistyssanakirja 2013).

Etninen tausta ja kulttuurierot, jotka johtuvat erilaisista arvoista ja normeista, tekevät terveyden edistämistä haastavaa. Stereotyyppinen suhtautuminen ei-länsimaista kulttuuria edustaviin ihmisiin sekä syrjintä ovat tehokkaan terveyden edistämisen esteitä. Syrjivää käyttäytymistä voidaan vähentää lisäämällä koulutuksen avulla kulttuurista kompetenssia ja kulttuurista sensitiivisyyttä (ethnosensitivity). (Huff & Kline 2007.)

Kirjallisuuden mukaan valtaväestölle suunnatut terveyden edistämisen tavat eivät sovellu eivätkä myöskään tehoa sellaisinaan ei-länsimaisesta kulttuurista tuleville ihmisille. Syynä soveltumattomuuteen ja tehottomuuteen ovat ei-länsimaisten ihmisten omaksumat näkemykset terveydestä ja sairaudesta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. (Huff & Kline 2007; Zarate-Abbott ym. 2008; Holmes 2009.)

Monikulttuurisessa terveysneuvonnassa on huomioitava maahanmuuttajien (etenkin silloin, kun he tulevat ei-länsimaisista kulttuureista) lisääntymisterveyteen vaikuttavat tekijät, kuten maahanmuuton syy, maahanmuuttajien sosioekonominen asema lähtömaassa ja Suomessa, maahanmuuttajien koulutus ja kielitaito, ikä, sukupuoli, seksuaalinen suuntautuneisuus ja perhetilanne sekä taustakulttuuri (WHO 2001a; 2001b).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (STM 2007) mukaan maahanmuuttajien ja pakolaisten kulttuuritaustan erityistarpeet (kuten tulkkauksen tarve) on huomioitava seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvässä neuvonnassa. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa (Väestöliitto 2006) korostetaan, että maahanmuuttajille olisi tarjottava ”kulttuurisensitiivistä ja omakielistä neuvontaa seksuaaliterveydestä ja -oikeuksista vastaanottokeskuksissa, peruskoulussa ja muissa oppilaitoksissa sekä osana kotouttamistoimintaa”. Lisäksi mainitaan, että ammattihenkilöiden monikulttuurista osaamista on tarvittaessa vahvistettava. Tietoa on hyvä tarjota erilaisista uskonnoista, tavoista ja tarpeista sekä maahanmuuttajien seksuaaliterveydestä, seksuaaliterveyteen liittyvistä uskomuksista, tabuista ja tavoista ja naisten sukupuolielinten silpomisesta. Suositusten mukaan hoitohenkilökunta tarvitse tietoa myös suomalaisesta lainsäädännöstä sekä maahanmuuttaja-asiakkaan kohtaamisesta ja ohjaamisesta.

Maahanmuuttajille ja pakolaisille soveltuvan terveyden edistämisen periaatteita ovat kulttuurinen ja kielellinen mukauttaminen (kongruenssi), yhteisölähtöisyys, voimavaralähtöisyys, kumppanuus terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, monimuotoisuus terveyden edistämisen ja terveystieteiden muodoissa (mm. interaktiivisuus, henkilökohtainen kontakti, kertaaminen ja pitkäkestoisuus), kampanjat median välityksellä, yhteisöön vaikuttaminen ja sarjakuvat (photonovel), jossa osallistujat kuvien avulla keskustelevalle terveyteen liittyvistä aiheista (Holmes 2009). Erityisen tärkeä periaate maahanmuuttajien ja vähemmistöryhmien terveydenedistämishjelmissä on asiakkaiden osallistaminen. Osallistamisen keinoin voidaan varmistaa, että ohjelmat vastaavat kohdeyleisön tarpeisiin. (Fertman & Allensworth 2010.) Maahanmuuttajille suunnattua neuvontaa tulee toteuttaa myös kokonaisvaltaisesti voimaannuttamisen lisäksi koko perhettä itsenäiseen toimintaan (Samarashinbe ym. 2010).

Terveyden edistämisen yleisten teorioiden ja mallien pohjalta on löydetty 11 monikulttuurista terveysneuvontaa ohjaavaa periaatetta, joissa korostuvat muun muassa tarvelähtöisyys, hierarkkinen eteneminen, kumulatiivinen oppiminen, tilannekohtaisuus, opetusmenetelmien moninaisuus, osallistuminen, yksilöllisyys, merkityksellisyys ja vahvistuminen (Frankish ym. 2007) (Taulukko 2, s. 53.).

3.3.3 Erilaisia näkökulmia ja menetelmiä monikulttuuriseen terveyden edistämiseen

Somalinaisten terveydenedistäminen on monikulttuurinen kohtaamistilanne, joka edellyttää terveydenhuollon henkilöstöltä aitoa ja kokonaisvaltaista kiinnostusta sekä tiettyjen kulttuuristen piirteiden huomioimista yksilön itsensä määrittelemänä (Pavlish ym. 2010).

Monikulttuurisessa terveydenedistämistilanteessa korostuu dialoginen vuorovaikutus, keskinäinen tiedonsiirto ja yhteisymmärryksen merkitys. Dialogisessa vuorovaikutuksessa on mahdollista päästä yhteiseen näkemykseen asiakkaiden tarpeista, tavoitteista ja käytettävistä menetelmistä. (Koehn & Rose-nau 2002; Sainola-Rodrigues 2007.) Dialogin onnistuminen mahdollistaa myös asiakkaiden kokonaisvaltaisen ymmärtämisen (Upvall ym. 2009). Etenkin lukutaidottomat somalinaiset tavoitetaan paremmin keskustelevien vertaisryhmien kuin kirjallisen materiaalin avulla (Carroll ym. 2007a).

Perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien on havaittu edistävän maahanmuuttajien terveyttä kolmella eri tavalla: etnosentrisesti eli yksilöllistä terveyttä korostaen, empaattisesti eli yksilön ja perheen henkistä terveyttä korostaen sekä holistisesti voimaannuttaen koko perhettä toimimaan itsenäisesti jokapäiväisessä elämässä. Maahanmuuttajien terveyden edistämiseen sopii parhaiten holistinen näkökulma (Samarashinbe ym. 2010). Holistisesti ajatteleva terveydenhuoltohenkilöstö rohkaisee sekä hoito- että terveydenedistämistilanteissa asiakkaitaan ja potilaitaan ilmaisemaan itseään sekä kertomaan odotuksistaan ja huolistaan henkilökunnalle (Pavlish ym. 2010). Parhaiten

TAULUKKO 2 Monikulttuurisen terveysneuvonnan periaatteet (Frankish ym. 2007, 57-59).

Monikulttuuriseen terveyden edistämisen periaatteita	Selitys
1. Terveyden edistämistarpeiden tunnistaminen (Principles of educational diagnosis)	Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen niin, että tieto auttaa valitsemaan sellaisen terveydenedistämismenetelmän, joka tukee muutoksen saavuttamista.
2. Hierarkkinen eteneminen (Principles of hierarchy)	Arvot ja uskomukset vaikuttavat terveyskäyttäytymiseen, joten ne olisi hyvä ottaa huomioon terveysneuvontatilanteissa.
3. Kumulatiivinen oppiminen (Principles of cumulative learning)	Monikulttuuriset oppimistilanteet on hyvä suunnitella niin, että niissä otetaan huomioon osallistujien aikaisemmat oppimiskokemukset.
4. Osallistuminen (Principles of participation)	Terveyskäyttäytymisen muutosta edesauttaa se, että kohderyhmään kuuluvat ovat saaneet itse olla määrittelemässä muutostarpeitaan sekä keinoja, joiden avulla he uskovat saavansa aikaan tarvittavan muutoksen.
5. Tilannekohtaisuus (Principles of situational specificity)	Ei ole mitään luonnostaan parempaa tai huonompaa tapaa käyttäytyä. Terveyden edistämisen ja terveysneuvonnan vaikuttavuuteen ja tehokkuuteen vaikuttavat sekä olosuhteet, ihmisten ominaispiirteet että niin sanottu muutosagentti (joka tukee yksilöä tai yhteisöä ja käynnistää muutoksen).
6. Opetusmenetelmien moninaisuus (Principles of multiple methods)	Monikulttuurisissa terveysneuvontatilanteissa kannattaa käyttää erilaisia opetusmenetelmiä.
7. Yksilöllisyys (Principles of individualization)	Terveysneuvonnan yksilöllistäminen ja räätälöiminen edellyttävät asiakkaiden osallistumista, tilannekohtaisuutta ja kumulatiivista oppimista. Toiminnan oltava sekä tilanteisiin että asiakkaille sopivaa.
8. Merkityksellisyys (Principles of relevance)	Mitä merkityksellisempiä terveysneuvonnan sisältö ja menetelmät ovat ihmisille, sitä varmemmin oppimisprosessi ja käyttäytymisen muutos onnistuvat.
9. Palaute (Principles of feedback)	Palautteen antaminen mahdollistaa oppimisprosessiin osallistumisen ja tulosten siirtämisen kunkin omaan tilanteeseen ja elämään.
10. Vahvistaminen (Principles of reinforcement)	Ihmisillä on taipumus toistaa palkitsevaa toimintaa tai terveyskäyttäytymistä. Palkitseminen voi olla luontaista (hyvä olo) tai ulkoapäin tulevaa (ulkopuolinen positiivinen palaute).
11. Tukeminen (Principles of facilitation)	Tuella tarkoitetaan niitä keinoja, joilla pyritään vaikuttamaan käyttäytymiseen ja joilla voidaan vähentää muutokseen vaikuttavia esteitä. Tällaisia keinoja ovat muun muassa riskikäyttäytymiseen tai ympäristön terveyttä vaarantaviin tekijöihin vaikuttaminen, myönteisen käyttäytymisen tukeminen ja tukiverkostojen vahvistaminen (esim. koti, koulu, työpaikka ja harrastukset).

somalinaisten terveyttä voidaan edistää silloin, kun terveydenhuollon työntekijät ymmärtävät somalinaisten terveyskäyttäytymistä ja tietävät, mitkä tekijät vaikuttavat terveyskäyttäytymiseen (Padela ym. 2011).

Somalinaisten terveyttä voidaan edistää sekä länsimaisin että perinteisin somalikulttuurin mukaisin terveyden edistämisen keinoin. Somalinalaisia voidaan kannustaa ylläpitämään hyviä terveystottumuksia, kuten välttämään alkoholia ja ylläpitämään terveellistä afrikkalaista ruokavaliota. Myös uskonnolliset ja henkiset asiat, kuten rukous, voidaan huomioida terveysneuvonnassa. Terveysneuvonnan avulla voidaan kannustaa somalinalaisia myös liikkumaan enemmän. (Carroll ym. 2007b.)

Somalinaisten terveyden edistämistä voidaan toteuttaa somalin kielellä (DeStephano ym. 2009) tai tulkin välityksellä. Onnistuneen tulkkipalvelun avulla voidaan taata se, että sekä verbaalinen että ei-verbaalinen kommunikointi onnistuu, asiakkaat kokevat tulevansa ymmärretyiksi ja olevansa arvokkaita. Somalinaisten hoito- ja terveydenedistämistilanteissa tulkin tulee olla nainen. Näin voidaan parhaiten, myös gynekologisissa hoitotilanteissa varjella naisen intimitettä. (Carroll ym. 2007b.)

Somalinaisten omaksumat sukupuolirollit, naisen asema, häveliäisyys ja vapaiden sukupuolisuhteiden välttäminen heijastuvat sekä hoito- että terveydenedistämistilanteisiin, etenkin naislääkärin ja -hoitajan suosimisena (Hassinen-Ali-Azzanin 2002). Somalinaisten mielestä terveydenhuoltopalveluiden saatavuuden lisäksi onnistunut viestintä, naistulkkien ja -lääkäreiden saatavuus, yhteisöön kohdistuvien terveysohjelmien toteuttaminen sekä terveyden luku- taidon lisääminen ovat teemoja, jotka liittyvät somalinalaisia kunnioittavaan ja tehokkaaseen hoitoon (Carroll ym. 2007b).

Ruohonjuuritason yhteisölähtöinen terveydenedistämistyö, jossa toimintaan osallistuvat uskonnolliset johtajat ja yhteisön vanhimmat jäsenet, on todettu tehokkaaksi monikulttuurisessa terveyden edistämisessä (Khaja ym. 2009). Tiedetään myös, että kulttuurisensitiivisyys terveydenedistämistilanteissa edellyttää yhteisölähtöisyyden lisäksi tietoisien päätöksenteon tukemista. Yhteisölähtöisessä terveyden edistämisessä somalinalaiset osallistuvat vapaaehtoisesti oman ja yhteisönsä terveyden ja hyvinvointinsa parantamiseen. Terveyden edistämisen tueksi voidaan rekrytoida somalikulttuurin edustajia kulttuuritulkeiksi. (Carroll ym. 2007b.)

Kulttuurisesti sensitiivinen ympärileikkaukseen suunnattu ohjaus toteutuu parhaiten, jos sen toteuttamiseen osallistuu nainen, jolle itselleen on tehty ympärileikkaus (Khaja ym. 2009; Khaja ym. 2010). Somalinaisten omat kertomukset tuovat esille ympärileikkaukseen liittyvää kokemustietoa, joka auttaa suunnittelemaan ympärileikattuja naisia kunnioittavia ja eettisesti kestäviä terveyden edistämisen strategioita ja keinoja. Tällaisen tiedon avulla voidaan lisätä ympärileikattujen naisten kanssa työskentelevän hoitohenkilöstön kulttuurista kompetenssia. (Khaja ym. 2009.)

Yhdysvalloissa on kehitetty somalinalaisille interaktiivinen opetusvideo, jonka avulla kyettiin tukemaan työntekijöiden ja somalinaisten kommunikaatiota. Videolla käsiteltiin muun muassa raskautta, terveyden edistämistä, isän roo-

lia, myyttejä ja faktoja ja keisarileikkausta. Tutkimukseen osallistuneiden somalalaisen mielestä videolla oli riittävä määrä tietoa, ja video oli heidän mielestään hyödyllinen. Tutkimuksen mukaan interaktiivinen video sopii hyvin somalain naisten raskauden aikaiseen neuvontaan. (DeStephano ym. 2009.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan maahanmuuttajanaisten lisääntymisterveyden edistäminen (Malin 2011) ja raskauden aikainen hoito (Blake 2008) vaativat erityishuomiota. Somalain naisten tietoja terveyden edistämisestä ja ennaltaehkäisevästä terveydenhoidosta on syytä lisätä (Carrol ym. 2007b). Maahanmuuttajien osallistuminen järjestettyyn liikuntatoimintaan edistää terveyttä, lisää osaltaan suvaitsevaisuutta maahanmuuttajia kohtaan ja tukee maahanmuuttajien integraatiota suomalaiseen yhteiskuntaan (Myrén 1999).

3.3.4 Monikulttuurisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen haasteita

Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät oikeudet ovat olleet osa yleismaailmallisia ihmisoikeuksia jo vuodesta 1994. 2000-luvulla keskeisiä asioita seksuaali- ja lisääntymisterveydessä on yksilöiden ja parien oikeus itse päättää lastensa lukumäärästä ja lasten ajoittamisesta. Sen toteuttamiseksi ihmisillä on oikeus saada seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa tietoa ja palveluita tarpeittensa mukaan. (STM 2007.)

Suomalaisessa lainsäädännössä terveyspalveluihin liittyvistä oikeuksista säädetään perustuslaissa (Suomen perustuslaki 1999/731) ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992, jälkimmäisenä potilaslaki). Perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Potilaslain mukaan potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan.

Monikulttuurisen terveyden edistämisen haasteet liittyvät demografisiin (ikä, sukupuoli, etnisyys, äidinkieli ja koulutus), kulttuurisiin (elämäkatsomus, uskonto, terveysuskomukset ja terveyskäyttäytyminen sekä ravitsemustavat ja -tottumukset) ja terveydenhuoltojärjestelmän tekijöihin (tietämättömyys länsimaisen lääketieteen menetelmistä, kulttuurisensitiivisyyden ja kompetenssin puuttuminen, länsimaiseen kansanterveyteen liittyvät uskomukset, kommunikaatio-ongelmat sekä monikulttuurisen ja monikielisen henkilöstön puute) (Huff & Kline 2007).

Terveydenedistämisen- ja terveyskasvatusohjelmat eivät riittävästi tavoita kieli- ja kulttuuritaustaltaan erilaisia vähemmistöryhmiin kuuluvia asiakkaita (Vartti 2001; Schott & Henley 2002; 2005; Agic 2003). Syytä tähän on haettu muun muassa sosiokulttuurisista tekijöistä, kielitaidosta, kommunikointivaikeuksista, kulttuurisista uskomuksista, syrjinnästä ja siitä, että terveydenhuoltojärjestelmään ei luoteta eikä palveluiden tarjonnasta ole tietoa, sekä myös muista terveydenhuoltojärjestelmään liittyvistä tekijöistä. (Huff & Kline 2007; Agic 2003.) On myös havaittu, että esimerkiksi somalalaiset saavat tarvitsemaansa hoitoa ja tietoa, jos tuntevat länsimaisen terveydenhuoltojärjestelmän (Davies & Bath 2001).

Terveydenhuollon työntekijöillä on usein runsaasti tietoa länsimaisista tavoista ehkäistä ja diagnosoida sairauksia sekä hoitaa väestön terveysongelmia, mutta heiltä puuttuu tietoa siitä, kuinka muissa kulttuureissa määritellään terveys ja hoidetaan sairauksia. Terveyden edistämisen näkökulmasta juuri tällaisen tiedon puuttuminen on ongelmallista, koska terveyteen ja sairauteen liittyvät kulttuuriset asenteet, arvot ja uskomukset ovat suurimpia terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen onnistumisen esteitä. (Huff & Kline 2007.)

Terveydenhuollossa ongelmat liittyvät usein monikulttuurisiin kohtaamistilanteisiin (Helman 1998; Helman 2007). Esimerkiksi sosiaalinen ja symbolinen valta vaikuttavat lääkärin ja potilaan väliseen hoitosuhteeseen. Valta liittyy sosiaaliluokkaan, etnisyyteen, ikään tai genderiin eli sosiaaliseen sukupuoleen. (Kleinman 1980, Helman 1998; Helman 2007.) Joskus potilailla ja lääkärillä on hyvinkin erilainen näkemys esimerkiksi kehon toiminnasta. Länsimaisille lääkäreille voi olla vaikeaa ymmärtää sairauksien ylikuonnollisia selityksiä tai näkemyksiä terveyden yhteydestä moraaliin tai sosiaaliseen "tasapainoon". Potilaan emotionaalinen tila, kuten syyllisyys tai pelko, voidaan myös jättää huomioimatta etenkin tilanteessa, jossa keskitytään länsimaisen lääketieteen näkökulmasta laatimaan diagnoosia ja hoitamaan kehon toimimattomuutta. (Helman 1998; Helman 2007.)

Useiden tutkimusten mukaan kommunikointivaikeudet (ts. kielimuuri) on havaittu suurimmaksi seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden haasteeksi (Ekholm 1998; Taavela 1999; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Davies & Bath 2001). Ne somalalaiset, joilla on kommunikaatio-ongelmia, tarvitsisivat virallisen tulkin (Davies & Bath 2001; Dundek 2005). Tilanteissa, joissa virallista tulkkia ei ole käytettävissä, käytetään tulkkeina kouluttamattomia henkilöitä ja perheenjäseniä (Bulman & McCourt 2002; Dundek 2005). Perheenjäsenen käyttäminen tulkkina koetaan usein noloksi etenkin keskusteltaessa naisille aroista asioista (Dundek 2005). Kun puhutaan naisten omista asioista, ei aviomiehen eikä aina virallisen tulkinkaan mukanaoloa koeta meluisaksi (Ekholm 1998; Taavela 1999; Hassinen-Ali-Azzani 2002). Kun luottamus puuttuu, joistakin tärkeistä asioista vaietaan. Kun somalalaiset ovat oppineet tuntemaan tulkin, tulkin tiedoilla ei ole niin suurta väliä. (Dundek 2005.) Terveydenhoitajia arveluttaa, miten luotettavasti puoliso tulkkaa terveydenhoitajan viestit vaimolle. Kieliongelmat vaikeuttavat ohjeiden antamistilanteita ja ilmenevät ohjeiden noudattamatta jättämisinä. Terveydenhoitajien kiireinen työrytmi ei ajoittain mahdollista paneutumista somaliasiakkaiden kohdalla muuhun kuin normaaleihin neuvolarutiineihin. (Ekholm 1998; Taavela 1999; Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Synnytyksessä tulkin puute aiheuttaa eniten kommunikaatio-ongelmia, mutta ongelmia aiheuttaa myös se, että tulkit eivät osaa lääketieteellistä terminologiaa. Somalinaisten itsensä mielestä kommunikaatio puuttuu kokonaan, jos synnyttäjää ei kosketeta tai heille ei puhuta suoraan. (Strauss ym. 2007.) Ne somalalaiset, jotka tarvitsisivat tulkin mutta eivät sitä jostain syystä saa, kokevat kommunikoinnin hoitotilanteissa epätydyttäväksi. He eivät myöskään saa riittävästi selityksiä, tietoa ja neuvoja niistä asioista, joista he tarvitsevat. (Davies & Bath 2001; Bulman & McCourt 2002.) Myös esitietojen antaminen hoito-

henkilökunnalle on vaikeaa. Ongelmia tuottaa myös toimenpiteiden ja tutkimustulosten ymmärtäminen. Ymmärtämättömyys lisää pelkoja ja huolestumista etenkin silloin, kun synnytyksessä esiintyy komplikaatioita. Somalinaisten mielestä tulkkipalvelut ovat tärkeimpiä hoitotyön kehittämiskohteita. (Bulman & McCourt 2002.)

Terveydenhuollon haasteena on kehittää somalinaisten ohjaukseen soveltuvaa terveystasvatusmateriaalia (Herrel ym. 2004). Terveystasvatusmateriaalia tarvitaan myös selkokielellä, koska kaikki somalaiset eivät osaa lukea eivätkä ole tottuneet lukemaan vaan haluavat ohjaustilanteissa keskustella ja kuunnella. (Dundek 2005; Johnson ym. 2006; Strauss ym. 2007.) Suomenkielisen materiaalin kääntäminen eri kielille ei ole keino ratkaista terveystasvatusmateriaalin puutetta. Selkokeskuksen (2013) mukaan selkokieli on yleiskieltä luettavampaa ja ymmärrettävämpää kieltä.

Terveysneuvontatilanteissa somalinaisten on havaittu kertovan avoimesti erilaisista terveysongelmistaan, kuten kutinasta, päänsärystä, rintakivuista tai korkeasta verenpaineesta. Lääkärille somalaiset menevät ainoastaan sairastutuaan ja lievittääkseen erilaisia oireita. (Carroll ym. 2007a.) Kulttuurieroista johtuvat ongelmat somalinaisten hoitotilanteissa liittyvät etenkin häveliäisyyteen, ympärileikkaukseen ja erilaiseen aikakäsitykseen (Ekholm 1998; Hassinen-Ali-Azzani 2002).

3.3.5 Kulttuurinen kompetenssi ja sen kehittäminen

Monikulttuurinen terveyden edistäminen ja terveysneuvonta edellyttävät kulttuurista kompetenssia (Huff & Kline 2007). Kirjallisuudessa kulttuurinen kompetenssi on määritelty monella eri tavalla. Sillä tarkoitetaan joko palvelujärjestelmän tai hoitohenkilökunnan halukkuutta ja kykyä tarjota monikulttuurisia palveluita asiakkailleen. Käsitettä kulttuurinen kompetenssi (cultural competence) alettiin käyttää terveydenhuollossa 1980-luvulla, koska silloin havaittiin, ettei palvelujärjestelmä kykene vastaamaan erilaisten väestöryhmien tarpeisiin. Aluksi tilanteeseen pyrittiin vastaamaan kehittämällä kulttuurisesti sensitiivisiä palveluita etnisille vähemmistöille ja kulttuurisesti erilaisille asiakasryhmille. Tällöin pyrittiin vaikuttamaan palvelun tarjoajien asenteisiin, käyttäytymiseen, uskomuksiin, arvoihin, elämäntapoihin ja kielitaitoon. (Chin 2000.) Purnellin ja Paulankan (2003) mukaan terveydenhoitohenkilökunta tarvitse kulttuurista tietoa voidakseen tarjota kulttuurisesti kompetentteja ja sensitiivisiä palveluita asiakkaille. Asiakkaiden osallistuminen itseään koskevaan päätöksentekoon parantaa hoidon tuloksia.

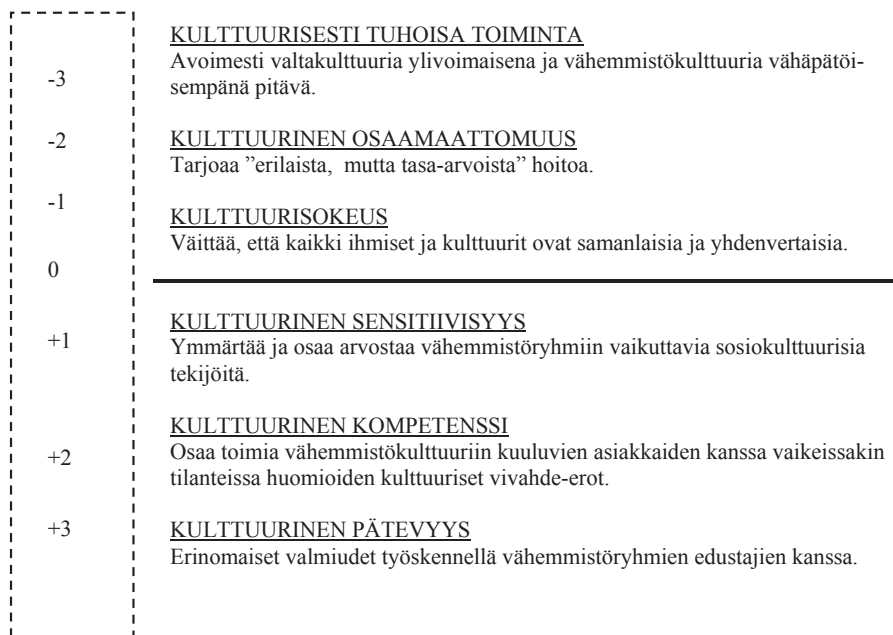
2000-luvulla kulttuurisen kompetenssin rinnalla alettiin käyttää terveydenhuollon kohtaamisissa käsitettä transnationaalinen osaaminen, jossa korostetaan entistä enemmän potilaan osallisuuden, keskinäisen tiedonsiirron ja yhteisymmärryksen merkitystä yhtenevään hoitotulokseen ja hyvään hoitotulokseen pääsemiseksi. (Koehn & Rosenau 2002; Koehn & Swick 2006; Sainola-Rodrigues 2007.) Hoitohenkilökunnan ja maahanmuuttajien kohtaaminen edellyttää transnationaalista osaamista eli kykyä 1) hankkia tietoa ja ymmärtää tiedon merkitys erilaisissa kohtaamistilanteissa, 2) tehdä havaintoja ja olla aidon

kiinnostunut maahanmuuttaja-asiakkaista, 3) löytää uusia tai vaihtoehtoisia toimintatapoja, 4) kommunikoida ja olla vuorovaikutuksessa ja 5) yhdistää transnationaaliset taidot ja työskennellä tavoitteellisesti. (Koehn & Rosenau 2002; Sainola-Rodrigues 2007.)

Kulttuurisesti kompetentti terveyskasvattaja osaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida monikulttuurisia terveydenedistämistilanteita, joissa huomioidaan asiakkaiden kulttuurinen erilaisuus. Hän myös tuntee monikulttuurisen terveyden edistämiseen soveltuvia malleja. Monikulttuurisen terveydenedistämishjelman suunnittelu edellyttää terveyskasvattajien ja kohderyhmän yhteistyökykyä. Terveyskasvattajan on myös osattava 1) tunnistaa terveyden edistämisen kohderyhmän tarpeet, mielenkiinnon kohteet sekä sosiaalinen, kulttuurinen ja taloudellinen tilanne, 2) asettaa kohderyhmän terveyden edistämiseksi sopivat päämäärät ja tavoitteet, 3) valita sopivat lähestymistavat (strategies) ja työmenetelmät (interventions) terveyden edistämisen toteuttamiseksi, 5) toteuttaa terveydenedistämistilanteita, 6) arvioida terveydenedistämistilanteiden tuloksia sekä 7) muotoilla terveyden edistämisen näkökulmaa uudelleen tehokkaamman ja tuloksekkaamman ohjelman kehittämiseksi. (Huff & Kline 1999.)

Helmanin (1998; 2007) mukaan lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan olisi hyvä 1) ymmärtää terveyttä ja sairautta potilaiden ja asiakkaiden näkökulmasta, 2) kehittää kommunikointitaitojaan, 3) lisätä refleksisyyttä ja kiinnittää huomio sairauden laajempiin ulottuvuuksiin, muun muassa tunteisiin, sosiaalisiin tekijöihin, käyttäytymiseen ja uskontoon sekä uskomuksiin liittyviin tekijöihin, 4) kehittää hoidon ja terveysneuvonnan moniammatillisuutta sekä 5) ymmärtää ihmisten "sisäistä" (mm. perhe ja ystävät) ja "ulkoista" (mm. koulu, sosiaali- ja terveydenhuolto) sekä laajempaa yhteiskunnallista ympäristöä, jossa hoito ja terveysneuvonta toteutuvat. Tärkeää olisi siis ymmärtää, että terveyteen ja sen edistämiseen vaikuttavat yksilöiden lisäksi laajat yhteiskunnalliset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, kuten köyhyys, epätasa-arvo, rasismi, työttömyys ja sosiaaliseen sukupuoleen liittyvä roolijako (gender roles).

Kulttuurista kompetenssia voidaan arvioida. Arvioinnissa auttaa muun muassa kulttuurisen kompetenssin saavuttamisen jatkumo (cultural orientation continuum). Jatkumossa on erilaisia tasoja -3:n ja +3:n välillä. Alin taso on kulttuurisesti tuhoisan toiminnan taso (cultural destructiveness) (-3), seuraava taso on kulttuurisen osamaattomuuden taso (cultural incapacity) (-2), ja kolmatta tasoa kutsutaan kulttuuriseksi sokeudeksi (cultural blindness (-1). Neljättä tasoa kutsutaan nimellä kulttuurinen sensitiivisyys tai avoimuus (cultural sensitivity or openness) (+1), tätä seuraavien ylempien tasojen nimet ovat kulttuurinen kompetenssi (cultural competence) (+2) ja kulttuurinen pätevyys (cultural proficiency) (+3). Kulttuurisen orientaation jatkumon alimmalla tasolla (-3) viitataan etnosentrismiin. Jatkumon ylimmän tason (+3) saavuttaneella on puolestaan erinomaiset mahdollisuudet toimia vähemmistöryhmien edustajien kanssa. (Gastro ym. 1999.) (Kuvio 1.)



KUVIO 1 Kulttuurisen orientaation jatkumo (Gastro ym. 1999, 142).

Käsitteellä interkulttuurinen sensitiivisyys viitataan kasvuun ja oppimiseen monikulttuurisen kohtaamisen taidoissa (Bennett & Bennett 2004). Interkulttuurisen sensitiivisyyden saavuttaminen on jatkumo, jossa korkeammalle tasolle siirtyminen edellyttää edistymistä kulttuurien kohtaamisen taidoissa. Jatkumon vaiheita ovat kieltäminen, puolustautuminen, minimalismi, hyväksyminen, adaptaatio ja integraatio. Vaiheet etenevät etnosentrisiltä tasoilta etnorelativistisille tasoille. Kummillakin tasoilla on erotettavissa kolme eri vaihetta.

Etnosentrismin ensimmäisessä, kieltämisen vaiheessa oleva ihminen lähestyy moninaisuutta omasta maailmankuvastaan ja kulttuuristaan käsin tai kieltää erilaisuuden olemassaolon kokonaan. Puolustautumisvaiheessa erilaisuus nähdään uhkana ja oma kulttuuri muita parempana. Minimalismin vaiheessa ihminen vähättelee kulttuurisia eroja ja viittaa muun muassa siihen, että kaikilla ihmisillä on lopulta samat primäärit päämäärät ja tarpeet (esim. hengissä pysyminen) ja myös samankaltaiset perusarvot (esim. lähimmäisenrakkaus).

Etnorelativistisille tasoille siirtynyt ihminen ymmärtää kulttuurieroja, kunnioittaa erilaisuutta ja osaa katsoa kutakin kulttuuria sen omista lähtökohdista. Kulttuurien hyväksymisen vaiheessa tarvitaan sekä kykyä ottaa perspektiiviä asioihin että empatiaa. Adaptaatiotason saavuttanut ihminen ymmärtää ja osaa tulkita toisen kulttuurin edustajaa ja pystyy selviytymään kulttuurin kohtaamisen tilanteista ilman suuria ongelmia. Integraatiovaiheessa minkään kulttuurin arvot ja normit eivät kahlitse ihmisen käytöstä, ajattelua ja asenteita, vaan ihminen kykenee toimimaan aina muuttuvien tilanteiden mukaan erilaisen ihmisten kanssa. (Jokikokko 2002; Bennett & Bennett 2004) Räsänen ym:n

(2002) mukaan tämä on jonkinlainen utopia, koska ihminen ei hänen mielestään pysty luopumaan täysin omasta kulttuurisesta viitekehystänsä.

Williamsin ja Harrisonin (2010) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan kättilöt lähestyvät kulttuuria kahdella eri tavalla: keskittymällä kulttuurin kognitiivisiin osa-alueisiin kuten arvoihin, uskomuksiin ja perinteisiin sekä tietyn ryhmän kulttuuriin, jonka tunnuksena on kieli tai sijainti, kuten ”kiinalaiset naiset” tai ”arabiaa puhuvan naiset”. Tällainen lähestymistapa näkee kulttuurin staattisena ja muuttumattomana eikä ota huomioon monimuotoisuutta ryhmien sisällä. Näkökulma voi johtaa stereotypioihin ja epäonnistumisen asiakaslähtöisten tarpeiden tunnistamisessa. Toinen lähestymistapa sisältää kulttuurin osana laajempia rakenteellisia puitteita ja keskittyy sosiaaliseen statukseen pikemminkin kuin henkilökohtaiseen käyttäytymiseen ja uskomuksiin selittäessään terveyttä ja terveyskäyttäytymistä.

Suomalaisen tutkimuksen (Pietilä ym. 2010) mukaan perusterveydenhuollon työntekijät kokevat tarvitsevänsä osaamisen vahvistamista asiakaslähtöisyydessä mutta myös seuraavissa aiheissa: motivoiminen, avoimet kysymykset ja niiden oppiminen sekä asiakkaiden moninaisiin tarpeisiin vastaaminen. Tällaisia taitoja tarvitaan myös monikulttuurisen perhevalmennuksen toteuttamisessa.

Tutkijaryhmä Tilki ym. (2007) ovat tutkineet hoitotyön opiskelijoiden ja opettajien kokemuksia luokkahuoneessa esiintyvistä rasismista. Tutkimuksen mukaan hoitotyön opettajat tarvitsevat lisäkoulutusta monikulttuuristen asioiden opettamiseen ja käsittelemiseen luokkahuoneessa. Daly- Gordonin (2013) tutkimuksessa selvitettiin interaktiivisten opetusmenetelmien, kuten roolileikin ja tietotekniikan, vaikutusta hoitotyön opiskelijoiden kulttuuriseen kompetenssiin. Tutkimuksen mukaan osallistavien opetusmenetelmien avulla voidaan lisätä opiskelijoiden kulttuurista kompetenssia.

Koska monikulttuurinen terveyden edistäminen edellyttää kulttuurista kompetenssia, on terveydenhuollon työntekijöiden perus- ja täydennyskoulutukseen sisällytettävä riittävästi kulttuurista kompetenssia lisäävää opetusta (Samarashinbge ym. 2010; Padela ym. 2011). Koulutuksessa voidaan käyttää apuna esimerkiksi imaameja kulttuuritulkkeina (Padela ym. 2011).

3.4 Somalinaisten näkemyksiä terveydestä ja sen vaalimisesta

3.4.1 Somalinaisten näkemyksiä terveydestä

Somalinaisten näkemyksiin terveydestä ja terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat uskonnon lisäksi identiteetti ja terveyteen liittyvät arkaluontoiset asiat. Vahva puolison ja äitiyden identiteetti vaikuttaa somalinaisten terveysvalintoihin. (Reed ym. 2002.)

Somalinaisten terveysuskomukset ovat vastakkaisia länsimaiselle biolääketieteelliselle ajattelumallille. Tämä näkyy siinä, miten somalinaiset kuvaavat terveyttään. (Pavlish ym. 2010.) Somalinaiset kuvaavat terveyttään hyvin koko-

naisvaltaisesti: terveys on Jumalan (Allahin) lahja (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Carrol ym. 2007b), fyysinen hyvän olon tila ja toimintakykyä sekä sosiaalisista rooleista, kuten äidin, vaimon ja hoitajan roolista selviytymistä (Carrol ym. 2007b). Jotkut somalinaiset kuvaavat terveyttä ja sairautta erilaisina oireina, kuten kipuna, unettomuutena ja väsymyksenä. Lisäksi uskotaan, että sairastumiseen vaikuttavat hengellinen ja sosiaalinen epätasapaino sekä surullisuus. (Pavlish ym. 2010.) Terveys on nähty myös islamin määrittäminä ohjeina ja sääntöinä, elämän perustana, puhtautena, fyysisenä kuntona, psyykkisenä terveytenä ja myönteisinä tunteina, sosiaalisina suhteina, roolien, toimintojen ja itsensä toteuttamisena, oireiden ja sairauden puuttumisena ja sairauden vastakohtana (Hassinen-Ali-Azzani 2002).

Somalinaiset arvostavat terveyttä, koska sen avulla he kokevat voivansa säilyttää itsenäisyytensä ja toimintakykynsä. Sairastumiseen he liittävät ilmaston, elinympäristön, huonon ruuan tai ruuan puutteen, Jumalan tahdon sekä huonot elintavat, kuten alkoholin ja huumeiden käytön, tupakoinnin sekä hygienian puutteen. Sairastumiseen liitetään myös yksinäisyys, työttömyys, elämä sodan keskellä, perheenjäsenen menettäminen tai eläminen erossa perheestä sekä etenkin kykenemättömyys tukea laajaa perhettä. (Feldmann ym. 2006.)

3.4.2 Somalinaisten terveysongelmia

Terveydenhoitohenkilöstön havaintojen mukaan Suomessa asuvien somalialaisten terveysongelmia ovat hammassairaudet, gynekologiset vaivat ja masentuneisuus. Hoitohenkilökunta on myös havainnut, että somalinaiset hakevat apua terveydenhuollosta melko vähäisten vaivojen takia. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Australialaisen tutkimuksen mukaan pakolaisnaisilla on vakavia lääketieteellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Ongelmia aiheuttaa etenkin anemia, ympärileikkaus, hepatiitti B ja trombosytopenia, sekä erilaiset esteet osallistua äitiysneuvolapalveluihin. Myös keisarileikkausten ja komplikaatioiden määrä synnytyksessä oli lisääntynyt. (Correa-Vele & Ryan 2012.)

Somalinaisten sairauksia, oireita ja vaivoja on ”psykologisoitu”. On oletettu, että somalinaisille kärsimys ilmenee sairautena, ruumiillisina ja psykologisina oireina sekä vaivoina. Selitystä on etsitty somalikulttuurista, jossa sairaus, oireet ja vaivat ovat yleisesti hyväksytty tapa reagoida vaikeisiin asioihin. Somalinaisten somaattisten oireiden valittamisen arvellaan olevan myös keino kertoa esimerkiksi perhe- tai parisuhdeongelmista. Lääkärissäkäynnin on selitetty antavan naiselle mahdollisuuden lähteä kotoa ja jättää kotityöt hetkeksi tekemättä. Sairaudesta ikään kuin legitimoiti äidin avun tarpeen. (Tiilikainen 2003; Salmela 2004.)

Depressio ja stressi ovat somalinaisille uusia termejä. Niillä on somalinaisten puheessa toisenlainen merkitys kuin suomalaisilla. Stressistä puhuttaessa viitataan usein sairauden syyhyn ja sairauteen sekä oireisiin, kuten epämääräisiin kipuihin, unettomuuteen ja yleiseen huonoon oloon, joita aikaisemmin pidettiin pikemminkin henkien aikaansaamina. (Tiilikainen 2003.) Maahanmuuttajien elinolotutkimuksen mukaan Suomessa asuvat somalialaiset maahan-

muuttajat raportoivat selvästi enemmän masentuneisuutta kuin suomalaiset keskimäärin (Pohjanpää 2003).

Pakolaisina somalinoisilla on terveydenhuoltokokemuksia sekä Somalias- ta, pakolaisleireiltä että uudesta kotimaastaan. Pakolaisleireillä somalalaiset eivät hakeneet apua ympärileikkauksen aiheuttamiin ongelmiin. Yhdysvallois- sa somalinoisilla oli kielivaikeuksia. Naiset eivät ymmärtäneet kaikkia yhdys- valtalaisen terveydenhuollon käytänteitä. He eivät ymmärtäneet esimerkiksi ky- symystä viimeisten kuukautisten alkamisajankohdasta. Naiset pitivät sisätut- kimuksia tarpeettomina ja verikokeita mystisinä. Naiset kertoivat myös luotta- vansa enemmän lääkäreiden kuin kättilöiden tarjoamaan synnytysapuun. Tämä johtui terveydenhoitokokemuksista Somaliassa. Naiset olivat halunneet turvau- tua kansanparantajiin jo Somaliassa (Upvall ym. 2009.)

Somalinoisilla on myös pakolaisuuteen liittyviä ongelmia, jotka heijastu- vat sekä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen että sosiaalisiin suhteisiin (Khaja ym. 2009). Kulttuurisen turvallisuuden tunne vaikuttaa terveyteen. Kanadassa asuvat muslimit kokivat siirtyneensä 9.11.2001 terroristihyökkäyksen jälkeen äkillisesti kulttuurisesta turvallisuudesta kulttuurisen riskin olotilaan. Kulttuu- rinen turvallisuus ymmärrettiin yhteisön kokemaksi sosiaalisen integraation tunteeksi ja vähemmistöryhmän näkymättömyyden tilaksi. Kulttuurisen turval- lisuuden menettäminen koetaan tukalaksi olotilaksi, joka vaikuttaa myös ter- veyteen. Kulttuurisen riskin olotila johtuu pikemminkin ulkopuolisista tekijöis- tä kuin ryhmien välisestä epätasa-arvosta. (Baker 2007.)

3.4.3 Somalinaisten näkemykset terveyden vaalimisesta

Somalinaisten mielestä rituaalinen puhtaus, kulttuurin mukainen ruoka ja puh- das vesi, terveyspalveluiden saatavuus, hengellisyys, perinteisiin liittyvät tavat ja tottumukset, tupakoinnin ja alkoholin välttäminen sekä kotona pärjääminen (kotityöt ja lapsen hoito) ylläpitävät terveyttä (Carroll ym. 2007b).

Rituaalinen puhtaus käsittää kulttuurin mukaisen ravinnon, hygieniasta huolehtimisen sekä ympärileikkauksen. Useille somalinoisille on tehty koti- maassaan ympärileikkaus. (Upvall ym. 2009; Khaja ym. 2009.) Ympärileikkauk- sessa naisen sukuelimet poistetaan täysin tai osittain tai niitä vahingoitetaan jollain muulla tavalla. Infibulaatio (faraoninen ympärileikkaus), jossa tytön ul- koiset sukuelimet poistetaan osittain tai kokonaan, on hyvin yleinen somalini- silla. (Chalmers & Hashi 2000; Essén ym. 2004). Ympärileikkaus aiheuttaa nai- sille kroonisia kipuja ja komplikaatioita (Upvall ym. 2009; Khaja ym. 2010).

Kulttuurin mukainen ruoka tarkoittaa somaleilla muun muassa halal- ruokaa (halal = ”puhdas, sallittu”), jota islamin uskonnollisten sääntöjen mu- kaan muslimit saavat syödä. Muslimit eivät syö sianlihaa eivätkä verta eivätkä käytä alkoholia (Carroll ym. 2007b). Somalalaiset pyrkivät edistämään terveyt- tään syömällä hyvin ja huolehtimalla hygieniasta sekä säännöllisestä liikunnas- ta (Feldmann ym. 2006). Somalalaiset liittyvät myös paaston ja perinteiset hoi- tokeinot, kuten erilaiset seremoniat ja rukouksen, terveyden edistämiseen. (Reed ym. 2002; Carroll ym. 2007b; Feldmann ym. 2006).

Sairauksien ennaltaehkäisemiseen liitetään hygieenisuus, ruuan ja veden hankkiminen sopivista paikoista, terveyspalveluiden saatavuus, hengellisyys, perinteiset hoitokäytänteet ja asioiden sujuminen perheen arjessa. Käsien pesua, kodin puhtautta ja infektioiden torjuntaa pidetään erityisen tärkeinä asioina. (Carroll ym. 2007b.)

Somalinaiset pyrkivät ylläpitämään terveyttä myös liikunnan avulla. Suomessa asuvat somalialaiset harrastivat liikuntaa hiukan harvemmin kuin suomalaiset keskimäärin (Pohjanpää 2003). Suomessa asuvien somalialaisten mielestä liikunta on vapaa-ajanviettotavoista suosituimpia (Myrén 1999).

Somalinaiset suosivat hoidossa itsehoitoa ja itselääkintää (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Feldmannin ym. (2006) mukaan somalinaiset luottavat lääkäreiden määräyksiin, mutta suhtautuvat myönteisesti myös lääkkeiden, vitamiinien, mineraalien ja lisäaineiden käyttöön. Joillakin somalinalaisilla oli tietoa myös syöpäseulonnoista. Carrollin ym. (2007b) mukaan jotkut somalinaiset uskovat mammografian vioittavan rintoja ja vähentävän mahdollisuutta imettää. Tutkimukseen osallistuneet somalinaiset tunsivat rokotusjärjestelmän ja rutiinit terveystutkimukset.

Koraanissa korostetaan, että rukouksella on fyysistä kuntoa parantava ja ahdistusta, masennusta ja muita emotionaalisia oireita ehkäisevä vaikutus. Koska somalinaiset uskovat, että Jumala (Allah) vaikuttaa sairauteen ja paranemiseen, uskonnollisia traditioita, kuten rukoilemista, ylläpidetään myös sairaalahoidon aikana. Vaikka terveys on somalikulttuurissa riippuvainen Jumalasta, sairauden hoitoa ohjaa myös sairauden syy. (Padela ym. 2011.)

Koska somalinaisten terveysuskomukset eroavat länsimaisesta ajattelutavasta, somalinaiset kokevat, ettei länsimainen terveydenhuolto kykene tyydyttämään heidän tarpeitaan, ja hoito ei sen vuoksi vastaa aina heidän odotuksiaan (Pavlish ym. 2010). Somalinaisten mielestä terveydenhoitohenkilöstö tarvitsee lisää tietoa etenkin pakolaisuuteen liittyvistä ongelmista ja ympärileikkauksesta (Upvall ym. 2009). Somalinaisten mielestä ympärileikkauksen riskeistä ja seurauksista keskustellaan länsimaissa liian negatiivisesti ja syyllistävästi. Ympärileikattuja naisia pidetään hyväksikäytön uhreina ja heitä syyllistetään, vaikka he ovat toimineet esi-isiltään perimiensä tapojen mukaisesti ja ovat myöhemmin pahoillaan tapahtuneesta. Syyllistäminen johtuu somalinaisten mielestä siitä, etteivät ohjauksen ja valistuksen tarjoajat tunne riittävästi naisten perheitaustoja. Syyllistäminen on myös tiedostamatonta. Naiset toivovat, että ympärileikkauksesta keskusteleminen olisi kulttuurisesti sensitiivisempää. He myös muistuttavat, että somalinaiset itse ovat puhuneet jo kauan ympärileikkauksen kieltämisen puolesta (Khaja ym. 2009).

4 PERHEVALMENNUS OSANA ÄITIYSHUOLTOA

4.1 Perhevalmennusta koskevat lait, asetukset ja suositukset

Lapsen syntymä on merkittävä tapahtuma äidille, isälle ja koko perheelle (Banta 2003; WHO 2005). Tästä huolimatta siihen liittyy myös kärsimystä ja sairautta tai jopa kuolema (WHO 2013). Raskauden aikaisen hoidon tavoitteena on ennaltaehkäistä sikiöön ja äitiin kohdistuvia riskejä sekä varmistaa, että jokainen lapsi saisi mahdollisimman hyvät lähtökohdat elämälleen. Tavoitteen saavuttamiseksi terveydenhuolto tarjoaa seulontatutkimuksia ja tarvittavaa hoitoa sekä ohjaa raskaana olevia naisia niin, että he osaavat suunnitella turvallisen synnytyksen ja varautua raskauden aikaisiin hätätilanteisiin (Banta 2003; Di Mario ym. 2005; WHO 2006).

Suomessa äitejä on valmennettu synnytykseen jo 1940-luvulta saakka (Forsius 2003). Aluksi järjestettiin äitiysvoimistelukurssseja, jotka perustuivat Grantly Dick-Readin (1890–1959) kehittämään menetelmään (Eskola ym. 1990). 1960-luvulla äitiysvalmennus muutettiin laajaemmaksi synnytysvalmennukseksi (Forsius 2003). Uusi muutos tapahtui 1970-luvulla, jolloin synnytysvalmennus muuttui perhevalmennukseksi. Tuolloin synnytysvalmennuksen rinnalle alkoi nousta vanhemmuuden, äitiyden ja isyyden, lapsen kehityksen ja synnyttäjän psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden huomioiminen. 1980-luvulla perhevalmennuksessa korostettiin syntymää koko perheen tapahtumana. 1990-luvulta lähtien perhevalmennuksessa on korostettu asiakkaiden ja perheiden aktiivista roolia sekä sitä, että perhevalmennus lähtee heidän tarpeistaan. (Koi-vu 1994; Viljamaa 2003.)

Viimeisten 20 vuoden aikana Suomessa on laadittu useita lakeja, asetuksia ja suosituksia, jotka ohjaavat neuvolapalveluita ja sen osana perhevalmennusta. Kansanterveyslaki (28.1.1972/66) ja laki kansanterveyslain muuttamisesta (928/2005) määrittelevät kansanterveystyön yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaksi terveyden edistämiseksi, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyksi sekä yksilön sairaanhoidoksi. Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä

kunnan tulee huolehtia asukkaittensa terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta, raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten sekä heidän perheidensä neuvolapalvelut; valtioneuvoston asetuksella annetaan tarkempia säännöksiä terveysneuvonnan ja terveystarkastusten sisällöstä ja määrästä neuvolapalveluissa. (Kansanterveyslaki 1972; Terveydenhuoltolaki 2010.)

Terveydenhuoltolain (2010) mukaan neuvolapalveluun kuuluu raskaana olevan ja synnyttäneen naisen terveyden seuranta ja edistäminen, lapsen terveen kasvun edistäminen ja perheen tukeminen. Neuvolapalveluihin sisältyy muun muassa perheen elintapojen terveellisyyden edistäminen, vanhemmuuden ja perheen hyvinvoinnin tukeminen sekä perheen erityisen tuen tarpeen tunnistaminen. Terveyden edistämisen tavoitteena on vaikuttaa terveyden taustatekijöihin ja ehkäistä sairauksia, tapaturmia ja muita terveysongelmia. Lain mukaan perusterveydenhuollon on tehtävä yhteistyötä sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa.

Valtioneuvosto on antanut kaksi asetusta neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (28.5.2009/380 ja 338/2011). Viimeisimmän asetuksen (338/2011) mukaan terveysneuvontaa voidaan toteuttaa yksilöllisesti, ryhmässä ja yhteisöllisesti. Terveysneuvonnan on tuettava vanhemmaksi kasvamista ja parisuhdetta sekä edistettävä perheen sosiaalista tukiverkosta. Sen on myös tuettava yksilön ja hänen perheensä fyysisen ja psyykkisen terveyden ja psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämistä seuraavilla alueilla: kasvu, psykososiaalinen ja fyysinen kehitys; ihmissuhteet, lepo ja vapaa-aika, median merkitys terveyden ja turvallisuuden kannalta, ergonomia, ravitsemus, liikunta, painon hallinta, suun terveys ja seksuaaliterveys mukaan lukien raskauden ehkäisy; lähi- ja parisuhdeväkivallan, tapaturmien sekä tupakoinnin, alkoholin ja muiden päihteiden käytön ehkäisy.

Valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaan molemmille ensimmäistä lastaan odottavalle vanhemmalle on järjestettävä moniammatillista perhevalmennusta, johon sisältyy vanhempainryhmätoimintaa ja synnytysvalmennusta. Asetuksen mukaan lasta odottavien vanhempien neuvonnan tulee sisältää tietoa raskausajasta ja siihen liittyvistä riskeistä, synnytyksestä ja lapsen hoidosta sekä odotusaikaan ja synnytykseen mahdollisesti liittyvistä mielenterveyden muutoksista. Neuvonnan on tuettava lapsen ja vanhemman välistä varhaista vuorovaikutusta sekä äidin voimavaroja imettää. Ensimmäistä lastaan odottavan tai ensimmäisen lapsen saaneen perheen luokse on tehtävä kotikäynti. (vrt. Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013).

Lisäksi asetus (338/2011) säätää, että terveysneuvontaa on toteutettava näyttöön perustuvasti, yksilöllisten tarpeen mukaisesti ja yhteistyössä yksilön ja perheen kanssa siten, että se tukee voimavarojen vahvistumista, tiedon soveltamista käytäntöön ja vastuun ottamista omasta terveydestä. Asetuksen soveltamisohjeiden (STM 2009) mukaan ryhmätoiminnan järjestäminen sopii hyvin moniammatillisille perhepalveluverkostoille, joissa hyödynnetään kunnan eri

hallintokuntien sekä muun muassa seurakunnan ja kolmannen sektorin asiantuntemusta.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma linjaa Suomen terveystaloutta. Ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä, ja sen tavoitteena on sukupuolten sekä eri koulutus- ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen. (STM 2001.) Ohjelman tuloksellisuutta arvioitiin vuosina 2000–2011 Terveys 2015 -indikaattoreiden avulla. Raportin mukaan väestöryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet. Yhteiskuntapoliittisin päätöksin voidaan edistää väetön terveyttä ja vähentää terveyseroja. Esimerkiksi tarttumalla lasten, nuorten ja lapsiperheiden ongelmiin varhain voidaan ehkäistä ongelmien vaikeutuminen. (STM 2013.)

Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suosituksissa korostetaan perheen sisällä ja muissa läheisissä riippuvuussuhteissa tapahtuvan väkivallan ehkäisyä ja varhaista puuttumista väkivaltaan (STM 2008). Suomessa tyttöjen sukuelinten silpomista eli tyttöjen ympärileikkausta kaikissa muodoissaan pidetään väkivallan muotona, joka loukkaa tyttöjen ja naisten ihmisoikeuksia (STM:n julkaisuja 2012). Tyttöjen ympärileikkausta käsittelevän oppaan mukaan naisille kannattaisi koota oma ryhmä synnytys- ja perhevalmennusta ja vertaistukea varten. Ryhmässä naiset voisivat saada toisistaan tukea myös avausleikkauksiin ja avattuna olemiseen. (Tiilikainen 2004.)

Vuonna 1999 laadittujen äitiyshuollon suositusten mukaan perhevalmennuksen tarkoitus on tukea vanhemmuuteen valmentautumista ja synnytykseen osallistumista. Tuolloin valmennus suositeltiin aloitettavaksi raskauden puolivälissä. Huomiota suositeltiin kiinnitettävän myös isien odotuksiin ja tarpeisiin. Valmennuksen aiheita olivat tuolloin muun muassa raskauden ja synnytyksen kulku, kivun lievitys synnytyksessä ja synnytyspelko, lapsivuodeaika, imetys, isän rooli raskauden aikana, synnytyksessä ja lapsen hoidossa sekä sosiaalisen tuen merkitys raskaudessa, synnytyksen aikana ja pienen lapsen hoidossa. Jo vuoden 1999 lopussa korostettiin vähemmistöryhmien ja erilaisten lasta odottavien perheiden tarpeista lähtevää, omakielistä ja kulttuurin mukaista perhevalmennusta. (Viisainen 1999.)

Vuonna 2007 julkaistun Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (STM 2007) mukaan raskaudenaikaisessa perhevalmennuksessa tulee käsitellä raskauden herättämiä erilaisia tunteita, odotuksia ja ajatuksia, raskauden ja imetyksen tuomia fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia, isän tai toisen vanhemman merkitystä, synnytystä ja vauvan hoitoa ja imetystä. Synnytystyöryhmässä suositellaan käsiteltäväksi seuraavia aiheita: poikkeavia tilanteita synnytyksessä, synnytykseen valmentautumista psyykkisesti ja harjoittelemalla, synnytyksen suunnittelua, isän tai tukihenkilön roolia, kivun merkitystä ja hallintaa, raskauteen ja synnytykseen liittyviä pelkoja, vastasyntyneen ja vanhempien vuorovaikutusta sekä varhaisimetyksen merkitystä. Tutustumiskäyntiä synnytyssairaalaan suositellaan. Perhevalmennuksessa olisi tärkeää myös ennakoida synnytyksen jälkeisiä mielialamuutoksia ja ehkäistä pari- ja lähisuhdeväkivaltaa sekä antaa tietoa perhe-etuuksista, kuten vanhempainvapaasta ja perheiden palveluista kunnassa. (STM 2007.)

Uuden äitiysneuvolaoppaan (Klementti & Hakulinen-Viitainen 2013) mukaan perhevalmennuksen tavoitteena on valmentaa perhettä synnytykseen, imetykseen, lapsen hoitoon ja kasvatukseen sekä vanhemmuuteen, vahvistaa tietoja ja taitoja lapsen hoidosta, vanhemmuudesta, terveydestä ja terveystottumuksista, edistää sikiön ja raskaana olevan naisen ja koko perheen terveyttä, tukea parisuhdetta sekä edistää lapsen ja vanhempien välistä vuorovaikutusta sekä mahdollistaa perheille vertaistukea. Perhevalmennusta voidaan järjestää vanhempainryhmätoimintana. Menetelmiksi suositellaan keskustelua, alustuksia, luentoja, demonstraatioita ja vertaistukea. Oppaan mukaan perhevalmennuksen aiheita ovat raskaudenajan tunteet, loppuraskaus ja siihen liittyvät vaivat sekä lisäseurantaa vaativat oireet, synnytys, sairaalasta kotiutuminen, vauvan hoito, vanhemmuus, parisuhde, mieliala, vanhempien terveystottumukset, perhevapaat ja Kelan maksamat etuudet sekä perhepalvelut kunnissa.

Kaikissa edellämainituissa suosituksissa perhevalmennuksen tarkoituksiksi tai tavoitteeksi asetetaan vanhemmuuteen ja synnytykseen valmentaminen. Niissä annetaan suosituksia valmennuksen sisällöistä sekä perhevalmennuksen toteuttamisesta.

Terveyden edistämisen laatusuosituksen mukaan terveystietojen asiantuntijoilla tulee olla tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat terveyteen, mihin terveyden taustatekijöiden terveysvaikutukset perustuvat ja millaisia menetelmiä terveyden edistämiseksi kannattaa käyttää. Tärkeää on myös henkilökunnan koulutus ja työnohjaus, palaute ja sen hyödyntäminen sekä terveyttä edistävä hoitokulttuuri. (STM 2006a.)

Uusimpien äitiyshuollon suositusten mukaan suomalaisten perheiden erilaiset lähtökohdat edellyttävät perhevalmennuksen jatkuvaa kehittämistä, monimuotoisuutta ja erilaisten vaihtoehtojen tarjoamista (Klementti & Hakulinen-Viitainen 2013). Vielä 2000-luvun terveydenhoitajat toteuttivat perhevalmennusta koulutuksensa ja työkokemuksensa perusteella. Perheiden toiveita ja odotuksia otettiin tuolloin jonkin verran huomioon. Terveystietäjät pitivät tärkeänä sekä tietojen jakamista että yksilöllistä perhekohtaista neuvontaa ja ohjausta. Perhevalmennuksessa käytettiin opetusmenetelminä esitelmää, video- ja diaesityksiä, harjoituksia ja tutustumiskäyntejä. Terveystietäjät kokivat tuolloin, että erilaisten opetusmenetelmien käyttö perhevalmennuksessa on vaikeaa. (Mikkonen 2000.) Näyttöä uusimmasta suomalaisesta perhevalmennuksesta ja etenkin siitä, millaiseen tietoon suomalainen perhevalmennus perustuu, ei ole riittävästi olemassa.

4.2 Perhevalmennusta ohjaavia näkökulmia

4.2.1 Perhevalmennus terveyden edistämisen näkökulmasta

Lasta odottaville vanhemmille suunnattu perhevalmennus (antenatal education) on yksi tärkeimmistä terveyden edistämisen kulmakivistä (Dunkley 2000). WHO viittaa terveyden edistämiseen poliittisiin, taloudellisiin, yhteiskunnalli-

siin ja biologisiin sekä kulttuurisiin, ympäristöön ja käyttäytymiseen liittyviin tekijöihin, jotka joko tukevat tai vahingoittavat terveyttä (WHO 1986; Dunkley 2000; STM:n selvityksiä 2006b).

Onnistunut terveyden edistäminen vastaa asiakkaiden tarpeisiin ja keskittyy terveyden vaalimiseen ja terveyttä tukevien tekijöiden vahvistamiseen sairauksien ja riskitekijöiden sijaan (Bowden & Manning 2006). Dunkleyn (2000) mukaan terveyden edistämisen tavoitteena on vaikuttaa ihmisten terveyskäyttäytymiseen ja elämäntyyliin, tarjota sosiaalista tukea, kehittää yhteisön terveyttä edistäviä terveysohjelmia sekä tukea voimaantumista (self-empowerment).

Terveyden edistämisen näkökulmilla on vaikutusta pienryhmissä toteutettavan ohjauksen toteuttamiseen. Terveyden edistämisen näkökulmat voivat olla joko asiakaslähtöisiä, kasvatuksellisia tai sosiaaliseen tai käyttäytymisen muutokseen pyrkiviä. (Ewles & Simnett 1999; Dunkley 2000; Ewles & Simnett 2010.) Terveyden edistämisen näkökulman korostaminen ohjaa perhevalmennustilanteiden toteuttajaa rohkaisemaan osallistujia terveyden kannalta myönteisissä ratkaisuissa sekä välttämään moralisointia elämäntapojen perusteella (Dunkley 2000; Vertio 2009).

Raskauden aikainen terveysneuvonta kohdistuu raskauden ja synnytyksen sekä vanhemmuuteen valmentamisen lisäksi seuraaviin aiheisiin: ravitsemus, tupakointi, liikunta sekä mielialamuutokset ja masennus. Tärkeää on määrittellä edellä mainittuihin aiheisiin liittyvät normatiiviset, koetut, ilmaistut ja suhteelliset terveydenedistämistarpeet sekä tukea asiakkaiden muutospyrkimyksiä ja voimaannuttamista. (Ewles & Simnett 1999; Dunkleyn 2000; Bowden & Manning 2006; Ewles & Simnett 2010.)

Taulukossa 3 (s. 69) kuvataan perhevalmennusta erilaisten terveyden edistämisen näkökulmien avulla. Tässä tutkimuksessa vähäiselle huomiolle jätetään, sen isosta koostaan huolimatta, sosiaaliseen muutoksen tähtäävä poliittinen ja yhteisöön suunnattu toiminta, koska tämä tutkimus rajautuu pienryhmien perhevalmennukseen neuvontatilanteena sekä siinä tuen ja tiedon välitykseen.

4.2.2 Perhevalmennus oppimistilanteena

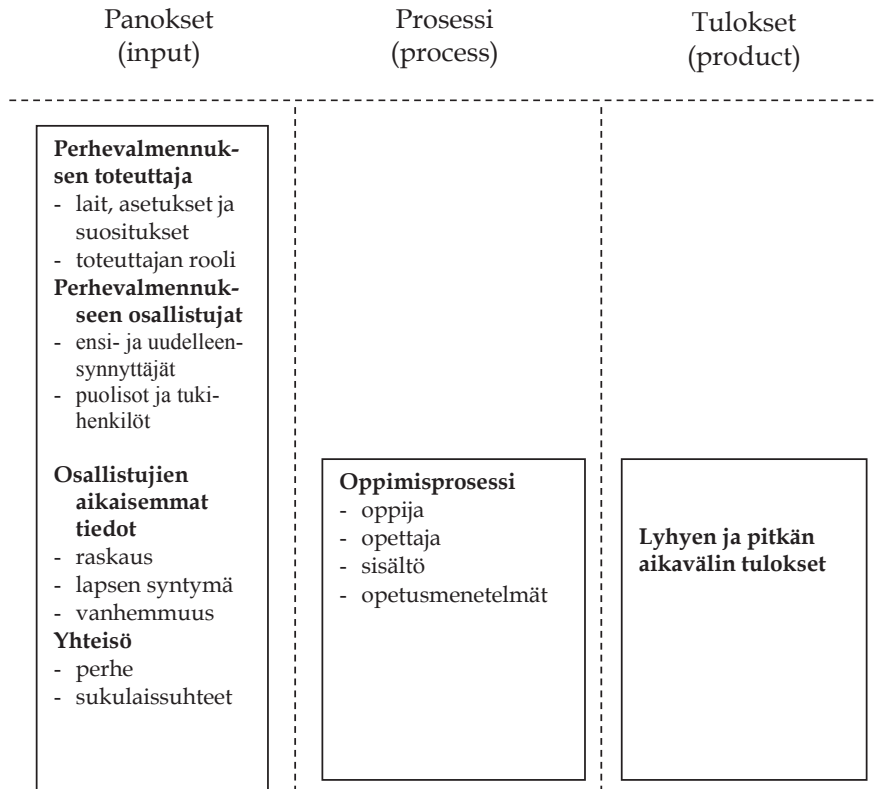
Nichols ja Humenick (2000) kuvaavat perhevalmennusta oppimis- ja opetustilanteeksi (kuvio 2, s. 70). Systeemiteoreettisessa mallissaan he korostavat panoksia (toteuttaja, osallistuja, tiedot ja yksilö tai pienryhmä), prosessia (oppija, opettaja, sisältö ja menetelmät) ja tuloksia (lyhyen ja pitkän aikavälin). Perhevalmennuksen toteuttaja tuo valmennukseen oppimistilanteena oman toimintafilosofiansa (arvonsa ja uskomuksensa). Tämä vaikuttaa siihen, miten ammatillisesti hän toteuttaa rooliaan perhevalmennusryhmän ohjaajana: puolustaako hän asiakkaiden oikeuksia ja pyrkiikö hän auttamaan asiakkaan muutospyrkimyksiä osana omaa rooliaan.

Perhevalmennuksen toteuttaja saa perhevalmennusta ohjavien suositusten tutkimusten avulla selville yleisimpiä raskauksia, synnytykseen ja äitiyden varhaisvaiheeseen liittyviä perhevalmennustarpeita. Osallistujien yksilöllisiä tarpeita perhevalmennuksen toteuttajat saavat esille käyttämällä opetustilanteessa

yksilöllisiä lähestymistapoja (individualized approach) ja osallistavia opetusmenetelmiä. (Vrt. Viisainen 1999; Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013)

TAULUKKO 3 Perhevalmennus terveyden edistämistilanteena (Dunkleytä 2000 mukailen).

Esimerkkejä terveyden-edistämistarpeista	Terveyden edistämisen tavoite	Terveyden edistämisen näkökulma	Terveyden-edistämistoiminta
<p>Maahanmuuttajien elinolo-tutkimus (Pohjanpää 2002):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somalialaiset naiset ovat ylipainoisia useammin kuin somalialaiset miehet. - Somalialaiset harrastavat liikuntaa hiukan harvemmin kuin suomalaiset keskimäärin. - Somalialaiset naiset kärsivät selkäviviusta useammin kuin miehet. - Maahanmuuttajat (myös somalialaiset) raportoivat selvästi enemmän masentuneisuutta. - Somalialaiset naiset ovat yksinäisiä useammin kuin samasta maasta lähtöisin olevat miehet. - Somalialaisista naisista 58 % ei ole koskaan käynyt kansainvälisissä kohtauspaikoissa. <p>Maahanmuuttajien ravitsemusneuvontaopas (Partanen 2002):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liikunnan vähäisyys ja pitkästymisen ajavat napposteluun ja lihomiseen. - Oman perinteisen ruokavalion muuttuminen: kuitupitoinen ruoka-aine korvautuu sokerilla ja rasvalla, mikä aiheuttaa ummetusta. - Varhainen siirtyminen imetyksestä pulloruokintaan (myös Hassinen-Ali-Azzani 2002). <p>Tyttöjen ympärileikkaus (Tiilikainen 2003).</p>	<p>Terveyskäyttäytymiseen ja elintapoihin liittyvän tiedon lisääminen.</p> <p>Terveyskäyttäytymisen ja elintapojen muutospyrkimysten tukeminen.</p> <p>Elintapoihin ja terveyskäyttäytymiseen liittyvien tietösten päätösten tukeminen.</p> <p>Vertaisryhmiin osallistumisen tukeminen.</p>	<p>Asiakaslähtöinen</p>	<p>Yksilöön ja yhteisöön kohdistuva terveysneuvonta:</p> <p>Omien arvojen ja asenteiden pohtiminen.</p> <p>Imetysohjaus, joka voi olla keskustelua, ohjausta ja tukea ja imetysaikomusten kartoittamista.</p>
	<p>Kasvatuksellinen</p>	<p>Ryhmätilanteiden järjestäminen:</p> <p>Tietoa terveyden edistämisestä, keskustelusta, reflektointia, oma-voimaistamista (self-empowerment). Tuetaan tietoisien päätösten tekemistä.</p>	
	<p>Sosiaalinen muutos</p>	<p>Poliittinen ja yhteisöön suunnattu toiminta:</p> <p>Tavoitteena maahanmuuttajien terveyttä edistävän ilmapiirin luominen.</p>	
	<p>Käyttäytymisen muutos</p>	<p>Terveyskäyttäytymisen muutokseen tähtäävien ryhmätilanteiden järjestäminen:</p> <p>Kuunteleminen, vuoropuhelu, itsearviointi, toimintamallinen tunnistaminen, toiminnan uudelleen suuntaaminen.</p> <p>Arvioidaan, onko asiakas esiharkintavaiheessa, harkintavaiheessa vai valmistautumisvaiheessa.</p> <p>Tuetaan asiakkaan terveyskäyttäytymisen muutosta.</p>	



KUVIO 2 Perhevalmennus oppimistilanteena (Nicholsia ja Humenickia 2000 mukailten).

Oppimistilanteena perhevalmennus on myös asiakkaiden ja perhevalmennusta toteuttavan hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutustapahtuma. Perhevalmennuksen tavoitteena on lisätä odottavien vanhempien tietoa, taitoa ja osaamista raskaudesta, synnytyksestä ja äitiyden varhaisvaiheesta. Perhevalmennuksen tulokset voivat olla sekä lyhyen että pitkän aikavälin tuloksia. Lyhyen aikavälin tuloksia ovat muun muassa taitotaso (kyky rentoutua ja hengittää tehokkaasti synnytyksen aikana) ja asennemuutokset (kokemus osaamisen kehittymisestä, luottamus omiin kykyihin selviytyä synnytyksestä). Pitkän aikavälin vaikutukset ovat sellaisia, joita voidaan mitata synnytyksen jälkeen (muun muassa itseluottamuksen lisääntyminen, synnytyskokemuksen myönteisyys, aktiivinen osallistuminen synnytykseen, kivunlievityksen käyttö, synnytysopilliset ja lapsen vointiin liittyvät tekijät). (Nichols & Humenick 2000.)

Useissa kansanvälisessä perhevalmennukseen kohdistuneissa tutkimuksissa valmennus kuvataan aikuisten oppimis- ja opetustilanteeksi. Niissä valmennusta tarkasteellaan osallistujien, toteuttajien, tavoitteiden, sisällön, opetusmenetelmien, järjestelyjen ja tulosten sekä vaikutusten näkökulmasta. (Svensson ym. 2008; Lee & Holroyd 2009; Nolan 2009; Mathew 2011; Lothian 2012; Brady 2013; Stadlander 2013.)

Lapsen odotusvaihe on otollista aikaa muutoksille (Nichols & Humenick 2000). Perhevalmennuksessa tarvittava tieto on koko ajan muutoksessa, ja muutos edellyttää, että perhevalmennuksen toteuttaja uudistaa jatkuvasti vuorovaikutusosaamista, ristiriitojen käsittelytaitoa, neuvottelutaitoa ja perhevalmennuksen toteuttamis- ja järjestämisaikaa.

4.2.3 Dialogiin perustuva perhevalmennus

Perhevalmennus tukee raskaana olevia naisia sopeutumaan lapsen odotukseen liittyviin ja syntymän aikaansaamiin muutoksiin vaikuttamalla asenteisiin, tunteisiin, taitoihin ja kykyyn selviytyä uudessa elämäntilanteessa. Perhevalmennuksen vaikuttavuudesta ovat vakuuttuneita etenkin sellaiset perhevalmennuksen toteuttajat, jotka ovat sitoutuneita työhönsä, solmivat läheisen lyhyt- tai pitkäaikaisen vuorovaikutussuhteen valmennukseen osallistuvien asiakasparien kanssa ja kuuntelevat asiakkaiden palautetta perhevalmennuksesta. Perhevalmennuksen toteuttaja ei aikaansaa näitä muutoksia, vaan ne nousevat dialogiseen vuorovaikutukseen perustuvan perhe- ja synnytysvalmennuksen seurauksena esiin lisääntyneenä ymmärryksenä. (Nolan 1998; 2009; Nolan & Foster 2005.)

Raskaana olevien naisten on havaittu suosivan pienryhmissä toteutettavia perhevalmennustilanteita, joissa he voivat keskustella sekä keskenään että ohjaajansa kanssa (Nolan 2009). Keskusteleva tyyli, avoimet kysymykset, riittävän ajan varaaminen keskusteluun huolenaiheista sekä aktiivinen yhteydenpito (esim. tekstiviestillä) hoitotyön tekijöihin on koettu onnistuneeksi viestinnäksi raskauden aikaisessa hoitotyössä (Raine ym. 2010).

Perhevalmennuksen dynaaminen malli ohjaa pienryhmään osallistujien ja valmennusta toteuttavien väliseen dialogiseen vuoropuheluun. Dialogi auttaa saamaan esille pienryhmään osallistuvien omia ajatuksia ja aikaansaamaan muutoksia osallistujien asenteissa, tunteissa, selviytymisessä ja taidoissa. Dialogisesti etenevä perhevalmennus (antenatal education) vaikuttaa merkittävästi sekä synnytyskokemukseen että vanhemmuudesta selviytymiseen lapsen syntyessä. (Nolan 1998; 2009.)

Dialogi on ikivanha taito. Tietyvästi ei ole yhtään sellaista alkuperäisväestön kulttuuria, jossa ei olisi ollut tapana istua piirissä puhumassa tai kertomassa tarinoita. (Isaacs 1999.) Sana dialogi on lähtöisin kreikkalaisesta sanasta dialogos, jossa logos tarkoittaa sanaa tai sanan merkitystä ja dia merkitsee samaa kuin englannin kielen sana through eli kautta, läpi. Dialogia voidaan käydä usean ihmisen kanssa. (Bohm 1996; 2010.)

Dialogin luonteeseen kuuluu, että keskustelun edetessä aiheen sisältö ja merkitys syvenevät. Dialogissa taitavalla keskustelijalla on kyselevä ja tutkiva ote. Aktiivinen, osallistuva kuuntelu on myös tärkeää. Vuorovaikutuksen tavoitteena on pikemminkin selittää asiaa muille kuin taistella oman näkökulman puolesta. Dialogissa kaikki osallistujat hyötyvät syntyvästä keskustelusta. Onnistunut dialogi vaatii osallistujiltaan avoimuutta ja ennakkoluulottomuutta sekä kykyä kuunnella ilman, että yrittää vakuuttaa toisille omaa tiettyä ideaa tai näkökulmaa. (Bohm 1996; 2010.)

Dialoginen vuoropuhelu muistuttaa ohjauskeskustelua (counselling) (Rinehart ym. 1998), neuvontakeskustelua (Kettunen 2001) ja terveystakeskustelua (Hirvonen ym. 2002). Dialogi on myös läheistä sukua terveystakesvatus- ja terveysneuvontakäsitteille. Ohjauskeskustelun avulla voidaan tukea asiakkaiden päätöksentekoa ja ongelmanratkaisua (Rinehart ym. 1998). Neuvontakeskustelussa valmennuksen toteuttaja auttaa asiakkaita päätöksenteossa ja ongelmien ratkaisussa dialogin keinoin (Kettunen 2001). Terveystakeskustelun aikana esitetyt kysymykset auttavat asiakkaita selkiinnyttämään elämäntilannettaan ja terveyteen liittyviä tekijöitä. Oikein muotoilluilla kysymyksillä voi terveydenedistämistilanteissa saada esille asiakkaiden vahvuuksia ja omia kokemuksia. (Hirvonen ym. 2002.)

Onnistuneessa dialogissa korostuu aitous, avoimuus, empatia, kuuntelu ja vastavuoroisuus (Rinehart ym. 1998; Kettunen 2001). Dialogissa asiakas saa mahdollisuuden puhua ja toimia itse (Hirvonen ym. 2002). Esimerkiksi raskauden aikainen elämäntapojen muutos edellyttää entisten arvojen ja elämäntapojen kyseenalaistamista (mm. Ewles & Simnett 1999; 2010). Dialogi edistää vuorovaikutukseen osallistuvien yksilöllisen tietoisuuden kehittymistä ja mahdollistaa siten elämäntapojen muutoksen (Janhonen 1999). Mönkkösen (2002; 2007) mukaan dialogisessa vuorovaikutuksessa ymmärrys asiakkaan tilanteesta ja tuen tai hoidon tarpeesta rakentuu vuorovaikutuksen kuluessa. Onnistuneessa kohtaamistilanteesta sekä asiakkaan että hoitohenkilökunnan tiedot ja ymmärrys lisääntyvät.

4.2.4 Yhteenveto

Näkemykset perhevalmennuksesta ohjaavat käytännön perhevalmennuksen toteuttamista, perhevalmennuksen kehittämistoimintaa ja tutkimusta.

Edellä kuvatuissa kolmessa mallissa perhevalmennus määritellään terveyden edistämistilanteeksi (Dunkley 2000), ryhmämuotoiseksi oppimistilanteeksi (Nichols & Humenick 2000) tai dynaamisesti eteneväksi dialogiin perustuvaksi pienryhmätilanteeksi (Nolan 1998). Terveyden edistämisen näkökulmasta perhevalmennuksen keskiössä ovat lasta odottavien äitien ja koko perheen terveystakesvatus ja elämäntyyli, sosiaalinen tuki ja voimaantuminen (self-empowerment) raskauden aikana, synnytyksessä ja synnytyksen jälkeen.

Kun perhevalmennusta kuvataan oppimistilanteena, mielenkiinto kohdistuu panoksiin (mm. suositukset, toteuttajan rooli), osallistujiin (yksilö tai ryhmä), sisältöihin (raskaus, synnytys, vanhemmuus), oppimisprosessiin (osallistujien ja ohjaajan välinen vuorovaikutus, opetusmenetelmät) ja lyhyen sekä pitkän aikavälin tuloksiin. Dynaaminen, dialogina etenevä perhevalmennus korostaa vanhempien omia ajatuksia ja pyrkii aikaansaamaan tiedostamista ja siten muutoksia vanhempien asenteissa, tunteissa, selviytymisessä ja taidoissa.

4.3 Perhevalmennus kansainvälisten tutkimusten näkökulmasta

4.3.1 Perhevalmennukseen osallistuminen

Sosiodemografisilla tekijöillä on yhteyttä perhevalmennukseen osallistumiseen ja osallistumattomuuteen. Ensisynnyttäjien perhevalmennukseen osallistumattomuuteen liittyviä tekijöitä ovat työttömyys, ylimääräiset terveystarkastukset, huoli keskenmenosta, alle 35 vuoden ikä, matala koulutustaso ja synnytyspelko. Tutkimukseen osallistui 2 546 ruotsinkielistä naista. (Fabian ym. 2004.) Irlantilaisen tutkimuksen mukaan ensimmäistä lastaan odottavien naisten valmennukseen osallistumattomuus johtuu vuorotyöstä, työnantajan joustamattomuudesta ja puolison osallistumattomuudesta. Irlantilaisten äitien mielestä myös isien tulee osallistua perhevalmennukseen. Tutkimus toteutettiin fokusryhmähaastatteluna ensisynnyttäjille (N=16). (Tighe 2010.) Ruotsalaisten monisyntyttäjien perhevalmennukseen osallistumiseen vaikuttaa vähäinen koulutus, yllätysraskaus, joka oli myöhemmin muuttunut toivotuksi, synnytyspelko sekä synnytyspelkoon liittyvän ohjaustarpeen ilmaiseminen. Tutkimukseen osallistui 2546 naista. (Fabian ym. 2004.) Perhevalmennukseen osallistumattomuuden syyt vauvan ensimmäisen ikävuoden aikana ovat matala koulutustaso, tupakointi raskauden aikana, yllätysraskaus, sairaalahoito ja vastasyntyneen terveysongelmat. Tutkimukseen osallistui 2 440 naista. (Fabian ym. 2006.)

Espanjalaisen tutkimuksen mukaan perhe- ja synnytysvalmennukseen osallistuvat muita useammin vanhemmat, koulutetummat ja paremmin toimeentulevat naiset. Tutkimukseen osallistui 616 ensisynnyttäjää. (Paz-Pascual ym. 2008.) Useiden tutkimusten mukaan nuoret, alle 25-vuotiaat ja vähän koulutetut raskaana olevat naiset osallistuvat perhevalmennukseen harvemmin kuin yli 25-vuotiaat ja korkeasti koulutetut. (Bondas 2002; Cronin 2002; Fabian ym. 2005; Hakulinen-Viitanen ym.; Fabian ym. 2008.) Ensisynnyttäjien perhevalmennukseen osallistumattomuus liittyy kiinnostuksen puutteeseen, sopimattomiin ajankohtiin ja siihen saavatko he perhevalmennuskutsun vai eivät. (Fabian ym. 2005; Hakulinen-Viitanen ym. 2007; Fabian ym. 2008.)

Naiset valmentautuvat raskauteen ja synnytykseen myös itsenäisesti. Esimerkiksi ensimmäistä lastaan odottavat australialaiset vanhemmat valmentautuvat synnytykseen ja vanhemmuuteen keskustelemalla ystäviensä kanssa, katselamalla tai seuraamalla muita raskaana olevia naisia ja oman kokemuksensa avulla (Svensson ym. 2006). Suomessa tehtyyn verkkokyselyyn osallistui 124 perhevalmennuksen keskeyttänyttä tai siihen osallistumatonta vanhempaa. Tulosten perusteella vanhemmat kokivat perhevalmennukseen osallistumisen turhaksi, sillä he hankkivat tiedon raskaudesta, synnytyksestä ja vanhemmuuteen kasvusta muualta, kuten internetistä, kirjoista ja lehdistä. Tutkimukseen osallistuneet olivat hieman keskimääräistä paremmin koulutettuja ja useammin parisuhteessa eläviä kuin Suomessa yleensä. (Raatikainen 2012.)

Perhevalmennukseen osallistumattomuus liittyy sekä ensi- että uudelleen synnyttäjillä myös siihen, ovatko naiset vieraskielisiä (Fabian ym. 2004) tai ei-ruotsia puhuvia (Fabian ym. 2006). Ei-ruotsia puhuvat köyhästä maasta muuttaneet äidit eivät poikenneet neuvolakäyntien suhteen ruotsinkielisistä äideistä, mutta he osallistuivat ruotsinkielisiä äitejä harvemmin raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen toteutettuihin perhevalmennustilaisuuksiin. Tutkimukseen osallistui 300 taustaltaan ei-ruotsinkielistä äitiä, joista 175 oli köyhästä maasta ja 125 rikkaasta maasta Ruotsiin muuttaneita naisia. Naisia verrattiin taustaltaan ruotsinkielisiin naisiin (N=2 761). (Fabian ym. 2008). Suomessa vastaava tutkimusta ei ole tehty.

Kirjallisuuden (Schott & Henleyn 2002; 2005) mukaan maahanmuuttajien perhevalmennukseen osallistumattomuus voi johtua asiakkaiden aikaisemmista negatiivisista kokemuksista, nolatuksi tulemisen pelosta, vaikeiden käsitteiden kuten ”vanhemmuus” käytöstä valmennustilanteissa, vähemmistönä olemisesta (ihonväri, etninen tausta) ja äitiyteen liittyvän tiedon saamisesta oman kulttuurin edustajilta. Saattaa myös olla, etteivät maahanmuuttaja-asiakkaat koe perhevalmennusta tarpeelliseksi eivätkä ohjaajat osaa ottaa huomioon eri kulttuureista tulevien asiakkaiden tapoja, arvoja ja uskomuksia. Osasyynä osallistumattomuuteen saattavat olla myös valmennuksen ajankohdat ja paikat sekä intiimeiksi koetut asiasisällöt.

4.3.2 Perhevalmennustarpeet ja tavoitteet

Eri puolella maailmaa tehdyt kansainväliset tutkimukset tuovat esille perhevalmennustarpeita, jotka liittyvät raskauteen, synnytykseen, vanhemmuuteen ja parisuhteeseen.

Australialaisen tutkimuksen mukaan odottavien äitien ja vanhempien tarpeet raskauden ja synnytyksen aikana sekä synnytyksen jälkeen liittyvät 1) onnistumiseen ja epäonnistumiseen, 2) riskin ottamiseen, 3) tunteiden ”vuoristorataan”, johon liittyy iloa, ahdistusta ja epävarmuutta, 4) tarpeeseen tietää, mikä on ”normaalia”, ja 5) tarpeeseen saada sellaista apua, joka auttaa ”onnistumaan ja toimimaan hyvin” (Svensson ym. 2006).

Turkkilaisen tutkimuksen mukaan valmennuksessa tarjotaan perustietoa raskaudesta, synnytyksestä ja synnytyksen jälkeisestä ajasta (Serçekuş & Mete 2010b). Kanadalaisen tutkimuksen mukaan lasta odottavat vanhemmat haluavat keskustella perhevalmennuksessa monista yhtäaikaisista raskauden ja synnytyksen aikaansaamista muutoksista (Palonemo 2000). Ruotsalaiset naiset haluavat valmennuksesta tietoa synnytyspelkojen lievittämiseksi (Fabian ym. 2004). Kiinassa tehdystä tutkimuksesta nousi esille kokonaisvaltaisen, raskauden suunnitteluvaiheesta vanhemmuuteen asti yltävän perhevalmennuksen tarve. Naiset halusivat saada tietoa lapsen käyttäytymisestä (itkeminen, rauhoittuminen, uni) ja äitiyteen liittyvistä emotionaalisista asioista. Naisia kiinnostavat myös lapsen hoitoon ja imetykseen liittyvät käytännön vinkit (Holroyd, Twinn & Ip 2011). Useiden tutkimusten mukaan raskaana olevat naiset haluavat tietoa etenkin vanhemmuuteen kasvua käsittelevistä aiheista (Steen, Downe & Graham-Kevan 2010; Svensson ym. 2006; Palonemo 2000). Myös sosi-

aalinen tuki ja verkostoitumisen tukeminen ovat perheille tärkeämpiä kuin ammattilaiset osaavat kuvitellakaan (Svensson ym. 2006). Tutkimusten mukaan raskaudenaikainen valmennus lisää vanhemmuuteen liittyvää turvallisuuden tunnetta ja hallinnan tunnetta synnytyksessä (Ahldén ym. 2008), perhevalmennuksessa tulee kiinnittää enemmän huomiota suun terveydenhoitoon (Keirse & Plutzer 2010) ja perhevalmennuksesta halutaan sellaista tietoa, joka tukee päätöksentekoa (Svensson, Barclay & Cooke 2007).

Brittiläisen tutkimuksen mukaan odottavat vanhemmat tarvitsevat valmennusta myös parisuhteeseen. Tämä näkyy siinä, että parisuhdetta käsitellessään valmennukseen osallistuneet pariskunnat miettivät valmennuksen jälkeen, miksi kukaan ei kertonut heille aikaisemmin vanhemmuuden jakamisesta, kuuntelemisen merkityksestä ja oman tilan löytämisestä itselle ja puolisolle. (Steen ym. 2010.) Valmennuksen toivotaan tarjoavan tietoa myös tunteiden hallinnasta ja parisuhdeongelmien käsittelystä. Perhevalmennusta toivotaan toteutettavan niin, että se lisää parisuhteeseen liittyvien riskien ja konfliktien tiedostamista sekä osallistujien mahdollisuuksia ennaltaehkäistä konflikteja. (Tighe 2010.) On myös havaittu, että useimmat pikkulasten äidit Irlannissa ja Australiassa tarvitsevat synnytyksen jälkeisiä ryhmätapaamisia ja niissä mahdollistuvaa vertaistukea (Tighe 2010; Svensson ym. 2006).

Irlantilaiset ensisynnyttäjät kokivat olleensa valmistautumattomia synnytykseen ja äitiyteen. Tutkimukseen osallistuneet naiset järkyttyivät kivun määrästä synnytyksessä ja yllättyivät sairaalassa saadun levon määrän vähäisyydestä. (Cronin 2002.) Brittiläiseen tutkimukseen osallistuneiden synnyttäjien tietoisuus vanhemmuuden tuomista muutoksista oli heikkoa (Deave ym. 2008). Kätilöiden mielestä äidit eivät kykene raskauden aikana arvioimaan niitä muutoksia ja haasteita, joita lapsen syntymä saa aikaan (Wiener & Rogers 2008). Havaintoa tukee toinen tutkimus, jonka mukaan naiset haluavat tietää, mitä tapahtuu raskauden ja synnytyksen aikana, mutta lapsesta ja vanhemmuudesta ei tietoa vielä raskauden aikana välttämättä haluta (Svensson ym. 2007). Suomalaisen tutkijaryhmän mukaan neuvoloissa asioivat naiset toivovat terveydenhuollon ammattilaisilta, että heillä olisi enemmän aikaa keskustella ja antaa ohjeita vanhemmille. Lisäksi toivotaan, että neuvolassa otettaisiin paremmin huomioon isät ja parisuhde sekä käsiteltäisiin rohkeammin myös yllättäviä tai negatiivisia asioita, kuten lapsen mahdollista vammautumista tai hätäsektiota. (Ryttyläinen ym. 2007.)

4.3.3 Perhevalmennuksen toteuttamismenetelmät

Raskaana olevat naiset suosivat pienryhmissä toteutettavia valmennustilanteita, joissa osallistujat voivat keskustella keskenään ja ohjaajien kanssa (Nolan 2009). Turkkilaiset ensisynnyttäjät ovat tyytyväisempiä ryhmässä tapahtuvaan kuin yksilölliseen valmennukseen. Ryhmämuotoinen perhevalmennus on myös taloudellisesti edullisempi tapa valmentaa kuin yksilöohjaus. (Serçekuş & Mete 2010b.)

Australiassa valmennukseen osallistujat ovat usein pettyneitä valmennuksen sisältöön, valmennuksen aikatauluihin sekä siihen, että valmentamisen

teemat jaetaan perinteisesti raskausviikoittain. Valmennukseen osallistuneet naiset eivät ole myöskään tyytyväisiä saamiinsa terveystietoihin eivätkä mahdollisuuteensa osallistua oppimisprosessiin valmennuksen aikana. (Holroyd ym. 2011.) Valmennukseen osallistuvien irlantilaisten mielestä perhevalmennuksen aikataulujen ja aiheiden on oltava mahdollisimman joustavia (Tighe 2010).

Espanjalaisen tutkimuksen mukaan perhevalmennuksessa on otettava huomioon ryhmien ja yksittäisten osallistujien terveyteen liittyvät tarpeet (Artieta-Pinedo ym. 2010). Australialaisten ensimmäistä lastaan odottavien vanhempien mielestä yksi ja sama valmennus ei sovi kaikille (Svensson ym. 2008). Valmennuksen osallistuvat australialaiset naiset toivoivat sisällöltään paremmin raskaana olevien naisten tarpeita vastaavaa valmennusta, jossa otetaan entistä paremmin huomioon naisen ikä ja kokemus synnyttäjänä. Myös käytännön harjoituksia (mm. rentoutuminen, hengitysharjoitukset, lapsen hoito jne.) toivotaan enenemän. (Holroyd ym. 2011.)

Australialaiset tutkijat kuvaavat erilaisia valmennusstrategioita seuraavasti: 1) yksityiskohtien kuuleminen ja kysymysten esittäminen, 2) oppiminen ja keskustelu sekä 3) jakaminen ja toistensa auttaminen. He esittävät tutkimuksessaan seuraavanlaisen valmennusohjelmaehdotuksen: kysytään kuulumiset ja kohdennetaan kuulijoiden huomio valmennusaiheisiin, kysytään kokemuksia, harjoitellaan asioita ja tehdään tärkeitä asioita näkyväksi luennon avulla. (Svensson ym. 2008.) Raskaana oleviin australialaisiin naisiin kohdistuneen tutkimuksen mukaan perhevalmennus ei millään voi tuottaa kaikkea sitä tietoa, jota äidit tarvitsevat raskaudesta, synnytyksestä ja vanhemmuudesta. Etenkin ajanpuute saa aikaan sen, että perhevalmennusmenetelmäksi usein valitaan tiedon siirtäminen. Koska aikaa on vähän, perhevalmennus keskittyy raskauteen ja synnytykseen. (Renkert & Nutbeam 2001.) Australialaisen tutkimuksen mukaan aikuiskoulutuksen periaatteita noudattava sukupuolen mukainen valmennus, jossa keskustellaan ja joka vastaa osallistujien tarpeisiin, lisää ensisynnyttäjien tyytyväisyyttä synnytykseen (Schmied ym. 2002).

Australialaisen tutkimuksen mukaan valmennuksen toteuttajien vuorovaikutustaidot ja esiintymistaidot sekä se, että osallistujilla on mahdollisuus lähestyä ja esittää heille kysymyksiä, ovat perhevalmennuksen osallistujille tärkeitä (Holroyd ym. 2011). Tutkijaryhmän Svensson ym. (2008) mukaan perhevalmennuksen tarkoitusta, ajoitusta, rakennetta ja koko prosessia tulee kehittää niin, että se vastaa entistä paremmin osallistujien tarpeita. Myöskään miesten roolia valmennuksessa ei pidä enää nähdä avustavana vaan aktiivisena raskauteen ja synnytykseen sekä lapsen hoitoon osallistuvana. Palonemon (2000) tutkimuksessa kanadalaiset isoäidit osoittautuivat kokemustensa vuoksi tärkeäksi voimavaraksi perhevalmennusryhmissä.

Perhevalmennukseen osallistujien irlantilaisten vanhempien mielestä on tärkeää, että valmennusta markkinoidaan tehokkaasti (Tighe 2010). Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan perhevalmennusta eniten tarvitsevien saavuttaminen on tärkeää (Ahldén ym. 2008).

4.3.4 Perhevalmennuksen vaikuttavuus

Ruotsalaisen tutkimukseen osallistuneista ensisynnyttäjäistä 74 % (N=2 440) koki perhevalmennuksesta olleen hyötyä synnytyksessä. 40 % tutkimukseen osallistuneista koki hyötynensä perhevalmennuksesta vanhemmuuteen valmistautumisessa. Vuosi synnytyksen jälkeen 58 % oli tavannut ryhmäläisiään. (Fabian ym. 2005.) Valmennuksen on havaittu lisäävän ruotsalaisten vanhempien vanhemmuuteen liittyvää turvallisuuden tunnetta ja tukevan orientoitumista synnytykseen (Ahldén ym. 2012). Ne ruotsalaiset naiset, jotka olivat saaneet luonnonmukaista synnytysvalmennusta, psykoprofylaksiaa (hengitys- ja rentoutusharjoituksia), käyttivät enemmän psykoprofylaksiaa synnytyksen aikana kuin kontrolliryhmän naiset, jotka eivät saaneet luonnonmukaista synnytysvalmennusta. Tutkimukseen osallistui 1 087 ensisynnyttäjää ja 1 064 puolisoa. (Bergström ym. 2009.)

Turkkilaiseen tutkimukseen osallistuneiden ensisynnyttäjien (N=120) mielestä perhevalmennus vaikuttaa positiivisesti raskauteen, synnytykseen, imetykseen, äitiyteen ja lastenhoitoon. Valmennuksen koettiin auttavan sopeutumaan raskauden aikaansaamiin muutoksiin ja vaikuttavan sekä positiivisesti että negatiivisesti synnytyspelkoon (Serçekuş & Mete 2010a).

Perhevalmennus lisää myös äitien tietoja myös vastasyntyneen hoidosta. Äidit hyötyvät saamastaan tiedosta äitiyden varhaisvaiheessa. Tiedon lisääntyminen saattaa auttaa vähentämään lasten sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Perhevalmennus tehoaa eniten niihin naisiin, joilla on heikko koulutustausta. Lyhyt raskauden aikainen perhevalmennus vaikuttaa tehokkaalta keinolta lisätä äitien tietoa vastasyntyneen hoidosta. Tutkimukseen osallistui 101 naista (keski-ikä = 26,3 vuotta). Heistä suurin osa (53 %) oli ensisynnyttäjiä (Weiner ym. 2011).

Lasta odottavat naiset saavat paljon tietoa neuvolan toteuttaman perhevalmennuksen lisäksi myös puolisoltaan, sukulaisiltaan tai ystäviltään sekä omalta äidiltään (McKellar ym. 2006). Toisaalta perhevalmennuksen on havaittu lisäävän mahdollisuutta keskustella myös neuvolan ja synnytysairaalan henkilökunnan kanssa (Nolan 2009).

Terveyden edistämisen raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen on todettu lisäävän imetyksen aloittamista ja pidentävän täysimetyksen kestoa (Di Mario ym. 2005). Tehostettua imetysohjausta saaneet raskaana olevat naiset (N=90) ilmaisivat haluavansa imettää vauvojaan pidempään kuin perinteistä valmennusta saaneet naiset (Nichols ym. 2009). Synnytyksen jälkeinen imetysohjaus on tutkimuksen mukaan jonkin verran tehokkaampaa kuin raskauden aikainen imetysohjaus. Imetysohjauksen synnytysairaalassa ja synnytyksen jälkeisen imetykseen annetun tuen on havaittu vaikuttavan merkittävästi täysimetykseen vielä kuusi kuukautta synnytyksen jälkeenkin. (Su ym. 2007.) Perhevalmennuksessa käyneiden naisten tietojen lisääntymisen ei ole havaittu vähentävän naisten huolestuneisuutta eikä lisäävän naisten luottamusta omiin kykyihinsä imettää (Craig & Dietsch 2010). Suurimmat imetysohjauksen ongelmat liittyvät ohjaajien tietojen ja resurssien puutteeseen, ohjaustaitojen puutteeseen ja ohjaajien kielteiseen imetysasenteeseen (Laanterä 2011). Peruskouluissa ja lukioissa to-

teutettava teiniäitien valmennus vähentää pienipainoisten vastasyntyneiden määrää ja koulun keskeyttämisprosentteja (Meadows ym. 2000).

Luonnonmukaisen synnytysvalmennuksen, joka sisältää hengitys- ja rentoutumisharjoituksia, ei ole todettu vähentävän epiduraalipuudutusten käyttöä eikä äitien ja isien kokemaan stressiä vanhemmuuden varhaisvaiheessa (Bergerström ym. 2009). Yksilöllisen perhevalmennuksen, jonka tavoitteena on välttää toistuvia keisarileikkauksia, ei ole havaittu lisäävän alatiesynnytysten määrää keisarileikkausten jälkeen (Gagnon & Sandall 2007).

Selviytymisstrategiamallin (CSE) soveltamisen perhevalmennuksessa on todettu auttavan naisia käyttämään synnytyksessä paremmin omia selviytymiskeinojaan kuin perinteisen valmennuksen. Vaikutukset synnytyskokemukseen ja synnytyskipuun ovat samanlaiset. Tutkimukseen osallistui 33 raskaana olevaa naista ja 20 ensisynnyttäjää. (Escott ym. 2005.)

Australiassa kehitettiin perhevalmennusohjelma, jossa korostettiin vanhemmuutta käsitteleviä aiheita. Ohjelma lisäsi äitien osaamista ja vanhemmuuteen liittyviä tietoja, miesten kiinnostusta sikiöön, lapsen kasvuun ja kehitykseen sekä synnytykseen fyysisenä prosessina. (Svensson ym. 2006.) Vaikka ensimmäistä lastaan odottavien brittiläisten naisten puoliset eivät osallistuisikaan raskauden aikaisiin neuvolakäynteihin, haluavat he lisää tietoa vanhemmuudesta, etenkin vanhemmuuden varhaisvaiheesta, lapsen hoidosta ja parisuhteesta sekä isien roolista perhevalmennuksessa. On myös havaittu, että puolison osallistuminen raskaana olevan naisen terveysneuvontatilanteeseen vaikuttaa lasta odottavien naisten terveyskäyttäytymiseen. (Deave & Johnson 2008.) Nepalilaiset naiset, jotka osallistuivat miestensä kanssa ohjaustilanteeseen, osallistuivat paremmin myös synnytysvalmennukseen ja jälkitarkastukseen kuin sellaiset naiset, jotka olivat osallistuneet ohjaustilanteeseen yksin (Mullany ym. 2007). Australiassa sekä miehet että naiset keskustelevat vapautuneemmin oman sukupuolensa mukaisissa perhevalmennusryhmissä. Miesten vetämät valmennukset tarjoavat yhden mahdollisuuden lisätä miesten osallistumista valmennustilanteisiin. Lisää tietoa tarvitaan mieskouluttajan toteuttaman perhevalmennuksen vaikuttavuudesta. (Symon & Lee 2003.) Miesryhmät jäivät Friedewaldin (2007) tutkimuksen jälkeen integroiduksi osaksi raskauden aikaista hoitoa. Terveydenhuoltohenkilöstö on avainasemassa isien oikeanlaisessa valmentamisessa (Deave & Johnson 2008).

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, jossa vertailtiin angloamerikkalaisia ja afroamerikkalaisia ryhmämuotoiseen perhevalmennukseen osallistuneita raskaana olevia naisia, havaittiin, että perhevalmennusryhmään osallistuneilla oli pienempi mahdollisuus synnyttää ennenaikaisesti kuin standardia hoitoa saaneilla. Perhevalmennuksen vaikutukset lisääntyivät etenkin afroamerikkalaisten kohdalla. Perhevalmennukseen osallistuneilla naisilla oli pienempi riski saada suboptimaalista raskauden aikaista hoitoa, heillä oli merkittävästi paremmat raskauden aikaiset tiedot, he olivat paremmin valmistautuneet synnytykseen ja he olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Myös imetyksen käynnistämisluvut olivat ryhmään osallistuneilla huomattavasti paremmat kuin ryhmän ulkopuolisilla naisilla. Ryhmien välillä ei ollut eroja suhteessa lapsen

syntymäpainoon, raskauden aikaiseen hoitoon eikä synnytykseen. Ryhmämuotoinen perhevalmennus johtaa ilman lisäkustannuksia jopa parempiin synnytystuloksiin. (Ickovics ym. 2007.)

Somaliasta Suomeen muuttaneet naiset ovat tottuneet valmentautumaan synnytykseen perinteisin keinoin. Perinteistä synnytykseen valmistautumista on kuvattu kotiympäristön valmistamisena, puhtaudesta huolehtimisena, kynsien leikkauksena, genitaalialueen ihokarvojen poistamisena ja hennauksena (Hassinen-Ali-Azzani 2002). Perhevalmennusta tulee tarjota etenkin alhaisen sosioekonomisen taustan perheille (Fabian ym. 2004), joihin myös Suomessa asuvat somalinaiset kuuluvat.

Perhevalmennuksen keinoin voidaan lisätä länsimaissa asuvien somalinaisten tietoja raskauden aikaisten terveystarkastusten merkityksestä, synnytyksen kulusta, kivun lievittämisestä synnytyksessä, hoitotyöstä synnytyssairaaloissa sekä tulkin käytöstä. Somalinaisten mielestä perhevalmennus on heille tärkeää, koska se antaa mahdollisuuden keskustella synnytyskokemuksesta, synnytyskipujen lievittämisestä, tulkauksesta sairaalassa sekä hoitohenkilökunnan roolista synnytyksen aikana ja sen jälkeen. Etenkin keskustelu, videot, kirjallinen terveyskasvatusaineisto ja tutustumiskäynnit synnytyssairaalaan ovat somalinaisten mielestä heille sopivia terveydenedistämiskeinoja. (Herrel ym. 2004.)

Perhevalmennus auttaa etenkin ensisynnyttäjiä valmentautumaan synnytykseen. Perhevalmennuksen ei ole havaittu vaikuttavan ensimmäistä lastaan odottavien naisten synnytyskokemukseen tai vanhemmuuteen, mutta se laajentaa vanhempien sosiaalista verkostoa heidän tutustuessaan muihin lapsiperheisiin. (Fabian ym. 2004.) Perhevalmennukseen osallistuneilla on havaittu muita enemmän epiduraalipuudutuksia (Fabian ym. 2005). Perhevalmennukseen varatun ajan puutteen takia valmennus ei kehitä naisten raskauteen ja synnytykseen liittyviä päätöksenteko- ja käytännön taitoja (Renkert & Nutbeam 2001). Valmennuksen ei ole havaittu vaikuttavan muistoihin synnytyskivuista, synnytyksikäytänteisiin, synnytyskokemukseen, imetyksen pituuteen ja vanhemmuuden taitoihin (Fabian ym. 2005) eikä synnytysprosessiin (Artieta-Pinedo ym. 2010).

Perhevalmennuksen ei ole havaittu vaikuttavan merkittävästi vanhempien sopeutumiseen synnytyksen jälkeiseen aikaan (Serçekuş & Mete 2010a). Toisaalta tutkijaryhmä Artieta-Pinedon ym. (2010) mukaan naiset, jotka osallistuvat valmennukseen, olivat vähemmän huolestuneita kuin naiset, jotka eivät osallistunut valmennukseen. Näyttöä perhevalmennuksen vaikuttavuudesta ei ole riittävästi olemassa (De Mario 2005 ym). Imetykseen valmentaminen raskauden aikana lisää raskaana olevien naisten tietoja imetyksen hyödyistä (Craig & Dietsch 2010). Perhevalmennuksen, jonka tavoitteena on ollut välttää keisarileikkauksia, ei ole havaittu lisäävän alatiesynnytysten määrää edellisten keisarileikkausten jälkeen (Di Mario ym. 2005).

Yhteenvetona voidaan sanoa, että perhevalmennuksen vaikutuksista asiakkaiden tietoihin, pelkoihin, kykyyn selviytyä, hallinnantunteeseen, kipuihin, tukeen, imetykseen, lastenhoitotaitoihin sekä psykologisiin ja sosiaalisiin toi-

mintoihin ei ole vielä riittävästi tutkimusnäyttöä (Di Mario ym. 2005). Perhevalmennuksen vaikutuksista synnytykseen ja vanhemmuuteen tai synnytykseen ja rentoutumiseen ei ole myöskään riittävästi tutkimusnäyttöä (Gagnon & Sandall 2007.) Riittävästi näyttöä ei ole myöskään siitä, miten synnytyksen jälkeinen valmennus vaikuttaa lasten terveyteen ja vanhempi-lapsisuhteeseen (Bryanton & Beck 2010). Perhevalmennuksen on todettu vaikuttavan sosiaalisen verkoston laajentumiseen ja vertaistuen mahdollistumiseen (Fabian ym. 2005; Artieta-Pinedo ym. 2010). Isän osallistumisen ja tuen on havaittu edistävän tulevan äidin pystyvyyden tunnetta (self-efficacy) (WHO 2007; Hawkins ym. 2008). Isän läsnäolo vauvan syntymän jälkeen edistää lapsen tervettä kasvua ja kehitystä (Sakardi ym. 2007). Perhevalmennuksen vaikuttavuudesta tarvitaan lisää tutkimustietoa (Nolan 1998; Nolan & Foster 2005; Gagnon & Sandall 2007; Ahldén ym. 2008). Toisaalta perhevalmennuksen kompleksisuuden vuoksi sen vaikutuksen arvioiminen on vaikeaa (Artieta-Pinedo ym. 2010).

4.3.5 Perhevalmennuksen kehittämishaasteet ja kehittäminen

Perhevalmennukseen liittyy monenlaisia kehittämishaasteita. Tällaisia ovat muun muassa valmennuksen sisältö, opetusmenetelmät, valmennuksen toteuttajien toimintatavat, kuten yhteistyö muiden palveluiden tuottajien kanssa, ja valmennukseen käytetty aika (Romano 2007; Fabian ym. 2005; Svensson ym. 2007; Wiener & Rogers 2008).

Perinteiset raskauden loppuun ajoittuvat valmennustilaisuudet eivät vastaa enää nykyperheiden tarpeita. Tiedetään myös, että perhevalmennuksen toteuttajien valitsemat aihealueet ovat usein sellaisia, joita vanhemmat eivät itse valitsisi. Yksi mahdollisuus olisi tarjota vanhemmille perhevalmennuksesta niin sanottua ”ruokalistaa”, jolta valmennettavat voisivat valita sopivimmat ja tarpeellisimmat vaihtoehdot itselleen. (Svensson ym. 2007.)

Kätilöt ja synnytyslääkärit painottivat perhevalmennuksessa pedagogista lisäkoulutusta ohjaajille (Ahldén ym. 2008). Kätilöt halusivat lisäkoulutusta etenkin ryhmänohjaustaidoissa. Jos kätilöt saavat koulutusta interaktiivisen, osallistavan perhevalmennuksen toteuttamiseen, niin he saavat paremmin osallistujia suuntaamaan ajatuksiaan myös synnytyksen jälkeisiin aihealueisiin (Wiener & Rogers 2008).

Perhevalmennusohjelmia on arvioitava jatkuvasti. Arvioinnin avulla voidaan varmistaa, että perhevalmennus vastaa osallistujien tarpeisiin ja odotuksiin (Holroyd ym. 2011). Perhevalmennusta tulee kehittää niin, että sen avulla voidaan lisätä raskaana olevien naisten terveydenlukupaitaitoa (Renkert & Nutbeam 2001). Raskauden aikaisten neuvolakäyntien aikana voidaan kiinnittää erityistä huomiota perhevalmennukseen osallistumattomiin naisiin. Tällöin on mahdollista kehittää valmennusta myös heidän tarpeittensa pohjalta. (Fabian ym. 2006.)

Synnytyssuunnitelma lisää tietoisuutta vaaran merkeistä ja tukee valmistautumista mahdollisiin hätätilanteisiin, vähentää hoitoon hakeutumisen viivettä ja parantaa perheen sisäistä kommunikaatiota sekä asiakkaiden ja henkilökunnan välistä vuorovaikutussuhdetta. Synnytyssuunnitelma edistää naisten

itsemääräämisoikeutta ja hallinnan tunnetta. Synnytyssuunnitelman uskotaan vähentävän sekä äiti- että perinataalikuolleisuutta. (Di Marion ym. 2005.)

Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan vähän koulutetuilla ja ei- ruotsia puhuvilla naisilla oli depression oireita, vanhemmuuteen liittyvää stressiä ja heikko terveys alkuraskaudesta äitiyden varhaisvaiheeseen (5 kk synnytyksen jälkeen). Naiset tavoitetaan äitiyshuollossa, mutta he eivät tiedä tai osaa odottaa, että äitiyshuollosta saa myös psyykkistä tukea. Perhevalmennusta tulee kehittää myös vähän koulutettujen ja ei- ruotsia puhuvien naisten tarpeita vastaavaksi, koska heidän perhevalmennustarpeensa ovat erilaiset kuin ruotsalaisten naisten. (Fabian ym. 2004.)

Yhdysvalloissa asuvilla somalipakolaisilla on havaittu heikko terveyden lukutaito ja vähäinen pyrkimys hakea itse raskauteen liittyvää tietoa. Somaliasiakkaiden perhevalmennukseen soveltuu kulttuurin mukainen, somalinkielinen terveydenedistämisvideo. (Stefano ym. 2010.) Kiinalaisen tutkimuksen mukaan raskaana olevat naiset arvostavat kulttuurin mukaisia hoitokäytänteitä ja kiinalaisen lääketieteen mukaista raskauden ja synnytyksen jälkeisen ajan taitotietoa (Holroyd ym. 2011).

Kansainväliset tutkijaryhmät ovat kehittäneet eri puolilla maailmaa uudenlaisia perhevalmennusmalleja. Australiassa Svensson ym. (2007) kehittivät uuden perhevalmennusohjelman, jonka nimeksi annettiin Having Baby. Ohjelman testaamiseen rekrytoitiin 248 sairaalassa synnyttävää englantia puhuvaa naista. Ryhmä jaettiin koe- ja kontrolliryhmiksi. Uusi ohjelma erosi sisällöltään ja menetelmiltään perinteisestä valmennusohjelmasta. Molempiin ryhmiin kuuluvien naisten osaamisen tunnetta, huolestuneisuutta lapsesta ja tietoja arvioitiin ennen valmennusta ja valmennuksen jälkeen. Uuden perhevalmennuksen havaittiin vähentävän lasta odottavien vanhempien stressiä sekä lisäävän vanhempien tietoja ja osaamisen tunnetta. Tutkimuksen mukaan perhevalmennuksen toteuttajat pyrkivät tiedostamattaan kontrolloimaan perhevalmennustilanteita. Tämä näkyy siinä, etteivät he kysele riittävästi valmennukseen osallistujien omia mielipiteitä perhevalmennuksen toteuttamisesta. Myös koordinaatio muiden palvelujen tuottajien kanssa on puutteellista. Perhevalmennuksen toteuttajien on usein vaikea muuttaa omia toimintatapojaan. Haluttomuutta muutokseen selitetään usein ajan puutteella. Hoitohenkilökunnan muutoshalukkuuteen voidaan vaikuttaa perus- ja lisäkoulutuksen avulla.

Australialainen tutkijaryhmä Hegarty ym. (2006) kehittivät raskaana oleville naisille uuden valmennusohjelman, joka lisäsi valmennukseen osallistuneiden naisten ja ohjaajien välistä kommunikointia. Ennen ohjelman testaamista lääkäreitä ja kätilöitä koulutettiin toteuttamaan uutta ohjelmaa. Kehittämistyöhön osallistuneet naiset raportoivat valmennuksen jälkeen, että kätilöt olivat koulutuksen aikana esittäneet sellaisia kysymyksiä, jotka ohjasivat ja rohkaisivat heitä keskustelemaan parisuhteesta, seksuaalisuudesta, stressistä ja psyykkisistä ongelmista.

Tutkijaryhmä Weiner ym. (2011) kehittivät raskaana oleville vietnamilaisille äideille 10 minuutin interaktiivisen koulutuksen vastasyntyneen hoidosta. Tutkimukseen osallistui 101 naista, josta 53 % oli ensisynnyttäjiä. Osallistujien

tietoja arvioitiin ennen ja jälkeen koulutuksen. Koulutus lisäsi osallistujien tietoa lapsen hoidosta.

Australiassa, jossa noin kolmasosa pakolaisnaisista on 12–44-vuotiaita, on tutkittu useiden eri menetelmien avulla äitiyshuollossa asioivien pakolaisnaisten taustoja sekä kehitetty äitiyshuoltoon pakolaisnaisten hoitoon toimintamalli, jossa korostetaan hoidon jatkuvuutta, riittäviä tulkkipalveluita, valmennusta pakolaisnaisille ja täydennyskoulutusta terveydenhuollon ammattilaisille sekä pakolaisnaisten psykososiaalista tukea. Hoitotyöntekijät tarvitsevat täydennyskoulutusta, jonka tavoitteena oli lisätä heidän osaamistaan reagoida pakolaisten tarpeisiin. (Correa-Vele & Ryan 2012.)

Lasta odottavat naiset hakevat raskauteen ja synnytykseen liittyvää tietoa myös muualta kuin perhevalmennuksesta (Larsson 2005; Romano 2007). Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan internetistä haetaan tietoa etenkin raskaudesta, synnytyksestä ja lapsen odotuksesta (Larsson 2005). Samanaikaisesti perhevalmennukseen osallistuminen on vähentynyt 70 %:sta 56 %:iin. Internetiä voidaan käyttää hyödyksi myös perhevalmennuksessa. Internetin sisältöjä voidaan kehittää näyttöön perustuvaksi. Internetiin voidaan lisätä myös erilaisia hoitosuosituksia, joita naiset voivat itsenäisesti tutkia. (Romano 2007.) Perhevalmennusta on kehitetty myös simulaation avulla. Simulointi on todellisen perhevalmennuksen jäljittelyä, ja se on tehokas tapaa opettaa terveydenhuollon ammattilaisia, mutta myös perhevalmennukseen osallistuvia vanhempia. (Mathew 2011.)

Edellä mainitut tutkimukset ja kehittämishankkeet antavat viitteitä perhevalmennusohjelmien kehittämistarpeesta ja kannustavat kehittämään perhevalmennusta myös Suomessa asuville somalinaisille ja -perheille.

4.4 Suomalaisen perhevalmennuksen kehittämistrendejä

4.4.1 Perhevalmennukseen osallistuminen

Syntymä on yksi merkittävimmistä tapahtumista ihmisten elämässä, ja vanhemmuus vaikuttaa koko elämään. Tätä taustaa vasten on helppo ymmärtää, miksi vanhemmat, sekä miehet että naiset, haluavat osallistua perhevalmennukseen. (Ahldén ym. 2008.)

1990-luvun alussa lasta odottavat äidit osallistuivat Suomessa keskimäärin kuusi ja isät viisi kertaa neuvolan järjestämään perhevalmennukseen (Vehviläinen-Julkunen ym. 1995). 2000-luvulla ensisynnyttäjien raskauden aikaiseen perhevalmennukseen kuuluu neljästä kuuteen tapaamiskertaa (Hakulinen-Viitanen ym. 2008).

1990-luvun lopulla perhevalmennukseen osallistuivat Suomessa lähes kaikki ensisynnyttäjät (91 %) ja uudelleensynnyttäjistä 68 % (Sihvo & Koponen 1998). 2000-luvulla perhevalmennus tavoittaa lähes kaikki ensimmäistä lastaan odottavat suomalaiset naiset ja heidän puolisonsa (Hakulinen-Viitanen ym. 2005; STM 2008; Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013). Ruotsissa perhevalmen-

nus saavuttaa miltei kaikki ruotsalaiset naiset. Ensisynnyttäjistä 93 % ja monisynnyttäjistä 81 % osallistui perhevalmennukseen. 7 % ensisynnyttäjistä ei osallistunut valmennukseen (Fabian 2004; Fabian ym. 2006).

Suomessa perhevalmennus on osa vapaaehtoisia ja maksuttomia äitiys- ja lastenneuvolapalveluja (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Uusimmassa äitiysneuvolaoppaassa suositellaan perhevalmennuksen järjestämistä ensisynnyttäjille sekä uudelleensynnyttäjille, joiden perheissä on erityistuen tarvetta sekä uusperheen ja maahanmuuttajaperheen vanhemmille (Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013).

Suomessa perhevalmennukseen osallistuu keskimäärin hyvin koulutettuja ja hieman useammin parisuhteessa eläviä kuin niitä, jotka eivät elä parisuhteessa. Perhevalmennukseen osallistumiseen tai valmennuksen keskeyttämiseen vaikuttavat valmennuksen sisältö, ryhmän ilmapiiri, kokemus perhevalmennuksen merkityksestä, muutto paikkakunnalta toiselle tai neuvolan vaihto tai perhevalmennuksen markkinoinnin unohtaminen. Valmennukseen ei voi osallistua myöskään silloin, jos tilaisuuksia ole kunnissa tarjolla (Raatikainen 2012). Tiedetään myös, että alle 18-vuotiaat suomalaisnuoret kokivat perhevalmennuksen hyödyttömänä eivätkä olleet valmiita osallistumaan siihen (Hirvonen 2000). Suomalaista tutkimustietoa siitä, miten paljon maahanmuuttajaväestö, esimerkiksi somalalaiset ja -perheet, osallistuvat perhevalmennukseen, ei ole saatavilla.

4.4.2 Suomalaisen perhevalmennuksen kehittämistarpeista

Perhevalmennusta koskevaa tutkimusta on Suomessa tehty yli 20 vuotta. Vuonna 1989 valmennukseen osallistuneet äidit arvioivat valmennustilanteita liian pinnallisiksi, teoreettisiksi, vanhanaikaisiksi ja ongelmakeskeisiksi (Rautava 1989).

1990-luvun puolessavälissä osa suomalaisista äideistä ja isistä toivoi perhevalmennuksen tarjoavan tietoa synnytyksestä, lapsesta ja perheen muutoksista sekä auttavan synnytyspelkojen ja ennakkoluulojen poistamisessa ja mahdollistavan muiden perheiden tapaamista ja itseluottamuksen lisääntymisen. Tärkeimpiä perhevalmennuksen aihealueita olivat tuolloin raskaus, synnytys ja vauvan hoito. Valmennuksessa toivottiin käsiteltävän myös raskauteen liittyviä ongelmia ja masennusta. (Vehviläinen-Julkunen ym. 1995.)

Kymmenen vuotta myöhemmin valmennukseen osallistuneet miehet toivoivat, että perhevalmennuksessa keskityttäisiin myös synnytyksen vaikeimpien vaiheiden käsittelyyn ja siihen, miten mies voi auttaa ja tukea puolisoaan synnytyksen aikana (Vallimies-Patomäki 1998). Miesten mielestä valmennuksessa saatu tieto oli ristiriidassa sairaalan käytäntöjen kanssa (Kaila-Behm 1997; Vallimies-Patomäki 1998). Perhevalmennusta kritisoitiin myös liian koulumaisiksi tilanteiksi, joissa toistettiin ennestään tuttuja asioita. Tilaisuudet olivat ohjaajakeskeisiä, eikä niissä ollut mahdollista keskustella. Perhevalmennuksessa saatua tietoa ei aina ole myöskään mahdollista hyödyntää synnytyksessä (Vallimies-Patomäki 1998).

2000-luvun alussa suomalaisessa perhevalmennuksessa käsiteltiin synnytystä (synnytyksen kulku, kivun lievitys, poikkeava synnytys), vastasyntyneen hoitoa ja imetystä, parisuhdetta ja vanhemmuutta (vanhempien jaksaminen). Eniten huomioitiin äidin ja lapsen hyvinvointia. Naisten pelkoja ja masennusta käsiteltiin vähän. Isän hyvinvointia ja perheen lasten asioita huomioitiin myös niukasti. (Mikkanen 2000.) Tuolloin naiset kokivat tietävänsä liian vähän vanhemmuudesta, imetyksestä, vauvan hoidosta ja vauvaperheen elämästä. Naiset halusivat puolisoiden ottavan osaa valmennukseen. Heillä oli myös tarve jakaa kokemuksia vertaisten kanssa sekä olla avuksi muille samassa tilanteessa oleville. Naiset halusivat tietoa heidän ymmärtämillään termeillä. (Bondas 2002.) Synnytykseen valmentamista arvioitiin jälleen kerran teoreettiseksi ja vanha-aikaiseksi (Paavilainen 2003). 2000-luvun alun tutkimuksissa korostettiin, että perhevalmennuksen suunnittelussa on otettava entistä paremmin huomioon osallistujien tiedon ja tuen tarpeet (Ahonen 2001; Heimo 2002). Tutkimusten mukaan perhevalmennusta toteutettiin 2000-luvun alussa ja vielä puolessavälissäkin luentomaisesti ja liian suurissa ryhmissä (Mikkanen 2000; Paavilainen 2003; Mesiäislehto-Soukka 2005). Valmennustilanteet olivat vieläkin liian ohjajakokeskeisiä, ja niistä puuttui keskustelumahdollisuus (Mikkanen 2000; Ahonen 2001; Piensoho 2001; Bondas 2002, Heimo 2002, Melender 2002, Mesiäislehto-Soukka 2005).

2000-luvun puolessavälissä perhevalmennusta on tutkittu osana neuvolapalveluita. Ensimmäisen neuvolatoimintaa koskeneen selvityksen mukaan perhevalmennus oli vuonna 2005 vakiintunut toimintamuoto neuvoloissa ja sen sisällöt olivat monipuolistuneet. Muut vanhempainryhmät olivat tuolloin melko harvinaisia. Perhevalmennuksessa käsiteltiin yleisimmin vauvan hoitoa ja imetystä, isän roolia, parisuhdetta ja seksuaalisuutta. Vajaassa puolessa perhevalmennuksista käsiteltiin myös seuraavia aiheita: perhe-etuudet ja lapsiperheiden palvelut. Perhevalmennukset eivät eronneet lääneittäin tarkasteltuna toisistaan. Perhevalmennuksen opetusmenetelminä käytettiin keskustelua, alustuksia, luentoja, ryhmätöitä ja videon näyttämistä sekä tutustumista synnytys-sairaalaan. Valmennukseen kutsuttiin asiantuntijoiksi vauvaperheitä ja Mannerheimin Lastensuojeluliiton edustajia. (STM 2005.) Ryttyläisen (2005) tutkimuksen mukaan perhevalmennuksesta saatu tieto lisäsi perhevalmennukseen osallistuneiden naisten turvallisuuden ja hallinnan tunnetta, koska saamansa tiedon avulla naiset ymmärsivät paremmin erilaisten tapahtumien syitä ja tarkoituksia.

2000-luvun puolenvälin jälkeen suomalaisen perhevalmennuksen tärkeimpiä aihealueita olivat raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika. Perhevalmennuksessa saadut kokemukset eivät vastanneet synnyttäneiden naisten odotuksia. Perhevalmennuksessa käsiteltiin naisten mielestä riittävästi normaalin raskauden kulkua ja riittämättömästi sairaan lapsen syntymän mahdollisuutta, poikkeavaa synnytystä ja synnytyksestä toipumista. Odotuksiin nähden parhaiten perhevalmennuksessa toteutui terveyden ja elintapojen sekä puolisoiden välisen suhteen käsittely. Vähiten käsitelty aihe oli sisarusten valmentaminen. Tutkimukseen osallistuneet heikommassa asemassa olevat äidit eivät odotta-

neet hoidon saatavuudelta ja jatkuvuudelta yhtä paljon kuin äidit, joilla on korkea koulutus, vakaa taloudellinen tilanne ja perhetilanne. Heikommassa asemassa olevat äidit eivät myöskään saaneet riittävästi palveluita. (Hakulinen-Viitanen ym. 2007.) Yli 40-vuotiaat naiset olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä äitiyshuollon palveluihin ja neuvolassa saamaansa kohteluun, mutta he eivät olleet saaneet riittävästi tietoa perhevalmennuksesta (Lamminpää & Vehviläinen-Julkunen 2012).

2000-luvun tutkimuksissa alettiin nostaa pikkuhiljaa esille myös monikulttuuristen perheiden tarpeita. Heimo (2002) korosti, että äitiyshuollossa asioivien monikulttuuristen perheiden tarpeita tulee kartoittaa erilaisten hoitotyön interventioiden kehittämiseksi. Hassinen-Ali-Azzan (2002) muistutti, että lisää tietoa tarvitaan etenkin Suomessa asuvien somalinaisten raskauden aikaisesta pahoinvoinnista, jaksamisesta ja voimavaroista sekä roolimutoksista suomalaiseseen kulttuuriin siirtymisen vaiheessa. Tiilikaisen (2003) mukaan somaliperheiden arkea tutkimalla voidaan tavoittaa somalinaisten erityisyys uskonnollisina kokijoina ja toimijoina.

Myöhemmin Rimpelä (2009) muistutti, että maahanmuuttajien määrän lisääntyminen pakottaa ottamaan vakavasti kulttuurisen herkkyyden (sensitiivisyyden) ja osaamisen haasteet suomalaisessa terveydenhuollossa. Malinin ja Gislerin (2009) tutkimustulokset paljastivat sen, että afrikkalaista alkuperää olevien naisten vastasyntyneiden ensimmäisen elinviikon kuolleisuus on korkeampi kuin muissa maahanmuuttajaryhmissä. Alipainoisena syntymisen riski on merkittävästi suurempi Somaliasta kotoisin olevilla synnyttäjillä. Somaliasta kotoisin oleville ensisynnyttäjille tehdään myös useimmin keisarileikkauksia.

Maahanmuuttaja-asiakkaiden ahkera neuvolassa käynti mahdollistaa asiakkaiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden kohenemisen, mutta pelkkä neuvola-asiakkuus ei riitä, vaan tarvitaan myös maahanmuuttajien erityistilanteen huomioimista sekä kulttuurinvälisiä kommunikaatiotaitoja (Sainola-Rodrigues 2009; Apter ym. 2009). Äitiysneuvoloissa tulee kuunnella tarkasti muista kulttuureista tulevien naisten näkemyksiä raskaudenaikaisesta terveydestä, jotta voitaisiin dialogisesti keskustella hyvistä ravinto- ja muista käytänteistä ja havaita mahdolliset haitalliset käytännöt (Apter ym. 2009).

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen mukaan somalinaisten osallistuminen sekä terveystarkastuksiin että seulontatutkimuksiin on erityisen vähäistä. Huomattavalle osalle somalialaistaustaisista naisista (70 %) oli tehty ympärileikkaus. Noin neljännes ympärileikatuista somalialaistaustaisista naista oli kokenut ympärileikkauksesta aiheutuvia ongelmia raskauden tai synnytyksen aikana sekä kipuja, tulehduksia tai vaikeuksia avioelämässä. Somalialaistaustaisilla naisilla olivat spontaanit raskauden keskenmenot yleisiä ja luotettavien raskaudenehkäisy menetelmien käyttö harvinaista. Tutkimukseen osallistuneet somalialaistaustaiset naiset olivat merkittävästi ylipainoisempia kuin tutkimuspaikkakuntien vastaavan ikäiset naiset koko väestössä. Somalialaistaustaisista 45 vuotta täyttäneistä naisista yli 60 % koki vaikeuksia portaiden nousussa. Somalialaistaustaiset henkilöt eivät tupakoineet juuri lainkaan. Kolmannes somalialaistaustaisista arvioi suun terveytensä keskitasoiseksi tai tätä

heikommaksi. Suurella osalla tutkituista somalalaisista oli vääriä uskomuksia HIV:n tartuntatavoista. Tutkimukseen osallistuneet somalialaistaiset henkilöt olivat tyytyväisiä elämänlaatuunsa Suomessa. (Castaneda ym. 2012.)

Ruotsalaisen tutkimusryhmän Svensson ym. (2007) mukaan maahanmuuttaja-asiakkaiden perhevalmennustarpeet poikkeavat valtaväestön naisten ja perheiden tarpeista. Jotta perhevalmennusta voidaan kehittää myös näiden ryhmien tarpeita vastaavaksi, tulee niitä kartoittaa erikseen. Edellä mainitut suomalaisten tutkimusten tulokset vahvistavat ruotsalaistutkimuksen tuloksia.

4.4.3 Uusien perhevalmennusmallien kehittäminen Suomessa

2000-luvun puolenvälin jälkeen perhevalmennusta järjestettiin mitä erilaisimmille ryhmille, kuten monikkoperheille (Suomen monikkoperheet ry 2009), isille (Oulun ensi- ja turvakoti ry 2009, Mannerheimin lastensuojeluyhdistys, Lapin piiri 2009) ja synnytyspeloista kärsiville (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri 2009). Sairaalat kehittivät synnytysvalmennusta ja tutustumiskäyntejä synnytysairaalaan (STM 2007.) Myös yksityinen äitiys- ja isyysneuvola järjesti asiakkailleen synnytysvalmennusta (Helsingin yksityinen äitiys- ja isyysneuvola 2009).

Merkittävä suomalaisen perhevalmennuksen kehittämisen esikuva on Ruotsin niin sanottu Leksandin malli, jossa perhevalmennusta on kehitetty osana perhekeskusten toimintaa. Malli levisi Suomeen 2000-luvun alussa. (Paavola 2004; Viitala 2007; Viitala ym. 2008.) Thomas Johansson ja Ingegerd Jons käynnistivät vuonna 1996 Ruotsissa perhekeskustoiminnan Leksandissa. Perhekeskuksen tehtävänä oli tukea vanhemmuutta. Ruotsissa perhekeskus on kehittynyt vuosien varrella synnytysvalmennuksesta laajaksi perheitä tukevaksi eri toimijoiden väliseksi yhteistyöksi. Taustalla on ajatus siitä, että lasten hyvinvointia voidaan parhaiten parantaa lisäämällä vanhemmuuden ja parisuhteen tukea sekä vanhempien vertaisryhmätoimintaa. (Paavola 2004.)

Leksandin perhevalmennusmallin tavoitteena on vahvistaa vanhempien keskinäistä suhdetta ja lasten ja vanhempien välistä yhteyttä, parantaa vanhempien ja lasten hyvinvointia sekä lisätä vanhempien vaikutusmahdollisuuksia. Keskeisenä keinona ovat vanhempien vertaisryhmät, joiden avulla muodostuvat sosiaaliset verkostot tukevat niin aikuisten kuin lastenkin arjessa selviytymistä ja hyvinvointia. Äitiys- ja lastenneuvola kutsuu lasta odottavat vanhemmat kahdeksan parin ryhmään, joka kokoontuu kahdeksan kertaa ennen lapsen syntymää ja kahdeksan kertaa ensimmäisen elinvuoden aikana. Kokoon-tumisissa on vuorollaan läsnä eri alojen asiantuntijoita. Lähes joka kerta osan ryhmäajasta käyttävät isät oman vertaisohjaajansa kanssa ja äidit vastaavasti esimerkiksi terveydenhoitajan kanssa. (Perhekeskus; Diakonia-ammattikorkeakoulun projekti 2009a; Paavola 2004.)

Espoossa laajennettu perhevalmennusmalli kehitettiin vuosina 2003–2005 Leksandin mallin pohjalta osana Espoon Perhekeskushanketta. Perustan espoolaiselle perhevalmennustoiminnalle muodostavat vertaistuki, vastavuoroinen oppiminen, moniammatillisuus ja isien osallistuminen (Perhekeskus, Diakonia-ammattikorkeakoulun projekti 2009). Espoossa laajennetussa perhevalmen-

nusmallissa perhevalmennusryhmät kokoontuvat kuusi kertaa ennen synnytystä ja kuusi kertaa lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana. Kohdennettuja teema-ryhmiä perustetaan perheiden tarpeista nousevien aiheiden pohjalta. Isät ja äidit jakaantuvat välillä myös omiksi ryhmikseen. Ohjaajina ovat perhekeskuksen moniammatillisen työntekijätiimin jäsenet kokoontumiskerran aiheen mukaan. Perhevalmennukseen on suunniteltu isille oma sisältökokonaisuus. Uutta laajennettua vanhempainvalmennusta tarjotaan ensisijaisesti esikoistaan odottaville vanhemmille. Monilapsisten perheiden kokemuksia hyödynnettiin sekä perhevalmennuksissa että muissa alueellisissa vertaisryhmissä. (Paavola 2004.) Loppuarvioinnin perusteella vanhemmat olivat erittäin tyytyväisiä voidessaan kohdata samassa elämäntilanteessa olevia. Lähes kaikki kertoivat saaneensa perhevalmennuksessa uusia tuttavuuksia. Perhevalmennuksen aikana syntyi vertaistoimintaa, kuten sähköpostirinkkejä ja tapaamisia, sekä kodeissa että avoimessa päiväkodissa. Isät kertoivat olevansa tyytyväisiä siihen, että äideillä oli vertaisverkosto. Isät eivät kokeneet tässä elämänvaiheessa tarvitsevansa vertaistoimintaa perhevalmennuksen lisäksi. (Pietilä-Hella 2010.)

Helsingissä Lapaset-perheverkostohankkeen (2005–2008) kehittämässä monitoimijaisessa perhevalmennusmallissa tarkoituksena on tukea lasta odottavia vanhempia hoito- ja kasvatustehtävässä. Myös tämä malli perustuu Leksandin malliin. Valmennuksen tavoitteena on vahvistaa vanhempien tietoja ja taitoja, jotta arki vauvan kanssa sujuisi hyvin. Valmennus on ryhmämuotoista, vuorovaikutteista ja voimavaralähtöistä. Tavoitteena on, että perheet löytävät toisistaan vertaistukea ja rakentavat alueellista lapsiperheiden yhteisyyttä. Valmennuksen toteutuksesta vastaavat terveyskeskus, sosiaalivirasto ja muut lapsiperhetoimijat. (STM 2005; Perhevalmennuksen käsikirja 2007.)

Monitoimijaisessa perhevalmennuksessa vanhemmille järjestetään yhteensä 6–8 ryhmätapaamista, joista neljä ennen lapsen syntymää ja 2–4 lapsen synnyttyä 3–4 viikon välein. Perhevalmennus toteutetaan lyhyinä tietoisuina, pari- ja ryhmäkeskusteluina ja käytännön harjoitteluna. Äidit ja isät jaetaan jokaisella kerralla omiin ryhmiin. Ohjaajat työskentelevät pareittain. Parityöskentely lisää ryhmien keskustelevuutta. Synnytyssairaalan tutustumiskäynnin avulla vahvistetaan vanhempien turvallisuuden tunnetta ja luottamusta synnytykseen ja vauvan ensikohtaamiseen. Vauvan syntymän jälkeisiä perhevalmennuskertoja toteutetaan leikkipuistoissa iltaisin. Näin saavutetaan myös isät. Synnytyksen jälkeisten valmennuskertojen teemat päätetään ensimmäisessä vauvan syntymän jälkeisessä tapaamisessa yhdessä perheiden kanssa. Perheiden näkökulmasta tärkeää on tällöin asioiden ja kokemusten jakaminen. Suuri osa ryhmiin osallistujista jatkaa ohjattujen ryhmäkertojen jälkeen tapaamisia joko ryhmänä tai toisiinsa tutustuneina perheinä. (Klen ym. 2009.)

Turussa on uudistettu perhevalmennusta niin, että vanhemmat kokoontuvat ryhmätapaamiseen neljä kertaa ennen synnytystä ja kaksi kertaa synnytyksen jälkeen. Perhevalmennuksen tavoitteena on vanhemmuuden vahvistaminen vertaistuen, jatkuvuuden ja moniammatillisen yhteistyön keinoin. Perhevalmennuksen toteuttaminen jakautuu laajasti äitiys- että lastenneuvolan ja muiden asiantuntijoiden kesken. Perhevalmennuksia suunnitellaan ja toteutetaan

yhdessä ammattikorkeakoulun kättilö- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden kanssa. Opiskelijat tuottavan perhevalmennustilanteisiin materiaaleja ja tukevat virtuaaliympäristöjen kehittämisessä. (Tuominen 2009.)

Suomessa on kehitetty myös nettineuvolaa, joka toimii lasta odottavien perheiden keskinäisenä tukea sekä äitiyshuollon palveluiden toimivuuden peilinä. Nettineuvola antaa kuvaa perheiden arkielämästä ja tätä kautta syventää äitiyshuollon työntekijöiden tietoa perheiden tarpeista sekä odotusajan että lapsen syntymän jälkeen. (Kouri 2006.)

Edellä mainittua perhevalmennuksen kehittämistoimintaa on toteutettu projekteina hankerahoituksen turvin. Kehittämistoiminnassa on korostettu kokemustietoa, eikä kehittämiseen ole tästä syystä liitetty mukaan tutkimuksellisuutta. Kehittämisen luonne on ymmärretty pikemminkin suoraviivaisesti eteneväksi ja suunniteltavissa olevaksi prosessiksi kuin uudelleen arviointia edellyttäväksi.

4.4.4 Maahanmuuttajien perhevalmennushankkeita

Pääkaupunkiseudulla maahanmuuttajille suunnattujen perhevalmennusmallien kehittäminen on käynnistynyt 2000-luvun puolenvälin jälkeen. Väestöliitossa on luotu yhteistyössä Espoon kaupungin Perhekeskus-projektin ja lastenneuvoloiden kanssa *vertaistuen ryhmämalli* vahvistamaan maahanmuuttajataustaisten vanhemmuutta tiedon ja vertaistuen avulla. Mallin mukaan ryhmät kokoontuvat seitsemän kertaa. Ryhmäkeskustelut keskittyvät lapsen kehitykseen sekä ihmissuhde- ja kasvatuskysymyksiin. Ryhmissä keskustellaan muun muassa maahanmuuton vaikutuksesta vanhemmuuteen ja siihen, miten löytää voimavaroja vanhemmuuteen. Vertaisryhmiä järjestetään maahanmuuttajayhdistysten, järjestöjen ja viranomaisten kanssa. (Alitolppa-Niitamo ym. 2006.)

Kontulassa, Itä-Helsingissä, on kehitetty *somaliperheiden valmennus*, joka toimi vertaistukiryhmänä samassa elämäntilanteessa oleville perheille. Valmennuksessa pyrittiin ottamaan huomioon somalikulttuuriin kuuluvat erilaiset tavat, kielitaito ja tulkkauksen tarve. Valmennuksessa käytettiin Lapaset-perheverkostohankkeen kehittämää valmennusrunkoa, jota muokattiin kohde-ryhmän erityispiirteet huomioiden. Väestöliiton Kotipuu järjesti valmennuksen toteuttajille neljän iltapäivän koulutuskokonaisuuden, jossa paneuduttiin seikkoihin, joita tulee ottaa huomioon järjestettäessä ryhmätoimintaa toisen kulttuurin edustajille. Mallin kehittämisessä tehtiin yhteistyötä kolmannen sektorin ja sosiaalitoimen kanssa. (Laaninen & Lukka 2008.)

Mallissa korostetaan somaliperheiden motivointia osallistumaan perhevalmennukseen. Neuvolan terveydenhoitaja voi antaa neuvolakäyntien yhteydessä jo ennen valmennusta tietoa perhevalmennuksen sisällöstä ja hyödyistä. Motivoinnissa otetaan huomioon myös tulkin tarve sekä perhevalmennusaiheiden sukupuolisidonnaisuus ja arkaluontoisuus. Lastenhoidon järjestäminen motivoi monisynnyttäjiä osallistumaan valmennukseen. Somaliperheille kohdistettua perhevalmennusta pidettiin tarpeellisena ja siihen oltiin halukkaita osallistumaan, mikäli sitä tarjottaisiin perheille raskausaikana. Naiset halusivat tietää, miksi valmennusta järjestetään, millainen on sen historia. He toivoivat

saavansa tietoa konkreettisista asioista, esimerkiksi D-vitamiinitipoista ja äidinmaidonkorvikkeista. Myös seksuaalisuus- ja parisuhdeasiat kiinnostivat. (Laaninen & Lukka 2008.)

Monikulttuurisuusyhdistys on kehittänyt *interkulttuurisen perhevalmennuksen*, jonka tavoitteena on valmistaa vauvaa odottavia vanhempia kaksikulttuurisen perheen arkeen ja vanhemmuuteen. Ohjelma tarjoaa kahden kulttuurin perheille tietoa monikulttuurisesta parisuhteesta ja kaksikulttuurisen lapsen kasvatuksesta. Käsiteltäviä teemoja ovat kaksikielisyys, kaksikulttuurinen vanhemmuus ja lapsen identiteetti. Pääpaino on vanhemmuuden pohtimisessa ja muihin samassa elämäntilanteessa oleviin pareihin tutustumisessa. Ryhmään voivat osallistua myös sellaiset perheet, jotka ovat juuri saaneet vauvan. Ryhmän kielenä on englanti tai suomi sen mukaan, mikä on osallistujien kielitausta. (Monikulttuurisyhdistys Familia club ry 2009.)

Yhteenvetona voidaan sanoa, että monikulttuuriset perhevalmennusmallit ovat keskittyneet maahanmuuttajaperheiden ja kahden kulttuurin perheiden vanhemmuuden tukemiseen. Malleissa on pyritty huomioimaan maahanmuuttokokemusten vaikutukset vanhemmuuteen, valmennusaiheiden sukupuolisdonnaisuus ja arkaluontoisuus, kaksikielisten ja -kulttuuristen perheiden arki ja vanhemmuus sekä lapsen identiteetin kehittyminen suomalaisessa yhteiskunnassa. Valmennuksen periaatteissa korostetaan perhekeskeisyyttä, vertaistukea ja vanhemmuuden voimavarojen vahvistamista. Valmennusta toteutetaan yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä maahanmuuttotyötä tekevien järjestöjen kanssa. Valmennuksen aikana on otettava huomioon myös tulkin ja lastenhoidon tarve.

Kontulan kehittämishankkeesta on opittu, että laajasta etsinnästä huolimatta somaliperheitä on vaikea saada osallistumaan perhevalmennukseen. Somali-isät eivät osallistuneet valmennukseen vaan jäivät kotiin hoitamaan lapsia. Valmennukseen osallistuneiden äidit pitivät saamaansa tietoa tärkeänä ja tarpeellisena. Ryhmätilanteissa käytiin vilkasta keskustelua. Yhden terveydenhoitajan havainnon mukaan perheiden käynnit terveydenhoitajan luona ilman ajanvarausta olivat valmennuksen jälkeen vähentyneet. Tämä saattoi johtua siitä, että perhevalmennuksessa saatu tieto leviää osallistujien kautta myös muille äideille ja vähentää tarvetta tulla kysymään asioita terveydenhoitajalta. (Laaninen & Lukka 2008.)

Edellä mainittuja kehittämishankkeita on toteutettu kehittämisprojekteina hankerahoituksen turvin. Kehittämistoimintaa on ohjannut käytännön intressi, mutta kehittämiseen ei ole liittynyt toimintatutkimuksen tapaan tutkimuksellisuutta. Kontulan mallista on tuotettu hyvän käytännön kuvaus. Hyvä käytännön kuvaaminen auttaa oman työn kehittämisessä, tekee omaa työtä näkyväksi ja nostaa hiljaista tietoa esiin sekä tarjoaa tärkeää tietoa käytännöistä alan kehittäjille (Korhonen 2010).

4.4.5 Uusien monikulttuuristen perhevalmennusohjelmien tarve

Perhevalmennuksen kehittämishaasteet liittyvät sekä sisältöihin, menetelmiin että toteuttamiseen. Suomessa monikulttuurista perhevalmennusta on kehitetty

vielä niukasti. Perhevalmennusohjelmia on kehitetty sekä terveydenhuollossa että kansalaisjärjestöissä. Kehittämistä on toteutettu lineaarisesti etenevissä projekteissa kokemustiedon pohjalta. Kehittämistyön tavoitteena on ollut hyvien käytänteiden kuvaaminen, oman työn kehittäminen sekä yhdenvertaisten palveluiden tarjoaminen vähemmistöryhmän edustajille.

Tässä tutkimuksessa pyritään ensimmäistä kertaa kehittämään toimintatutkimuksen keinoin somaliperheille suunnattua perhevalmennusta. Tarvekaritukset ja uuden lähestymistavan kokeilu tarjoavat potentiaalia perhevalmennuksen kehittämistyöhön, koska niiden avulla on mahdollista tutkia ja kehittää sekä muuttaa vallitsevia perhevalmennuskäytäntöjä kulttuurisesti sensitiivisiksi. Toimintatutkimus mahdollistaa myös sen, että terveydenhoitajat ja kätilöt tuottavat yhteistoiminnallisesti somalinaisten ja tutkijan kanssa perhevalmennusohjelman sekä syventävät omaa kulttuurista kompetenssiaan kehittämistoiminnan aikana. Tutkimuksen kannalta tärkeää on myös se, että toimintatutkimuksessa tuotetaan aineistoa ja sen pohjalta uutta tutkimustietoa, vaikka aiotut käytännön muutokset eivät onnistuisikaan.

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kokeilla, miten toimintatutkimuksen avulla voi kehittää sellaista somaliperheille suunnattua perhevalmennusohjelmaa, joka on kulttuurisesti sensitiivistä ja soveltuu suomalaiseen terveydenhuoltoon. Tutkimuksen perimmäisenä tavoitteena on edistää suomalaisessa terveydenhuollossa somalikulttuurin ymmärtämistä. Tavoitteen saavuttamista varten laadittiin kolme tutkimustehtävää, jotka jakautuvat edelleen alakysymyksiksi.

Tutkimustehtävä 1: Kartoittaa terveydenhoitajien ja kättilöiden ja somalinaisten näkemyksiä somaliperheiden perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisestä perhevalmennuksesta.

1. Millainen näkemys suomalaisilla terveydenhoitajilla ja kättilöillä on Suomessa asuvien somalinaisten perhevalmennustarpeista ja perhevalmennuksesta?
2. Millainen näkemys Suomessa asuvilla somalinalaisilla on perhevalmennustarpeistaan ja perhevalmennuksesta?
3. Millainen näkemys perhevalmennusohjelmaa kehittäväällä suomalaisista terveydenhuollon työntekijöistä kootulla työryhmällä on somaliperheiden perhevalmennustarpeista ja perhevalmennuksesta?
4. Millainen näkemys suomalaisilla terveydenhoitajilla ja kättilöillä on Suomessa asuvien somalinaisten arjesta?

Tutkimustehtävä 2: Kokeilla ja arvioida toimintatutkimusta kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman kehittämiseen somalinalaisille.

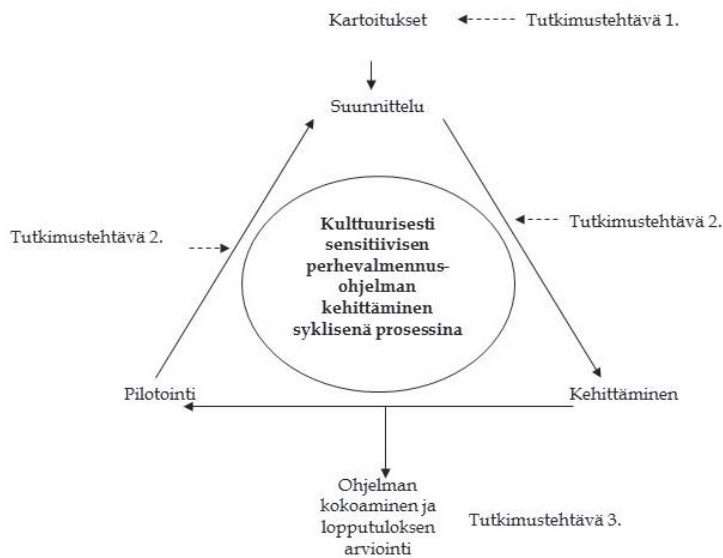
1. Miten toimintatutkimus soveltuu tutkimuksessa saatujen tietojen pohjalta perhevalmennusohjelman kehittämiseen?
2. Miten perhevalmennusohjelman kehittäminen etenee?
3. Millaisen perhevalmennusohjelman kehittämistyöryhmä tuottaa?

4. Millaista palautetta kehittämistyöryhmän jäsenet antavat omasta toiminnastaan (kehittämistoiminnan arviointi)?

Tutkimustehtävä 3: Arvioida kehittämistyöryhmän tuottamaa uutta kirjallista perhevalmennusohjelmaa.

1. Millaista palautetta kehittämistyöryhmän jäsenet antavat tuottamastaan uudesta perhevalmennusohjelmasta?
2. Millaista palautetta uudesta perhevalmennusohjelmasta saadaan kehittämistyöryhmän ulkopuolisilta asiantuntijoilta?

Perhevalmennusohjelman kehittäminen on suunniteltu etenevän syklisenä prosessina, jonka vaiheita ovat perhevalmennuksen tarvekartoitukset (tutkimustehtävä 1) ja kehittämistoiminnan suunnittelu (planning and inception phase), perhevalmennusohjelman kehittäminen (action phase) sekä kehittämisprosessin arviointi (process evaluation) (tutkimustehtävä 2) ja kehittämistoiminnan lopputuloksena tuotetun kirjallisen perhevalmennusohjelman arviointi (output evaluation) (tutkimustehtävä 3) (Rinehart ym. 1998). Kuvioon 3 on merkitty edellisiin vaiheisiin liittyvät tutkimustehtävät.



KUVIO 3 Tutkimuksen eteneminen ja tutkimustehtävät.

6 TUTKIMUKSEN LÄHESTYMISTAPA, AINEISTON KERUU JA ANALYYSIT

6.1 Toimintatutkimus

Tutkimus toteutettiin vuosina 2004–2007. Kehittämistoiminta eteni suunnittelun, kehittämisen, pilotoinnin, kirjallisen perhevalmennusohjelman kokoamisen ja tuottamisen sekä arvioinnin kehänä. Toimintatutkimusta on määritelty monin eri tavoin (Masters 1995). Se on pikemminkin tutkimuksellinen lähestymistapa kuin tutkimusmenetelmä (Mayer 2000). Sillä tarkoitetaan ”systemaattista kollektiivista yhteistoiminnallista, reflektiivista, kriittistä ja osallistavaa tutkimusta” (McCutcheon & Jung 1990; Masters 1995). Se on määritelty myös kollektiiviseksi, reflektiiviseksi tutkimukseksi, jonka toteuttavat sosiaaliseen toimintaan osallistujat tarkoituksenaan muuttaa omaa toimintaansa, ymmärrystään ja toimintaympäristöään (Kemmis & McTaggart 1990; Masters 1995).

Kaikista toimintatutkimuksen määritelmistä nousee esille neljä teemaa: osallistujien voimaannuttaminen, yhteistoiminta osallistujien kanssa, tiedon hankinta ja sosiaalinen muutos (Masters 1995). Heikkisen ja Jyrkämän (1999) mukaan kyseessä on yksi metodi muiden metodien joukossa. Laurin (1997) mukaan toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa pyritään teoretietoa ja käytännön kokemustietoa yhdistämällä ratkaisemaan jossain yhteisössä ilmeneviä ongelmia ja aikaansaamaan muutos. Tutkija ja kohdeyhteisön jäsenet toimivat koko tutkimusprosessin ajan kiinteässä vuorovaikutuksessa keskenään. Tutkimukseen osallistuvat ovat sekä tutkimuksen subjekteja että kohteita. Tällainen toimintatutkimus kuvataan vaiheittaisena prosessina, johon kuuluvat selvitysvaihe (kohderyhmän tarpeiden ja ongelmien määrittäminen), prosessointivaihe (esiin tulleiden ongelmien käsittely ja tiedostaminen sekä muutoshalukkuuden selvittäminen), sitoutumisvaihe (toiminnan konkreettinen suunnittelu), suunnitteluvaihe, toteuttamisvaihe (toiminnan toteutus, seuranta ja arviointi) ja arviointivaihe (muutosprosessin ja sen tulosten arviointi sekä muutoksen vakiinnuttaminen pysyväksi toimintamalliksi). Heikkisen ym. (2007) mukaan toimintatutkimus voi olla ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämispro-

jekti, jonka aikana tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Pienimuotoisimmillaan toimintatutkimus voi olla oman työn kehittämistä ja laajimmillaan yhteiskunnallista ja poliittista toimintaa. Usein toimintatutkimuksella pyritään tarkentamaan käytännön ongelmia. Tuomen ja Sarajärven (2002) mukaan toimintatutkimus voidaan liittää sekä määrälliseen että laadulliseen tutkimusperinteeseen.

Toimintatutkimuksen alku paikannetaan tavallisesti 1940-luvun puoliväliin (Masters 1995; Williamsson & Posser 2002). Toimintatutkimuksen isänä pidetään Kurt Lewiniä (1890–1947) (Masters 1995; Morton-Cooper 2000; Mayer 2000). Lewin ei ollut kuitenkaan ensimmäinen tutkija, joka käytti toimintatutkimusta, vaan ensimmäinen, joka kehitti toimintatutkimuksen teorian sosiaali-tieteisiin Masters 1995; Herr & Anderson 2005). Lewin uskoi, että tietoa pitää tuottaa aidoissa toimintaympäristöissä ongelmanratkaisun keinoin (Herr & Anderson 2005). Toimintatutkimuksella tarkoitetaan myös todellisessa maailmassa tehtävää pienimuotoista interventiota ja kyseisen intervention sekä sen vaikutusten lähempää tutkimista (Cohen & Manion 1995; Metsämuuronen 2008).

Toimintatutkimuksen perinteestä on erotettavissa kaksi koulukuntaa: kriittisen teorian sävyttämä australialainen koulukunta sekä käytännöllisesti orientoitunut yhdysvaltalainen ja brittiläinen koulukunta. Edellinen koulukunta näkee toimintatutkimuksen yhteiskuntaa muuttavana voimana, ja jälkimmäisessä koulukunnassa toimintatutkimus nähdään lähinnä reflektiivisen ammattikäytännön edistäjänä vailla laajempia yhteiskunnallisia tavoitteita. (Heikkinen & Jyrkämä 1999; Huttunen & Heikkinen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2002.)

Toimintatutkimuksen kohteena on usein jokin sosiaalinen käytäntö, joka on altis muutoksille (Carr & Kemmins 1986; Metsämuuronen 2008). Tutkimuskohdetta tarkastellaan ikään kuin sisältäpäin (Herr & Anderson 2005). Toimintatutkimusta voi toteuttaa organisaatioon tai laajempaan yhteisöön kuuluva henkilö yhteistyössä organisaatioiden edustajien tai laajemman yhteisön kanssa (Herr & Anderson 2005). Toimintatutkimukseen osallistuvat ovat jokaisessa vaiheessa vastuullisia toiminnastaan ja sen intensiteetistä sekä itselleen että muille osallistujille (Carr & Kemmins 1986; Metsämuuronen 2008).

Suomalaisten tutkijoiden mukaan toimintatutkimuksessa korostuu käytäntöihin suuntautuneisuus, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien tutkimusprosessiin osallistuminen. Yhdistävistä piirteistä huolimatta tutkimusten kohteet ja kysymysten asetelut voivat olla hyvinkin erilaisia. Toimintatutkimuksen kohde ja aihe voi olla melkein mikä tahansa ihmiselämän piirre. (Kuula 1999; Heikkinen ym. 2007.)

Toimintatutkimuksessa on kolme erilaista lähestymistapaa: tekninen, käytännönläheinen ja emansipatorinen (Grundy 1988; Master 1995). Holter ja Schwartz-Barcott (1993) kuvaavat kolmea erilaista toimintatutkimuksen lähestymistapaa: tekninen ja osallistava, yhteistoiminnallinen ja muutokseen tähtäävä näkökulma. McKernan (1991) listaa kolme erilaista toimintatutkimusta: tieteellistekninen ongelmanratkaisu, käytännöllinen ja vapauttava toimintatutkimus ja kriittis-emansipatorinen toimintatutkimus (Master 1995). Puhutaan

myös positiivisesta ja kriittisestä toimintatutkimuksen näkökulmasta (McCutcheon & Jung 1990; Master 1995). Teknisessä tai teknisessä ja osallistavassa, teollisteknisessä ja positivistisessa toimintatutkimuksessa kommunikointi tapahtuu tutkijan ja tutkimusryhmän välillä. Yhteistoiminnallisessa ja käytännönläheisessä, vapauttavassa toimintatutkimuksessa kommunikointi tapahtuu tutkimusryhmän jäsenten välillä sekä tutkijan kanssa.

Emansipatorinen toimintatutkimus kehittää tasa-arvoisia käytänteitä, koska se osallistaa toimijat, tukee osallistujien kriittistä tietoisuutta ja kannustaa poliittiseen ja käytännön toimintaan muutoksen saavuttamiseksi. Kolme erilaista toimintatutkimuksen näkökulmaa eroavat toisistaan, mutta lähinnä toimintatutkimuksen lähtökohtien ja osallistujien maailmankuvan perusteella. Näkökulmat vaikuttavat toimintatutkimuksen käytännön toteuttamiseen. Teknisessä toimintatutkimuksessa idean muutoksesta tuottaa tutkija, joka myös ohjaa tutkimusprosessia. Käytännönläheisessä toimintatutkimuksessa valta on jaettu ryhmän ja tutkijan kesken. Emansipatorisessa toimintatutkimuksessa valta on kokonaan ryhmällä, ei tutkijalla. (Grundy 1982; Masters 1995.)

Toimintatutkimusprosessi etenee syklisesti: suunnittelun, toiminnan havainnoinnin ja reflektion spiraalisena kehänä (Carr & Kemmins 1986; Masters 1995; Metsämuuronen 2008). Lewiniltä (1948) on peräisin toimintatutkimuksessa käytetty malli tutkimus- ja kehittämisprosessista toisiaan seuraavina suunnittelun, toiminnan, arvioinnin ja uudelleensuunnittelun sykleinä. Toimintatutkimus on aina päätettävä johonkin, vaikka muutos ei päätykään koskaan. Raportointivaiheessa pyritään luomaan akateemisen ammattikielen ja arkisen ammattikielen välille rakentavaa vuoropuhelua. (Heikkinen ym. 2007.) Toimintatutkimus kuvataan myös itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat syklisesti toisiaan (Herr & Anderson 2005; Heikkinen ym. 2007).

Toimintatutkimukset eroavat toisistaan myös sen mukaan, mihin tutkimuksella pyritään, mikä on tutkijan rooli ja minkälainen on osallistujien ja tutkijan välinen suhde toimintatutkimuksen eri vaiheissa. Tutkijan positio voi vaihdella. Hän voi olla sisäpiiriläinen, toimia yhteistyössä sisäpiiriläisten tai ulkopuolisten kanssa tai toimia vastavuoroisesti sisäpiiriläisten ja ulkopuolisten kanssa. Tutkija voi olla myös ulkopuolinen, joka toimii yhteistyössä sisäpiiriläisten kanssa tai ulkopuolinen, joka tutkii sisäpiiriläisiä. (Herr & Anderson 2005.) Toimintatutkimuksessa tutkija ei välttämättä edes oletta olevansa ulkopuolinen ja neutraali vaan pyrkii ratkaisemaan ongelmia yhdessä tutkittavien kanssa. Osallistuvuus vaikuttaa sekä aineistoon suhtautumiseen että sen analysointiin. Osallistuvuus on tavallaan myös yhteiskunnallista ja poliittista vaikuttamista. (Herr & Anderson 2005; Heikkinen ym. 2007.)

Toimintatutkimusta toteutetaan yhä enemmän myös terveydenhuollossa (Morton-Cooper 2000) ja hoitotyössä (Mayer 2000). Terveydenhuollossa toimintatutkimuksen avulla kehitetään ammatillisia käytänteitä ja hoidon laatua. Terveydenhuollossa toteutettavassa toimintatutkimuksessa korostetaan työntekijälähtöisyyttä, työyhteisön osallistumista, laadun kehittämistä, potilaiden ja hoitohenkilökunnan ilmaisemia ongelmia, tutkijan tekemien havaintojen oikeelli-

suuden tarkastelua ja joustavaa tutkimusasetelmaa. Tärkeää on myös hyväksyä se, ettei tutkimuksenkaan avulla saada lopullisia vastauksia tutkimusongelmiin. Toimintatutkimuksen tavoitteena on tarkastella tutkimusilmiöitä ja kuvata tarkasti tutkimusprosessia. (Morton-Cooper 2000.)

Toimintatutkimusta on käytetty kehitettäessä perusterveydenhuoltoa (Hampshi ym. 1999) ja nuoriin kohdistuvaa seksuaaliterveyspolitiikkaa (Percey-Smith 2007). Asikainen (1999) tutki toimintatutkimuksen keinoin yhteisön aktiivointia sosiaali- ja terveystoimessa. Tossavainen ym. (2000) ovat käyttäneet osallistavaa toimintatutkimusta kehittäessään kouluissa toteutettavan terveyden edistämistä. Hopia (2006) käytti toimintatutkimusta kehittäessään sairaalan lastenosastolla pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyttä edistävän intervention hoitotyöhön. Löfman (2006) kehitti toimintatutkimuksen keinoin toimintamallin potilaiden itsemääräämisen edistämiseksi. Opettajankoulutuksessa toimintatutkimusta on käytetty interkulttuurisen opettajankoulutuksen kehittämiseen (Räsänen ym.2002). Toimintatutkimusta on hyödynnetty myös ammattikorkeakoulussa kehittämään osaamisen johtamista (Eriksson ym. 2007). Kalaja (2007) käytti toimintatutkimusta kehittäessään kehonhuoltokurssia lukiolon liikunnanopetukseen. Niemi (2009) kehitti toimintatutkimuksen keinoin ympäristölähtöistä terveyspedagogiikkaa. Pesonen (2011) käytti toimintatutkimusta liikunnanopettajien pätevöittämissä koulutuksen käynnistämässä ja kehittämässä. Sormunen (2012) käytti toimintatutkimusta Euroopan terveet koulut -hankkeeseen kuuluneessa tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin olemassa olevia kodin ja koulun yhteistyökäytänteitä sekä vanhempien näkemyksiä kodin ja koulun vastuusta terveystoiminnassa. Osallistavaa toimintatutkimusta tutkimuksellisenä lähestymistapana on käytetty myös lapsen terveyden edistämisen kehittämisessä (Turunen ym. 2008). Suomessa praktista toimintatutkimusta ei ole aikaisemmin kokeiltu monikulttuurisen perhevalmennuksen kehittämisessä.

Tähän toimintatutkimukseen valittiin yhteistoiminnallinen ja käytännönläheinen (Kuula 1999; Heikkinen ym. 2007) sekä emansipatorinen (Grundy 1982; Masters 1995) lähestymistapa. Näiden lähestymistapojen mukaan perhevalmennusohjelman osallistuvat ja niiden toteuttajat voivat määrittellä somalainisten perhevalmennustarpeita ja kehittää yhteistoiminnallisesti kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman. Toimintatutkimuksen eteneminen suunniteltiin (ks. luku 5) seuraavalla tavalla: Kohdeyhteisön perhevalmennustarpeiden kartoittaminen monimenetelmällisesti ja tarpeiden tiedostaminen. Kirjallisen somalainisille soveltuvan perhevalmennusohjelman yhteistoiminnallinen kehittäminen ja pilotointi. Kehittämistoiminnan (prosessin ja tuotoksen) arviointi. Muutoksen vakiinnuttamista osaksi yhteistyötahojen toimintaa (vrt. Lauri 1997, Morton-Cooper 2000) ei sisällytetty tähän tutkimukseen. Siihen keskityttiin tämän väitöskirjan julkaisemisen jälkeen

Toimintatutkimuksena edenneet tarvekartoitukset ja kehittämistoiminnan suunnittelu, varsinaisen kehittämistoiminnan ja toiminnan sekä tuloksen arviointi nivoutuvat syklisesti yhteen. Koska varsinaisen kehittämistyön suunnittelu toteutuu yhdessä kehittämistyöhön osallistuvien toimijoiden ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa, voi kehittämistoiminnan etukäteissuunnittelu olla

ulkopuolisille prosessin lopussa ongelmallista arvioida. Toimintatutkimuksen tuloksena ei aikaansaada yleistettävää tietoa vaan tietoa siitä, miten tässä tutkimuksessa kirjallista perhevalmennusohjelmaa kehitettiin, pilotoitiin ja arvioitiin. Tietoa saadaan myös siitä, millainen perhevalmennusohjelma tuotettiin kehittämistyön tuloksena ja millaista palautetta siitä saatiin.

6.2 Monimenetelmällisyys

Ihmistutkimus jakautuu määrälliseen, laadulliseen ja menetelmiä yhdistävään (mixed methods) tutkimussuuntaukseen. Menetelmiä yhdistävällä (mixed method) suuntauksella viitataan joko tutkimusstrategiaan (multiple strategies) tai tutkimusmetodologiaan (multiple methodology), eli tiedon tuottamisen menetelmiin ja niiden kriteereihin. Tutkimuksessa, joissa käytetään tutkimusongelmien tai -tehtävien ratkaisuun useita erilaisia, laadullisia ja määrällisiä tutkimusmenetelmiä kutsutaan monimenetelmälliseksi (multi-method) tutkimukseksi. (Johnson & Onwuegbuzie 2004; Spratt ym.n 2004; Munhall 2007; O’Cathain ym. 2007; Johnson ym. 2007)

Menetelmiä yhdistävällä tutkimuksella (mixed methods reseach) viitataan triangulaatiotutkimukseen (triangulated studies) (Johnson ym. 2007). Triangulaation periaatteet kehitettiin sosiaalitieteissä jo 1950-luvulla. Ajatuksena oli tarkastella tutkimusaihetta mahdollisimman monesta näkökulmasta. Triangulaatiolla tarkoitetaan joko tutkijoiden, menetelmien, aineistojen, teorioiden tai tieteenalan triangulaatiota. Aineistotriangulaatiossa yhdistetään useita eri aineistoja keskenään (esimerkiksi haastatteluja, lehtiartikkeleita, kuvanauhoituksia, tilastoja jne.) Tutkijatriangulaatiossa samaa ilmiötä tutkii useampi tutkija. Teoriatriangulaatiossa tutkimusaineistoa tutkitaan erilaisin teorioin. Menetelmätriangulaatiossa tutkimuskohdetta tarkastellaan useilla aineistonhankintatäi tutkimusmenetelmillä. Menetelmätriangulaatiolla voidaan tarkoittaa joko menetelmien sisäistä tai menetelmien välistä triangulaatiota. Menetelmien sisäisessä triangulaatiossa tiedonkeruun menetelmät edustavat samaa metodologista lähestymistapaa (esim. Likert-asteikko ja kyselylomake). Menetelmien välisessä triangulaatiossa käytetään kahta tai useampaa erilaista metodologista lähestymistapaa. Tieteenalan triangulaatiolla tarkoitetaan eri tieteenalojen tuottamien teorioiden yhdistämistä. Analyysiyksiköiden triangulaatio kohdistuu analyysin kohteena olevaan yksilöön (esim. haastattelu, toiminta, vuorovaikutus tai yksilö, pari tai perhe. (Boyd 1993; Cohen & Manion 1999; Patton 2001; Tuomi & Sarajarvi 2002; Eskola & Suoranta 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, Polit & Beck 2014).

Tutkimusta, jossa käytetään metodologista triangulaatiota, kutsutaan monimenetelmälliseksi (multi-method) tutkimukseksi (Sparatt ym. 2004). Monimentelelmällisissä tutkimuksissa (triangulation studies, multi-method studies) metodologisella triangulaatiolla (methodological triangulation) ja monimentelmällisyydellä (multi methods) tarkoitetaan useamman kuin yhden tutkimusmenetelmän tai aineistonkeruumenetelmän käyttöä samassa tutkimisessa. Tut-

kimuksessa voidaan yhdistää esimerkiksi kaksi tai useampi kvalitatiivinen menetelmä tai kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen menetelmä. Menetelmät voivat olla toisiaan täydentäviä tai kokonaan eri näkökulma valottavia. Tuloksia voidaan käyttää joko samanaikaisesti tai yhdistettynä tutkimuksen lopussa (Johnson & Onwuegbuzie 2004; Spratt ym. 2004; Munhall 2007; O’Cathain ym. 2007; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Monimenetelmällisyyden (menetelmätriangulaation) etuna on se, että sillä voidaan lisätä tutkimuksen luotettavuutta ja tutkimusilmiön ymmärtämistä (Boyd 1993; Thurmond 2001; Patton 2002), ja kokonaisvaltaisuutta sekä vahvistaa tutkimustuloksia (Boyd 1993; Thurmond 2001). Etuna on myös aineiston validointi, täydentäminen, vahvistaminen, syventäminen, rikastaminen ja kokonaiskuvan saaminen ilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Risjordin ym. (2001) mukaan menetelmätriangulaatio auttaa tarkastelemaan ja ratkaisemaan käytännöllisiä hoitotyön ongelmia. Lukkarisen ja Lepolan (2003) mukaan metodologisen triangulaation moninäkökulmainen lähestymistapa soveltuu etenkin sellaiseen hoitotieteelliseen tutkimukseen, jossa ihmisten ongelmat ovat monisyiset ja hoitamisen konteksti kompleksinen.

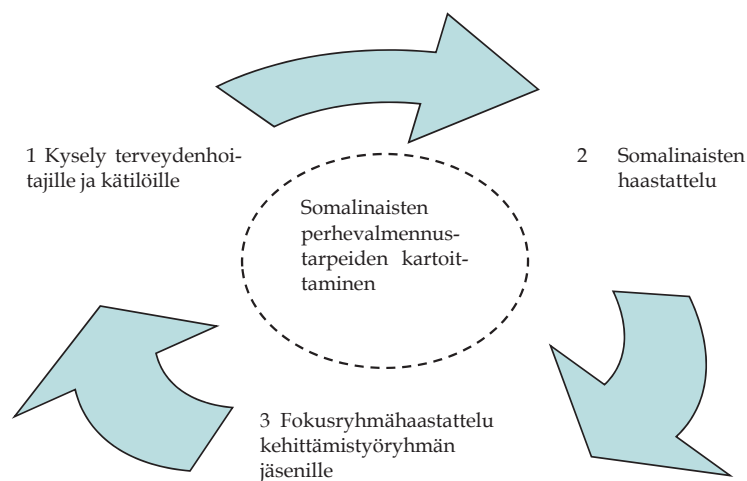
Monimenetelmällisyyttä on myös kyseenalaistettu. Ensinnäkin laadulliset ja määrälliset tutkimusmenetelmät perustuvat erilaisiin ihmiskäsityksiin ja niitä on tämän vuoksi vaikea yhdistää (Eskola & Suoranta 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Creswell 2014). Vaikka triangulaatio tuottaakin mielenkiintoisia tuloksia, se voi myös johtaa käsitteelliseen sekaannukseen, koska erilaiset tutkimusmenetelmät tulkitsevat tutkimuskohdetta eri tavalla ja puhuvat eri tutkimuskohteesta (Eskola ja Suoranta 2008).

Laadullisessa terveystutkimuksessa käytetään monia aineistonkeruumenetelmiä yksittäin tai eri menetelmiä yhdistäen (triangulaatio) (Kylmä ym. 2003). Lukkarisen (1999) tutkimuksessa potilasasiakirjat toivat esille lääketieteellisen näkökulman sepelvaltiotautia sairastavan elämänkulusta ja muut mittarit rajatun alueen terveyteen liittyvästä elämänlaadusta ja itsehoidosta. Tee-mahaastattelujen avulla pyrittiin paljastamaan ihmisten jokapäiväistä elämää erilaisine merkityksineen.

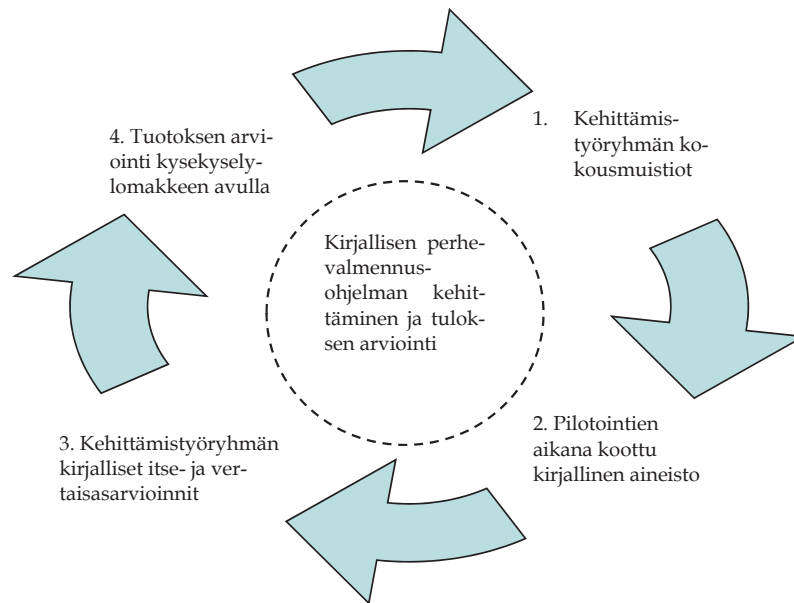
Pirskanen (2007) käytti menetelmätriangulaatiota kehittäessään varhaisen puuttumisen työmenetelmän nuorten päihteiden käytön ehkäisemiseksi. Aineisto kerättiin kyselyjen ja haastattelujen avulla. Bailey ja Hutter (2008) käyttivät menetelmätriangulaatiota HIV/AIDS-tutkimuksessa. Tutkimuksessa yhdistettiin syvähaastattelu, fokusryhmähaastattelu ja kysely. Syvähaastattelun avulla kerättiin tietoa miesten seksuaalikäyttäytymisestä ja riskien oivaltamisesta (tutkittavien käsitysten selvittäminen). Fokusryhmä-haastattelulla selvitettiin miesten seksuaalikäyttäytymistä ja riskien oivaltamista kuvien avulla (miesten oli helpompi puhua fiktiivisistä ihmisistä kuin itsestään). Kysely laadittiin laadullisten tutkimusten pohjalta. Laadulliset tutkimukset auttoivat myös vastausvaihtoehtojen muodostamisessa. Spencer (2013) käytti menetelmätriangulaatiota tutkiessaan nuorten käsityksiä terveydestä ja terveysriskeistä. Menetelmänä hän käytti ryhmä- ja yksilöhaastattelua sekä havainnointia.

Tässä tutkimuksessa käytettiin monimenetelmällisyyttä alkukartoituksissa, jotka toteutettiin terveydenhoitajille ja kätilöille sekä somalinaisille ja kehittämisyöryhmän jäsenille. Ajatuksena oli, ettei yksittäisellä tutkimusmenetelmällä saada riittävän kattavia vastauksia tutkimustehtäviin. Monimenetelmällisyys mahdollisti myös tutkimusilmiön tarkastelun perhevalmennukseen osallistuvien asiakkaiden, perhevalmennuksen toteuttajien ja muiden asiantuntijoiden näkökulmista. Monimenetelmällisyyttä perustelee myös pyrkimys saada aiheesta kokonaiskuva. Lisäksi pyrkimyksenä oli lisätä tutkimusaiheeseen liittyvää ymmärtämistä ja vahvistaa tutkimustulosten luotettavuutta.

Monimenetelmällisyyttä hyödynnettiin keräämällä terveydenhoitajilta ja kätilöiltä (N=140) tietoa somaliperheiden perhevalmiustarpeista kvantitatiivisin menetelmin eli kyselylomakkeen avulla ja syventämällä saatua kuvaa somalinaisilta (N=8) ja kehittämisyöryhmän jäseniltä (N=6) kvalitatiivisin menetelmin, toisin sanoen toteuttamalla somalinaisille teemahaastattelu ja perhevalmennusta kehittävän työryhmän jäsenille fokusryhmähaastattelu. Kartoitusten avulla kerättiin pohjatietoa ja virikeaineistoa perhevalmennusta kehittävän työryhmän toimintaa varten (kuvio 4). Kirjallisen perhevalmennusohjelman kehittämisen aikana tietoa koottiin erilaisista dokumenteista: kehittämisyöryhmän kokousmuistioista ja raporteista, joita kerättiin pilotintien aikana, sekä kehittämisyöryhmän jäsenten kirjallisista itse- ja vertaisarvioinneista. Lisäksi kyselylomakkeen avulla kerättiin tietoa kehittämisyöryhmän tuotoksesta, eli Monikulttuurisesta perhevalmennusohjelmasta (kuvio 5).



KUVIO 4 Monimenetelmällisyys tutkimuksen alkukartoituksissa.



KUVIO 5 Monimenetelmällisyys kehittämistoiminnan aikana.

6.3 Kysely terveydenhoitajille ja kättilöille

6.3.1 Kyselylomake

Kyselylomakkeen avulla kartoitettiin terveydenhoitajien ja kättilöiden näkemyksiä somaliperheiden perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisistä perhevalmennuksesta. Kyselylomake jakautuu neljään osaan (liite A 5). Lomakkeen T-osassa on 11 kysymystä, joissa selvitetään vastaajan taustatiedot: sukupuoli, siviilisääty, peruskoulutus, ammatillinen koulutus, syntymävuosi, asuinpaikka, äidinkieli, lapsien määrä ja ikä, perheen koko ja asiakasperheiden määrä. Lomakkeen A-osassa on yhteensä 11 kysymystä, jotka koskevat vastaajien näkemyksiä somaliperheen arjesta (Reuna 1998). Lomakkeen B-osassa on 14 kysymystä, jotka liittyvät raskauteen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan (Vehviläinen-Julkunen, Saarikoski & Marttinen 1995) sekä terveydestä huolehtimiseen (Laitakari ym. 1994). C-osan 12 kysymystä koskevat äitiyttä ja sosiaalista tukea (Tarkka 1996) sekä perhevalmennusta (Vehviläinen-Julkunen ym. 1995).

Kysymykset ja kysymysryhmät otettiin noista tutkimuksista tämän tutkimuksen kyselylomakkeeseen pääasiassa sellaisenaan. Muutoksia tehtiin ainoastaan kysymykseen numero 1, johon lisättiin 6 somalikulttuuria koskevaa väitettä (Liite A 5, A-osan kysymys 1, väitteet 15–20). Tarvittaessa väitteet kohdistettiin somaliperheisiin, -naisiin ja -miehiin. Näin siksi, että väitteet olivat yleisiä ja ne oli tarkoitettu alun perin joko valtaväestön naisille tai asiantuntijoille. Tarkan tutkimuksessa kysymykset oli osoitettu äideille itselleen, ja he arvioivat itse

esimerkiksi kättilöiden antamaa tukea synnytyksessä, hoitohenkilökunnan antamaa tukea lapsivuodeosastolla ja terveydenhoitajan antamaa tukea äitiyden varhaisvaiheessa (3 ensimmäistä kuukautta synnytyksen jälkeen). Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat ja kättilöt arvioivat somalinalaisia ja esimerkiksi heidän sosiaalisen tuen tarvettaan ja sen saamista omaisilta. Myös Reunan tutkimus oli toteutettu äideille, mutta tässä tutkimuksessa kysymykset osoitettiin terveydenhoitajille ja kättilöille.

Osien A, B ja C kysymykset koostuvat osakysymyksistä, joista osa on likertasteikollisia väittämiä, osa dikotomisia kysymyksiä ja osa niin sanottuja semanttisia differentiaaleja (= Osgood scale), joissa vastaajat luonnehtivat tutkijan nimeämää kohdetta. Likertasteikollisten kysymyksien vastausvaihtoehdot olivat 5-luokkaisia. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4 Kyselylomakkeen laadinnassa käytettyjä tutkimuksia.

Alkuperäinen tutkimus	Käsitteelliset lähtökohdat	Muuttujat	Kysymykset
Perhebarometri 1998 Vastuu perheen arjessa (Reuna 1998)	Perheen arki	Elämänarvot Periaatteellinen vastuu (= periaatteelliset näkemykset perheen sisäisestä työnjaosta) Vastuu käytännön arjessa	Osa A: Kysymykset 1-11
Terveyskasvatus terveyskeskuksissa (Laitakari ym. 1994)	Terveydestä huolehtiminen raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen	Elintavat raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen	Osa B: Kysymykset 12-25 ja 30
Äitiys ja sosiaalinen tuki (Tarkka 1996)	Äitiys ja sosiaalinen tuki	Raskaus, synnytys, lapsen hoito ja imetys sekä terveydestä huolehtiminen raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen	Osa C Kysymykset 26-29
Perhevalmennus perheiden tukena (Vehviläinen-Julkunen ym. 1995)	Perhevalmennus	Ohjauksen ja tuen tarve Perhevalmennuksen merkitys Perhevalmennuksen järjestäminen	Osa C Kysymykset 31-37

6.3.2 Aineisto ja sen keruu

Kyselyt toteutettiin Espoon ja Vantaan perusterveydenhuollon neuvoloissa ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kahden sairaalan, Naisten klinikan ja Kättilöopiston sairaalan synnytysosastoilla. Aineiston keräämisen aikaan Espoon

neuvoloissa työskenteli noin 60 terveydenhoitajaa ja Vantaan neuvoloissa noin 100 terveydenhoitajaa. Synnytysairaaloissa työskenteli kyselyn aikana yhteensä noin 70 kätilöä. Kyselyyn mukaan ottamisen kriteerinä pidettiin sitä, että terveydenhoitajilla ja kätilöillä on kokemusta somalinaisten ja -perheiden hoitamisesta ja neuvonnasta. Koska tietoa tällaisista terveydenhoitajista ja kätilöistä ei ollut olemassa, määräytyi aineiston koko tarkoitushakuisen valinnan avulla.

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 140, ja niistä palautui 70. Tutkija lähetti kyselylomakkeet, saatekirjeet ja postimerkillä varustetut palautuskuoret neuvoloiden ja sairaaloiden nimeämille yhdyshenkilöille. Espoon ja Vantaan yhdyshenkilölle lähetettiin yhteensä 80 kyselylomaketta ja synnytysairaaloiden yhdyshenkilölle 60 lomaketta (N=140 lomaketta). Yhdyshenkilöt toimittivat kyselylomakkeet ja saatekirjeet harkinnanvaraisesti kaikille sellaisille terveydenhoitajille ja kätilöille, joilla heidän tietonsa mukaan oli kyselyn aikana tai ennen kyselyä ollut asiakkaanaan somaliperheitä. Perusterveydenhuollossa kyselylomakkeita ei lähetetty sellaisille palvelualueille, joissa asuu vähän maahanmuuttajia. Synnytysairaaloissa yhdyshenkilö toimitti lomakkeet synnytysosastoihin (2) ja lapsivuodeosastoille (6).

Varsinaisen kyselyn toteuttamiseen vastausaikaa oli kuusi viikkoa. Toisen sairaalan osalta vastausaikaa jatkettiin kuukaudella, koska sairaaloiden yhdyshenkilö oli unohtanut toimittaa lomakkeet kyseessä olevaan sairaalaan.

Kyselyyn valikoitui mukaan 35 terveydenhoitajaa ja 35 kätilöä. Lähetetyistä lomakkeista kaksi palautettiin neuvoloista tyhjänä maininnalla, ettei terveydenhoitajalla ole asiakkanaan somaliperheitä. Kyselyyn osallistuneet neuvoloiden terveydenhoitajat tekevät enimmäkseen yhdistettyä äitiys- ja lastenneuvolatyötä. Vastaajat olivat iältään 25–63-vuotiaita naisia, ja miltei kaikilla heillä oli opistotasoinen terveydenhuollon koulutus. Vastaajista 24 % asui Helsingissä, 35 % Espoossa, 26 % Vantaalla ja 10 % Helsingin ympäristökunnissa. Suurin osa vastaajista oli naimisissa, suomenkielisiä ja peruskoulutukseltaan ylioppilaita. Lähes kaikilla vastaajilla oli itsellään 1–2 lasta. Kaikilla kyselyyn vastanneilla oli kyselyn aikana asiakkanaan noin 1–2 somaliperhettä kuukaudessa ja aikaisempaa kokemusta somaliperheistä. Vastaajat kuvasivat asiakasperheitään ydin-, suur- ja yksinhuoltajaperheiksi.

6.3.3 Aineiston analyysi

Kyselyn vastaukset tallennettiin SPSS-tilasto-ohjelmalla ja tilastolliset analyysit tehtiin SAS- ja SPSS-ohjelmilla. Aluksi havaintoaineisto tarkistettiin ja siitä laskettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumat. Tuloksia esitettäessä muutamien kysymysten luokkia yhdistettiin (taulukko 5, s. 10').

Kaikkien kyselyn yksittäisten osioiden jakaumia terveydenhoitajien ja kätilöiden välillä vertailtiin khiin neliötestillä. Jos testin edellytykset eivät olleet voimassa, käytettiin Mann-Whitneyn (SPSS) tai Wilcoxonin (SAS) testiä. Koska tilastollisesti merkitseviä eroja terveydenhoitajien ja kätilöiden välillä ei ollut kovin paljon, tulokset esitetään yhtenä ryhmänä. Kaikki yksittäiset erot terveydenhoitajien ja kätilöiden välillä kuitenkin mainitaan tekstissä. Lisäksi vertailtiin ”en osaa sanoa”-vastauksien osuuksia terveydenhoitajien ja kätilöiden vä-

lillä. Vertailu tehtiin joko khiin neliötestillä tai Fisherin testillä. Kaikki merkitsevät erot raportoidaan taulukoissa.

TAULUKKO 5 Kyselyn kysymysten luokkien yhdistäminen.

Kysymys	Luokkien yhdistäminen
2, 3, 14, 26, 31	Yhdistettiin luokat "täysin samaa mieltä" ja "jokseenkin samaa mieltä" luokaksi "samaa mieltä" ja luokat "jokseenkin eri mieltä" ja "täysin eri mieltä" luokaksi "eri mieltä".
4	Yhdistettiin luokat "selvästi enemmän" ja "jonkin verran enemmän" luokaksi "enemmän".
27	Yhdistettiin luokat "erittäin huonosti" ja "melko huonosti" luokaksi "huonosti" sekä "kohtalaisesti" ja "erittäin hyvin" luokaksi "hyvin".
32	Yhdistettiin luokat "erittäin tärkeä" ja "tärkeä" luokaksi "tärkeä" ja "melko tärkeä" ja "vähän tärkeä" luokaksi "melko tärkeä".

Vauvanhoito-, synnytys- ja imetyskokemuksia, terveystietoja sekä sosiaalisen tuen tarvetta ja saantia koskevista kysymyksistä muodostettiin summamuuttujat. Summamuuttujia muodostettaessa "en osaa sanoa" -vastaukset muutettiin puuttuviksi tiedoiksi. Summamuuttujan arvo laskettiin siten, että kunkin osion arvo laskettiin yhteen ja jaettiin osioiden määrällä. Toisin sanoen summamuuttuja muodostettiin laskemalla summamuuttujan osioiden keskiarvo. Summamuuttuja muodostettiin vain, jos vähintään puoleen sen osioista oli vastattu, muussa tapauksessa summamuuttujan arvo jäi puuttuvaksi. Taulukkoon 7 on merkitty ne kysymykset, joista muodostettiin summamuuttujat, ja summamuuttujissa olevien osioiden määrät.

Koska summamuuttujassa kaikkien sen osioiden asteikkojen on oltava samansuuntaisia, joidenkin yksittäisten osioiden asteikot käännettiin. Vauvanhoitokokemus-summamuuttujassa ja mieliala-summamuuttujassa käännetty osiot on kuvattu taulukossa 6.

TAULUKKO 6 Summamuuttujien osioiden käännettyt asteikot.

Summamuuttuja	Osiot, joiden asteikko on käännetty
B3 (kysymys 14) Vauvanhoitokokemus	3, 6, 9, 10, 11
B5 (kysymys 16) Mieliala synnytyksen jälkeen	5, 6, 11, 13

Tietomuuttujien (kysymykset 19–25) asteikot käännettiin siten, että suuri luku tarkoittaa hyviä tietoja ja pieni huonoja. Sosiaalisen tuen tarvetta ja saantia mittaavien muuttujien (kysymys 35 ja 36) asteikot käännettiin siten, että suuri arvo tarkoittaa erittäin paljon tukea ja pieni arvo vähän tukea. Näin summamuuttujien keskiarvojen tarkastelu oli loogisempaa: suurempi keskiarvo kuvasi parempia tietoja tai suurempaa tuen tarvetta tai saatua tukea.

Summamuuttujien reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfa -kertoimen avulla. Varsinaisesti alfa kuvaa mittarin homogeenisuutta eli yhtenäisyyttä, mutta se voidaan myös tulkita mittarin reliabiliteetin alarajaksi. Mitä suurempi

alfan arvo on, sitä yhtenäisempi mittarin voidaan katsoa olevan. (Metsämuuronen 2008.) Taulukkoon 7 on merkitty kaikkien summamuuttujien Cronbachin alfa -kertoimet. Summamuuttujien jakaumat testattiin Shapiro-Wilkin testillä. Suurin osa jakaumista noudatti normaalijakaumaa. Jos jakauma oli normaali, summamuuttujien keskiarvoja terveydenhoitajien ja kätilöiden välillä verrattiin t-testillä. Jos jakauma poikkesi normaalijakaumasta, vertailu tehtiin Mann-Whitneyn testillä tai Wilcoxonin testillä. Summamuuttujien tulokset esitetään yhtenä ryhmänä silloin, kun terveydenhoitajilla ja kätilöillä ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja, muussa tapauksessa edellä mainitut ryhmät raportoidaan erikseen. Tilastollisesti merkitsevän tuloksen rajana käytettiin p-arvoa 0,05.

TAULUKKO 7 Kyselyaineistosta muodostetut summamuuttujat ja niiden Cronbachin alfat.

Kysymys	Summamuuttuja	Osioiden määrä	Cronbachin alfa
Kokemusmuuttujat			
15	Synnytyskokemus	7	0,82
14	Vauvanhoitokokemus	13	0,72
18	Imetykokemus	5	0,89
Mielialamuuttujat			
16	Mieliala synnytyksen jälkeen	13	0,82
Tietomuuttujat			
19	Terveystiedot	8	0,78
20	Elintapojen merkitys raskauden aikaiseen ja synnytyksen jälkeiseen terveyteen	8	0,89
21	Liikunta	9	0,97
22	Ravitsemus	9	0,97
23	Tupakointi	9	0,99
24	Stressi	9	0,98
25	Päihhteet	9	0,99
Sosiaalisen tuen tarve			
35	Konkreettinen tuki	7	0,86
	Päätöksentekotuki	6	0,92
	Emotionaalinen tuki	6	0,97
Sosiaalisen tuen saanti			
36	Konkreettinen tuki	7	0,89
	Päätöksentekotuki	6	0,97
	Emotionaalinen tuki	6	0,97

6.4 Somalinaisten teemahaastattelu

6.4.1 Teemahaastattelu

Teemahaastattelun avulla kartoitettiin somalinaisten näkemyksiä somaliperheiden perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisistä perhevalmennuksesta.

Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja vapaamuotoisen avoimen haastattelun välimuoto. Teemahaastattelussa haastattelu etenee ennakkoon mietittyjen teemojen ja haastattelua ohjaavien kysymysten varassa. Haastattelu etenee tutkijan ja tutkittavan välisenä keskustelunomaisena tilanteena. Haastattelutilanteissa on myös liikkumavaraa. (Hirsjärvi & Hurme 1995; 2001; 2011.)

Teemahaastattelussa on sekä hyviä että huonoja puolia. Hyvänä puolena on, että sen valmiiksi muotoillut teemat ja väljät kysymykset auttavat sekä vastaamista että vastausten ymmärtämistä. Lisäksi tutkijalla on jonkin yllättävän vastauksen kuultuaan haastattelussa heti mahdollisuus udella sen syitä ja taustatietoja. Haastattelutilanteessa on mahdollisuus antaa tilaa ihmisten vapaalle puheelle, vaikka ennalta päätetyt teemat pyritään keskustelemaan kaikkien tutkittavien kanssa. Etuna on myös se, että vastaamisen vapaus antaa oikeuden haastateltavien puheelle. Lisäksi teemahaastattelua on suhteellisen helppoa ryhtyä analysoimaan teemoittain. (Hirsjärvi & Hurme 1995; 2001; 2011; Eskola & Suoranta 2000; Kylmä & Juvakka 2007; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Teemahaastattelun huonona puolena on se, että haastateltavien löytäminen voi olla vaikeaa. Haastatteluun menee paljon aikaa. Usein haastateltavat saattavat puhua asioiden vierestä, ja toiset taas eivät saa sanotuksi mitään. Lisäksi haastattelijalla voi itse lukkiutua omiin teemoihinsa liikaa eikä näin ollen kykene etenemään haastateltavien ehdoilla ja esittämään tarkentavia kysymyksiä. Haasteet liittyvät myös aineiston analyysiin. (Hirsjärvi & Hurme 1995; 2001; 2011; Kylmä & Juvakka 2007; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Teemahaastattelulla kerätty aineisto voidaan analysoida sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysi on kvalitatiivisten aineistojen perusanalyysimenetelmä (Hsieh & Shannon 2005; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Sillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs ym. 2011). Sisällönanalyysiä käytetään sekä laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä että määrällisen tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa. (Hsieh & Shannon 2005; Kyngäs ym. 2011.) Alun perin sisällönanalyysi kohdistui julkituotuihin asiasisältöihin. Ajan kuluessa sen käyttöä on laajennettu myös piilevien sisältöjen tulkintaan. Tutkijan on itse päätettävä, kohdistuuko sisällönanalyysi julkituotuihin vai piileviin sisältöihin (Graneheim & Lundman 2003).

Sisällönanalyysi auttaa kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs & Vanhanen 1999; Graneheim & Lundman 2003; Elo & Kyngäs 2007; Kyngäs ym. 2011). Sen avulla muodostetaan kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekartta tai malli (Elo & Kyngäs 2008; Kyngäs ym. 2011). Sisällönanalyysi voi olla induktiivinen tai deduktiivinen eli aineistolähtöinen tai teorialähtöinen (Kyngäs & Vanhanen 1999; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Kyngäs ym. 2011). Se, mitä analyysitapaa tutkimuksessa käytetään, riippuu tutkimuksen tarkoituksesta.

Induktiivisessa eli aineistolähtöisessä analyysissä edetään aineiston ehdoilla (Kyngäs & Vanhanen 1999; Kyngäs ym. 2011). Aineistolähtöinen analyysi voi edetä kolmivaiheisena prosessina: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen,

2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Kyngäs ym. 2011). Sisällönanalyysillä tehdyn tutkimuksen raportointi on haasteellista. Usein sisällönanalyysin tuloksena tuotetusta tuloksesta näkyy analyysin keskenäisyys. Tutkija ei ole abstrahoinut aineistoja tai hän yhdistää liian paljon erilaisia asioita samaan käsitteeseen. (Gao 1996; Kyngäs ym. 2011.)

Hoitotyön tutkimuksissa induktiivista sisällönanalyysiä on käytetty laadullisen aineiston analyysiin muun muassa lapsiperheen varhaiseen tukeen kohdistuneessa tutkimuksessa (Pietilä ym. 2001), ikääntyvien itsehoitoon kohdistuneessa tutkimuksessa (Backman 2003), monikkovanhempiin kohdistuneessa tutkimuksessa (Heinonen ym. 2007), tutkittaessa isien kokemuksia keisarileikkauksista (Kalliovalkama & Munnukka 2003) ja tutkittaessa terveydenhuoltoon erikoistuvien terveydenhoitajien ja lääkäreiden käsityksiä työterveyshuollon työstä (Utriainen & Ala-Mursula 2013).

Moni asia puoltaa tiedonkeruun menetelmäksi valittua teemahaastattelua. Ensinnäkin Suomessa asuvien somaliperheiden perhevalmennuksesta ja perhevalmennustarpeista on olemassa vain vähän sellaista tietoa, jonka tuottamiseen somalinaiset ovat itse osallistuneet. Teemahaastattelu on käyttökelpoinen metodi, kun halutaan päästä lähemmäksi somalinaisten omia kokemuksia ja näkemyksiä tutkimusaiheesta. Haastattelu sopii tutkimusmetodiksi myös silloin, kun halutaan tietoa vähän tunnetuista ja arkaluontoisista ilmiöistä ja asioista. Haastattelua käytetään myös silloin, kun haastateltavien joukossa on sellaisia henkilöitä, joiden motivaatio ja kielitaito eivät riitä kyselylomakkeen täyttämiseen. (Hirsjärvi & Hurme 1995; 2001; 2011; Kylmä & Juvakka 2007; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

6.4.2 Aineisto ja sen keruu

Somalinaisten (N=8) haastattelut kohdistuivat seuraaviin teemoihin: raskaus, synnytys, synnytyksen jälkeinen aika, lapsen hoito, terveyden edistäminen, vauvaperheen arki ja perhevalmennus (Liite A 3).

Haastatteluihin osallistui 8 raskaana olevaa tai kyselyä edeltäneen vuoden aikana synnyttäneitä somalinaista. Haastattelu eteni ennakkoon määriteltyjen teemojen ja niistä johdettujen tarkentavien kysymysten varassa. Haastateltavat henkilöt saavutettiin lumipallomenetelmän avulla. Lumipallomenetelmä on otantamenetelmä, jonka idea on kerätä käsillä olevaan asiaan liittyvät toimijat ja tahot aineistolähtöisesti tiedonantajien omia verkostoja hyödyntäen (Polit & Beck 2014). Samasta asiasta käytetään myös käsitteitä verkosto-otanta tai lumipallo-otos. Toisin sanoen haastateltavien hankinnassa käytetään hyväksi verkostoja tiedonantajaehdokkaiden löytämiseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tässä tutkimuksessa haastateltavia tavoitettiin aluksi terveydenhoitajien välityksellä ja lopulta heitä saatiin parhaiten tutkijan ja haastattelun toteuttaneiden kättilöopiskelijoiden omien verkostojen avulla. Myös edelliseltä haastateltavalta kysyttiin uusia haastateltavia.

Haastattelut toteutettiin vuoden 2005 aikana somalinaisten kotona.

Haastattelut nauhoitettiin, ja niiden kesto oli noin 2–2,5 tuntia. Haastattelun alussa kaikilta haastateltavilta pyydettiin kirjallisesti tietoinen suostumus haastatteluun ja lupa haastattelujen äänitykseen. Kirjallisessa tiedotteessa ja suostumusasiakirjeessä ilmeni tutkimuksen tarkoitus, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen niin halutessaan. Tiedote ja suostumusasiakirje olivat saatavilla suomen- ja somaliankielisenä (liitteet A 1 ja 2).

Tutkija toteutti kaksi haastattelua yhdessä kättilöopiskelijoiden kanssa. Loput haastatteluista toteuttivat ohjattuina edellä mainitut, tutkijan kouluttamat valmistumisvaiheessa olevat kättilöopiskelijat. Haastattelut aloitettiin kysymällä somalinaisten taustatietoja. Haastattelut etenivät luonnollisena keskusteluna, vuorovaikutus oli onnistunutta ja taukoja pidettiin naisten ja heidän lastensa ehdoilla. Yhdessä haastattelussa käytettiin apuna tulkkia.

6.4.3 Aineiston analyysi

Somalinaisten haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä (Kyngäs & Vanhanen 1999; Kyngäs ym. 2011). Aluksi haastattelut litteroitiin tekstiksi. Litteroinnin jälkeen A4-paperiliuskoja kertyi 58 sivua rivivälillä 1,5. Tämän jälkeen haastatteluaineistot luettiin useita kertoja läpi ennen lopullista analyysiä. Analyysissä haettiin vastausta kysymykseen siitä, millainen näkemys Suomessa asuvilla somalinaisilla on somaliperheen perhevalmennustarpeista ja perhevalmennuksesta. Analyysiyksiköksi valittiin merkityksellinen lausuma tai asiakokonaisuus. Tämän jälkeen merkityksellisistä lausumista tai asiakokonaisuuksista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset, jotka luokiteltiin alaluokkiin ja edelleen yläluokkiin. Luokat nimettiin sisällön mukaisesti. Aineistosta analysoitiin ensin perhevalmennukseen osallistuneiden (n=4) ja sen jälkeen perhevalmennukseen osallistumattomien naisten haastattelut (n=4). Lopuksi perhevalmennuksen osallistuneiden ja osallistumattomien aineisto yhdistettiin niiltä osin kuin se oli mahdollista. Tutkija analysoi aineiston itsenäisesti. Esimerkki aineiston analyysistä kuvataan taulukoissa 8 (s. 108) ja 9 (s. 109).

Aineiston analyysi eteni seuraavasti (Kyngäs & Vanhanen 1999; Kyngäs ym. 2011):

1. alkuperäisten ilmaisujen pelkistäminen
2. ryhmittely eli yhteensopivien pelkistysten kokoaminen
3. kunkin kategorian (= pelkistetyn ryhmän) nimeäminen (alaluokka)
4. samaa ilmiötä kuvaavien kategorioiden (= alaluokat) yhdistäminen
5. luokitellut kategoriat nimetään (= yläluokka)
6. yläluokkien yhdistäminen (= yhdistetty luokka).

TAULUKKO 8 Esimerkki perhevalmennukseen osallistuneiden somalinaisten haastattelua-
luaineiston analyysistä. Alkuperäinen ja pelkistetty ilmaus.

Perhevalmennukseen osallistuneet naiset (SN 3,4,5,8) n = 4 / 8	
Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
Mä olin raskaana niin, että meitä valmennettiin miten synnytys menee ja katseltiin kasetteja synnytyksestä ja sitten kerrottiin mitä tulee olemaan synnytyksessä. (SN8)	Perhevalmennuksessa valmennettiin synnytykseen. Perhevalmennuksessa katsottiin synnyntideo.
Just kuten (minut) on valmennettu, että (perhevalmennuksessa) kerroittasi synnytyksestä niin, että asiat täsmäävät kun menee itse synnytyssaliin. Esimerkiksi suomen (synnytys-) kulttuurista voitaisiin käsitellä myös. (SN3)	Perhevalmennuksessa kerrotaan käytännön läheisesti synnytyksestä. Perhevalmennuksessa kerrotaan suomalaisesta synnytykskulttuurista.
Autetaan tulevia äitejä, ja neuvotaan miten erilaisia synnytystapoja on, voi istua tuolissa ja voi käydä kylvyssä ja pitää kävellä. (SN3) Jos tulee yksityistä asiaa niin voi aina kysyä. (SN3)	Perhevalmennus auttaa tulevia äitejä. Perhevalmennuksessa neuvotaan erilaisia synnytystapoja. Perhevalmennuksessa annetaan mahdollisuus esittää kysymyksiä.
Puoliso osallistui valmennukseen (SN3,SN5). Miehen kanssa käytiin perhevalmennuksessa, synnytysvalmennus (SN4). Tukihenkilö osallistui (SN8)	Puoliso ja tukihenkilö osallistuneet perhevalmennukseen.
Mun mielestä on tosi hyvä että pidetään aina perhevalmennusta. Ainaskin ensisynnyttäjille kun ne ei tiedä mitään. (SN 8)	Synnytysvalmennus on hyvä asia ensisynnyttäjille.
Se (perhevalmennus) on varmaan hyvä jos äidillä tai isällä ei oo synnytykskokemus, hän näkee monenlaista, se on hyvä tietää jotain ennen synnytystä. (SN5)	Synnytysvalmennus on hyvä asia sellaisille vanhemmille, joilla ei ole aikaisempaa synnytykskokemusta.
Miehen kanssa käytiin perhevalmennuksessa, synnytysvalmennus. Siel on aika paljon ihmisiä. Siellä puhuttiin synnytyksistä ja kaikista. Siellä oli aika hyvä käydä (ennen synnytystä). (SN4)	Perhevalmennuksessa, jossa valmennetaan synnytykseen, on hyvä käydä ennen synnytystä.

TAULUKKO 9 Esimerkki perhevalmennukseen osallistuneiden somalinaisten haastatteluaineiston analyysistä. Alaluokka, yläluokka ja yhdistetty luokka.

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistetty luokka
Synnytyksen valmentaminen Synnytysvideon katsominen Käytännönläheistä tietoa synnytyksestä Kerrotaan suomalaisesta synnytyskulttuurista Neuvotaan synnytystapoja Mahdollisuus esittää kysymyksiä Hyvä käydä ennen synnytystä Tietoa synnytyksestä myös vertaisilta Yksilöllinen synnytyskokemus	Valmennetaan synnytykseen	Näkemykset perhevalmennuksesta

6.5 Fokusryhmähaastattelu kehittämistyöryhmän jäsenille

6.5.1 Fokusryhmähaastattelu

Fokusryhmähaastattelun avulla kartoitettiin kehittämistyöryhmän näkemyksiä somaliperheiden perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisestä perhevalmennuksesta.

Koskinen ja Jokinen (2001) käyttävät fokusryhmähaastattelusta (focus group interview) käsitettä ryhmähaastattelu. Heidän mielestään ryhmähaastattelut voidaan toteuttaa strukturoituna tai vapaina. Mäntyrannan ja Kailan (2008) mukaan fokusryhmähaastattelu (focus group interview/discussion) on valikoidulle ryhmälle ennalta suunnitellun haastattelurunon pohjalta toteutettu keskustelutilanne. Fokusryhmähaastattelun toteuttaa ja sitä ylläpitää haastattelija.

Fokusryhmähaastattelu kehitettiin markkinointitutkimuksen parissa 1920-luvulla. Sitä voidaan käyttää sekä itsenäisenä tutkimusmenetelmänä että yhdistettynä johonkin toiseen menetelmään. Ryhmän koko voi olla 4–10 henkilöä. Fokusryhmähaastattelussa ollaan kiinnostuneita haastateltavien näkemyksistä, kokemuksista ja mielipiteistä sekä kulttuurisista jäsenyksistä ja pienoiskulttuurien merkitysrakenteista. Haastattelun tavoitteena on saada keskustelun avulla tietoa tutkimustehtävään tai tutkimusongelmaan. Fokusryhmähaastattelussa tietoa kertyy sekä kohdennettujen haastattelukysymysten että vapaamuotoisten puheenvuorojen avulla. (Pötsönen & Pennanen 1998; Krueger 2002; Kylmä & Juvakka 2007; Sipilä ym. 2007; Mäntyranta & Kaila 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Krueger & Casey 2009; Jayasekara 2012.)

Fokusryhmähaastattelu voidaan analysoida ainakin neljällä eri tavalla: literointiin perustuvalla analyysillä (systemaattinen analyysi), nauhoitukseen perustuvalla analyysillä, muistiinpanoihin perustuvalla analyysillä ja muistin-

varaisella analyysillä. Näistä ensimmäinen analyysitapa on kaikkein aikaa vievin ja metodisesti vaativin, eikä sitä yleensä käytetä muualla kuin akateemisessa tutkimuksessa. (Krueger 2002; Parviainen 2005; Krueger & Casey 2009.) Systemaattinen analyysi edellyttää analyysimenetelmän tarkkaa kuvaamista ja analyysiprosessin ymmärtämistä. Systemaattisessa analyysissä on huomioitava toteennäytettävyys (analyysin kuvaaminen), täsmentäminen (mm. analyysin huomioiminen kysymyksiä suunniteltaessa, lisäkysymysten tekeminen haastattelun aikana, strategisesti suunniteltu loppukysymys) ja välitön raportointi ja keskustelu muiden fokusryhmähaastattelua toteuttaneiden kanssa, jos haastattelijoita on useita (Krueger 2002; Krueger & Casey 2009.) Mäntyrannan ja Kailan (2008) mukaan fokusryhmähaastattelulla saatu aineisto voidaan analysoida hyödyntäen laadullisen aineiston analyysitapoja, joita ovat aineisto- tai teorialähtöinen sisällönanalyysi (vrt. Tuomi ja Sarajärvi 2004).

Fokusryhmähaastattelulla saatujen tulosten esittämisessä noudatetaan samoja periaatteita kuin muussakin laadullisissa tutkimuksissa. Tulokset voidaan kerätä teema-alueina, teoreettisena mallina tai suorina lainauksia. Fokusryhmähaastattelulla saadaan monipuolinen ja rikas aineisto, jollaista muilla tutkimusmenetelmillä ei olisi saatavissa. Menetelmän rajoituksena on ryhmien yksilöllisyyden katoaminen sekä etenkin vähemmistön mielipiteiden, näkökulmien ja ajatusten liian vähälle huomiolle jääminen. Fokusryhmähaastattelun avulla saatuja tuloksia ei voida saavuttaa muunlaisin tutkimusmenetelmin eikä saatua aineistoa ei voida yleistää. (Pötsönen & Pennanen 1998; Krueger 2002; Kylmä & Juvakka 2007; Sipilä ym. 2007; Mäntyranta & Kaila 2008; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009; Krueger & Casey 2009; Jayasekara 2012.)

Fokusryhmähaastatteluja käytetään tutkimusmenetelmänä etenkin kehitysmaissa. Tällaiset tutkimukset ovat kohdistuneet muun muassa raskauden ehkäisyyn (Schaffer ym. 2008), nuorten abortteihin (Tsai & Wong 2003), naisten kokemuksiin lisääntymisterveyspalveluista (Yakong ym. 2010), naisten synnytyskokemuksiin (Ambruso ym. 2005), äitiyshuollon työntekijöiden kokemuksiin raskauden ja synnytyksen aikaisesta hoidosta (Graner ym. 2010) ja synnytyksen jälkeisiin kotikäynteihin (Wager ym. 2004).

Fokusryhmähaastatteluja käytetään lisääntyvässä määrin myös terveystieteellisissä tutkimuksissa. Terveystieteissä se on saavuttanut paikkansa vasta 1990-luvulla. 1990-luvulla sen käytöstä saatuja kokemuksia ovat raportoineet Suomessa Turunen ym. (1996) ja Pötsönen ja Välimaa (1998). 2000-luvulla menetelmää on käytetty terveystieteissä tutkittaessa työyksikön itsearviointia hoitotyön johtajien apuna (Holma 2003) ja evaluoitaessa tiedonkeruun välinettä (Järvensivu 2005).

Kansainvälisissä tutkimuksissa fokusryhmähaastattelua on käytetty tutkittaessa vähemmistöryhmien saamia hoitotyön palveluita (Davies & Bath 2001; Hartley & Hamid 2002) ja ihonväriin liittyvää syrjintää (Nadal ym. 2012) sekä tutkittaessa ruuan hinnan vaikutuksia vähemmistöryhmien ostoskäyttäytymiseen (DiSantis ym. 2012). Terveystieteissä menetelmää ovat 2000-luvulla kuvanneet muun muassa Mitchell & Branningan (2000), Kylmä & Juvakka (2007),

Mäntyranta & Kaila (2008), Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009) ja Jayasekara (2012).

6.5.2 Aineisto ja sen keruu

Kehittämistyöryhmän haastattelu toteutettiin 27.4.2004 Helsingin ammattikorkeakoulun tiloissa. Haastattelu kesti noin 3 tuntia. Kehittämistyöryhmään kuului neljä terveydenhoitajaa (n=4) ja kaksi kättilöä (n=2), joista toinen oli somalitaustainen. Tutkijan tehtävänä oli johtaa ja ylläpitää keskustelua ja esittää tarvittaessa täydentäviä ja johdattelevia kysymyksiä. Ryhmän jäsenet istuivat pöydän ympärillä. Jalustalla oleva videokamera tallensi keskustelutilanteen. Videoinnin käynnisti ryhmän ulkopuolinen henkilö. Haastateltavat auttavat toinen toisiaan syventämään keskustelua. Haastattelua (liite A 4) ohjasivat seuraavat perhevalmennukseen liittyvät kysymykset:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen toteuttamiseen?
2. Millaisia perhevalmennustarpeita Suomessa asuvilla somaliperheillä on?
3. Millainen on kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus?
4. Mitä kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus edellyttää?
5. Miten kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus tulisi toteuttaa?
6. Millaisia vaikutuksia kulttuurisesti sensitiivisellä perhevalmennuksella on?

6.5.3 Aineiston analyysi

Tutkija toteutti ja videoi haastattelun. Tallennettu aineisto litteroitiin sanatar-kasti keskustelun mukaisessa järjestyksessä, koska tietoa haluttiin haastatteluun osallistuneiden näkemyksistä. Aineiston litteroinnin jälkeen A4-paperiliuskoja kertyi 23 sivua rivivälillä 1,5. Tutkija luki litteroidun aineiston useita kertoja läpi. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä (Kyngäs & Vanhanen 1999; Kyngäs ym. 2011).

Aineiston analyysi eteni seuraavasti:

1. alkuperäisten ilmaisujen pelkistäminen
2. ryhmittely eli yhteensopivien pelkistysten kokoaminen
3. kunkin kategorian (= pelkistetyin ryhmän) nimeäminen (alaluokka)
4. samaa ilmiötä kuvaavien kategorioiden (= alaluokat) yhdistäminen
5. luokiteltujen kategorioiden nimeäminen (= yläluokka)
6. yläluokkien yhdistäminen.

Esimerkki aineiston analyysistä kuvataan taulukoissa 10 ja 11.

TAULUKKO 10 Esimerkki kehittämistyöryhmälle toteutetun fokusryhmähaastatteluai-
neiston pelkistämisestä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistäminen
Th. Ryhmätapaamiset olivat aina somalian kielellä, tulkki on kääntänyt	tulkin käyttö
Th. Perusasiat (raskaudesta) on läpi käyty sekä synnyttämiseen, kivunlievitykseen liittyvät asiat ja sitten vauvan hoitoon liittyvät asiat. (Valmennuksen) perusajatus ja sisältö olivat samat (kuin valtaväestöllä).	sama sisältö kuin valtaväestölle
Th. Jos eletäis vaikka 80-luvun 90-luvun alkupuolta, millon niit (somaliasiakkaita) enemmän tuli (Suomeen), sillan ois ollu ihana tilanne alkaa valmentaa, nythän se ois se pohja, niil on jo niin monta (lasta), et .(2)	olis pitänyt aloittaa jo aikaisemmin (80-90 luvulla)
Th. Mitä sitten? Niistä tuli uudelleen synnyttäjiä. Tarvetta ei vaan enää ollut. Jäädään odottamaan uutta kierrosta. Siit on pidempi aika kun mä oon virallisesti valmentanut ketään.	nyt olisi jo paljon tietoa
Th. Jos yleensä on ensimmäistä lastaan odottava somaliperhe tai maahanmuuttajaperhe, niin onhan annettu valmennuskutsu. Th. Kukaan ei oo kysynyt perhevalmennusta.	uudelleensynnyttäjillä ei ole tarvetta valmennukseen
Th. Ehkä ne (somaliperheet) haluaakin kuulua siihen samaan (valmennus)ryhmään (kuin kantasuomalaiset).	valmennuskutsu annettu kukaan ei ole kysynyt valmennusta
Th. Et se ole niin kuin se ongelma, et voiko yhdistä kaikkia maahanmuuttajia ehkä isommalta alueelta?	maahanmuuttajanaisten ryhmät pieniä ryhmän muodostaminen isommalta alueelta
Th. Kieli voi olla yksi ongelma, mutta monesti meillä on tulkkeja paikalla.	kieli voi olla ongelma tulkin tarve
Th. Vaikka se "peruspaketti" on käyty 1-3 lapsen kohdalla (asiakkaan kanssa läpi), niin mihin se (tieto) "peruspaketti" on hävinnyt kahdeksannen lapsen kohdalla?	monisynnyttäjiä neuvotaan jokaisen lapsen kohdalla ohjeiden ja neuvojen unohtaminen
Th. Oon myös monta kertaa miettinyt, meneekö maahanmuuttajat herkästi sen taakse, ei oo kerrottu, vaik on kerrottu, vaikka omalla tavalla tietää ja tekee itsensä tyhmäksi.	asiakas väittää, ettei ole kerrottu asiakas tietää, mutta kysyy silti tyhmäksi tekeytyminen

TAULUKKO 11 Esimerkki kehittämistyöryhmälle toteutetun fokusryhmähaastatteluai-
neiston analyysistä.

Pelkistetyt ilmaisut	Pelkistettyjen ilmaisujen nimeäminen	Alaluokka	Yhdistävä luokka
<ul style="list-style-type: none"> sama sisältö kuin valtaväestölle tulkin käyttö 	Aikaisemmat kokemukset	Työntekijöihin liittyvät haasteet	Monikulttuuriseen perhevalmennukseen vaikuttavat tekijät
<ul style="list-style-type: none"> valmentamien olisi pitänyt aloittaa jo aikaisemmin (80-90 luvulla) nyt naisilla olisi jo paljon tietoa 	Jälkiviisaus		
<ul style="list-style-type: none"> monisyntyttäjiä neuvotaan jokaisen lapsen kohdalla ohjeiden ja neuvojen unohtaminen asiakas väittää ettei ole kerrottu asiakas tietää, mutta kysyy silti tyhmäksi tekeytyminen 	Kulttuurisokeus		
<ul style="list-style-type: none"> uudelleensyntyttäjiillä ei ole tarvetta valmennukseen 	Perhevalmennus on suunnattu ensisyntyttäjiille	Järjestelmään liittyvät haasteet	
<ul style="list-style-type: none"> valmennuskutsu annettu kukaan ei ole kysynyt valmennusta 	Markkinointiin liittyvät haasteet		
<ul style="list-style-type: none"> maahanmuuttajien ryhmät pieniä ryhmän muodostaminen isommalta alueelta 	Maahanmuuttajista ei muodostu omaa ryhmää	Maahanmuuttajiin liittyvät haasteet	
<ul style="list-style-type: none"> kieli voi olla ongelma tulkin tarve tulkkia käytetty 	Kommunikointiongelmat		

6.6 Perhevalmennusohjelman kehittämisen aikainen aineisto

6.6.1 Muut laadulliset tiedonkeruumenetelmät

Tutkimuksessa kokeillaan toimintatutkimusta somalinaisille soveltuvan kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman kehittämisessä. Kehittämistyön aikana tietoa kerättiin seuraavien menetelmien avulla: tutkijan kirjoittamat kokousmuistiot, perhevalmennusohjelman pilotoinneista kirjoitetut raportit (liite B 4 ja 5) sekä kehittämistyöryhmän jäsenten kirjalliset itse- ja vertaisarvioinnit. Lisäksi kehittämistyöryhmän tuottamasta kirjallisesta perhevalmennusohjelman arvioinnissa kerättiin tietoa tutkijan laatiman kyselylomakkeen avulla (liite B2).

Kokousmuistiot

Perhevalmennusohjelmaan kehittäneen työryhmän kokouksissa keskustelua johdattivat eteenpäin tutkijan laatimat ja kokousten aikana hyväksytyt esityslistat ja edellisten kokousten muistiot. Kokousten aikana tutkija esitti kehittämistyöryhmälle seuraavia avoimia mielipidekysymyksiä (vrt. Hirsjärvi ym. 2001; 2007):

1. Miksi somaliperheet eivät osallistu perhevalmennukseen?
2. Miksi somaliperheille tulisi järjestää perhevalmennusta?

Kokouksessa toteutetun ryhmätyön aikana keskustelua ohjasivat seuraavat mielipidekysymykset:

1. Millaisia tarpeita ja ongelmia Suomessa asuvilla somaliperheillä on?
2. Mistä tarpeet ja ongelmat johtuvat?
3. Millaisin keinoin ongelmia voitaisiin vähentää?
4. Millaiset tavoitteet perhevalmennukselle olisi asetettava?
5. Millaisia opetusmenetelmiä perhevalmennuksessa olisi hyvä käyttää?

Kehittämistyöhön osallistuneiden kirjalliset itse- ja vertaisarvioinnit

Itsearvioinnilla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan kehittämistyöryhmän jäsenten itsensä toteuttamaa kirjallista arviointia sen kuvaamiseksi, onko ryhmän yksittäisen henkilön toiminta ja kirjallinen tuotos ollut heidän itsensä mielestä kehittämistyöryhmälle asettujen tavoitteiden suuntaista. Vertaisarvioinnilla tarkoitetaan arviointia, jossa vertaiset (tässä kehittämistyöryhmän jäsenet) arvioivat kriittisesti toinen toistensa toimintaa ja kirjallista tuotosta. (Vrt. Rousu & Holma 2004.) Kehittämistyöryhmän tuottaman perhevalmennusohjelman osien itsearvioinnissa kehoitettiin ryhmän jäseniä tarkastelemaan omaa toimintaansa ja kehittämänsä perhevalmennusteeman tavoitteita ja sisältöjä, opetusmenetelmiä (dialogi ja osallistavat opetusmenetelmät), aikatauluja ja lähteitä. Jokainen ryh-

män jäsen arvioi kriittisesti myös yhden ryhmän jäsenen kirjallisen perhevalmennusohjelman osan. Vertaisarvioinnit olivat vapaamuotoisia.

Kirjalliset raportit pilotoinneista

Pilotointien (N=5) toteuttajia pyydettiin antamaan palautetta kokemuksistaan kirjallisesti. Toteuttajia pyydettiin täyttämään osallistujien puolesta asiakaspalautelomake (liite B 4) ja samassa yhteydessä täyttämään myös omia kokemuksia kuvaava lomake (liite B 5) ja palauttamaan molemmat sähköpostin välityksellä tutkijalle.

Kyselylomakkeella kerätty palaute uudesta perhevalmennusohjelman kokonaisuudesta

Tutkija laati kehittämistyöryhmän tuottaman kirjallisen perhevalmennusohjelman ulkopuolista ja itsearviointia (kehittämistyöryhmän jäsenten itsensä toteuttama arviointi) varten erillisen arviointilomakkeen, josta tuotettiin paperi- ja verkkoversio (liite B2.) Lomakkeessa oli kahdeksan avokysymystä ja 3 suljettua kysymystä. Kysymykset koskivat kirjan rakennetta, valmennusohjelman sisältöä, valmennusmenetelmiä ja oppimista sekä kirjan kokonaisuutta.

6.6.2 Aineisto ja sen keruu

Kehittämistoiminnan aikana aineistoa kerättiin kokousmuistioiden, perhevalmennusohjelman pilotoinneista saatujen kirjallisten palauteaineistojen, kehittämistyöryhmän jäsenten itse- ja vertaisarviointiaineiston sekä ulkopuolisten asiantuntija-arviointien avulla.

Tutkija osallistui kehittämistyöryhmän kokouksiin ja kirjoitti sekä keskustelujen että havaintojen perusteella niistä muistiot. Kehittämistyöryhmän jäseniä pyydettiin kirjoittamaan omaa toimintaansa ja tuotosta kuvaavat itsearviointit. Jokainen ryhmän jäsen arvioi myös vertaisensa toimintaa ja kirjallista tuotosta.

Pilotointien toteuttamisessa auttoivat Väestöliiton Kotipuu -hanke (n=2) , pääkaupunkiseudulla toiminut moskeija ja somalinaisten kanssa maahanmuuttotyötä tekevät tahot (n=3) . Pilotoinnit toteutti yksi kehittämistyöryhmän terveydenhoitajista ja kaksi valmistumisvaiheessa ollutta, tutkijan ohjaamaa kättilöopiskelijaa.

Kehittämistyön tuloksesta tietoa koottiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen avulla. Arvioinnit (N=14) saatiin ulkopuolisilta asiantuntijoilta (n=8) ja kehittämistyöryhmän jäseniltä itseltään (n=6). Ulkopuoliset arvioitsijoista 4 oli terveydenhuollon opettajia, 1 sosiaalialan opettaja, 1 terveydenhoitaja, 1 ennaltaehkäisevän terveydenhuollon esimies ja 1 kulttuurintutkija.

Aineistoa tuottivat tutkija (kirjalliset muistiot N=5), neljä terveydenhoitajaa ja kaksi kättilöä, jotka kuuluivat kehittämistyöryhmään (itse- ja vertaisarviointit), pilotointien toteuttajat (2 kättilöopiskelijaa ja 1 terveydenhoitaja) sekä valmista kirjallista perhevalmennusohjelmaa arvioineet kehittämistyöryhmän jäsenet (N=6) ja ulkopuoliset arvioitsijat (N=8). Ulkopuoliset arvioitsijat olivat terveydenhuollon opettajia (n=4), sosiaalialan opettaja (n=1), terveydenhoitaja

(n=1), ennaltaehkäisevän terveydenhuollon esimies (n=1) ja kulttuurintutkija (n=1).

6.6.3 Aineiston analyysi

Kokousmuistioaineistoa kertyi 12 A4-sivua tekstiä rivivälillä 1,5. Muuta laadullista aineistoa (kehittämistyöryhmän tuottama itse- ja vertaisarviointiaineisto, perhevalmennusohjelman pilotointien aikana kerätty aineisto ja Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjan [Koski 2006] arviointiaineisto) kertyi 15 A4-sivua rivivälillä 1,5.

Kokousmuistiot analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin avulla. Deduktiivisen sisällönanalyysin lähtökohta on teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tutkimusaineistossa tarkastellaan (Kyngäs & Vanhanen 1999; Eskola & Suoranta 2000; Graneheim & Lundman 2004; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, Kyngäs, Kääriäinen & Elo ym. 2011). Tässä tutkimuksessa aineiston analyysirunkona käytettiin käsitettä ryhmän muodostuminen (Pennington 2005) sekä fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet (WHO 1998). Aineiston analyysi eteni seuraavasti (Kyngäs & Vanhanen 1999; Kyngäs ym. 2011) (taulukko 12, s. 117):

1. Analyysiä ohjasi edeltä käsin määritelty käsitteistö.
2. Aineistosta etsittiin käsitteisiin sopivia sisältöjä.
3. Sisällöt analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä, jolloin muodostuivat alakategoriat.
4. Alakategoriat nimettiin.
5. Mukaan otettiin vain analyysirunkoon sopivia ilmaisuja.

Myös itse- ja vertaisarvioinnilla ja pilotointien aikana kertynyt aineisto ja analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin avulla. Aineiston analyysissä käytettiin apuna SWOT-analyysikehikkoa, joka on Albert Humphreyn (1926–2005), yhdysvaltalaisen bisnesmiehen, kehittämä nelikenttämenetelmä, jota käytetään runsaasti myös terveydenhuollon organisaatioiden kehittämistoiminnassa. SWOT-analyysissä pyritään tunnistamaan toimintaan liittyvät vahvuudet (strengths) ja heikkoudet (weaknesses) sekä mahdollisuudet (opportunities) ja uhat (threats). Kaavion vasempaan yläpuoliskoon kirjataan vahvuudet ja oikeaan yläpuoliskoon heikkoudet. Kaavion vasempaan alapuoliskoon kuvataan uhat ja oikeaan alapuoliskoon mahdollisuudet. SWOT-analyysin pohjalta on mahdollista tehdä päätelmiä siitä, miten vahvuuksia ja tulevaisuuden mahdollisuuksia voidaan hyödyntää ja miten heikkoudet voidaan muuttaa vahvuudeksi ja uhat välttää. Tuloksia voidaan käyttää hyödyksi laadittaessa toimintasuunnitelma siitä, mitä millekin asialle pitää tehdä. (Mullins 1996.)

TAULUKKO 12 Esimerkki kokousmuistioiden avulla kerätyn aineiston deduktiivisesta sisällönanalyysistä.

Ennalta valittu teoreettinen käsite	Alkuperäinen teksti	Alakategoria	Alakategorian nimeäminen
<p>Ryhmän toiminta (Pennington 2005)</p>	<p>Aluksi ryhmän jäsenet esittelivät toisensa ja tutustuvat ryhmän tehtävään.</p> <p>Sovittiin yhdessä ryhmän pelisäännöistä (kokousajat, yhteydenpito, ryhmän ja sen yksittäisten jäsenten tehtävät, pilotoinnit, kirjallisen valmennusohjelman arvioinnit).</p> <p>Hyväksyttiin ryhmän rakenne (3 terveydenhoitajaa, 2 kättilöä, joista yksi on somaliyhteisön edustaja, ja tutkija) ja sovittiin ryhmän jäsenten tehtävistä.</p>	<p>Itsensä esittely Tehtävään tutustuminen Pelisäännöistä sopiminen Ryhmän rakenteen hyväksyminen</p>	<p>Tutustuminen ja pelisäännöistä sopiminen</p>
<p>Perhevalmennustarpeet (WHO 1998)</p>	<p>Kehittämistyöryhmän mielestä Suomessa asuvien somaliperheiden tarpeet ja ongelmat johtuvat sodan aiheuttamasta pakolaisuudesta ja perheiden hajoamisesta (sukulaiset ja ystävät ympäri maailmaa). Somaliperheiden ongelmaksi mainittiin myös koti-ikävä, sopeutumattomuus, erilaisuuden pelko ja heikko taloudellinen tilanne.</p>	<p>Sodan aiheuttamasta pakolaisuudesta ja perheiden hajoamisesta (sukulaiset ja ystävät ympäri maailmaa).</p> <p>Koti-ikävä, sopeutumattomuus, erilaisuuden pelko ja heikko taloudellinen tilanne.</p> <p>Juurettomuus ja kansallisen identiteetin oheneminen.</p> <p>Rasminpelko, kieliongelmat, sosiaalisen tuen puuttuminen ja yksinäisyys.</p> <p>Äitien on vaikea osallistua suomen kielen kursseille perhesyiden, tiheiden raskauksien, lastenhoitovaikeuksien, motivaation puutteen ja väsymyksen vuoksi. Terveystarpeita pyydetään todistuksia, joiden avulla naisten on ollut helpompi kieltäytyä suomen kielen kursseista.</p>	<p>Maahanmuuttoon liittyvät syyt tarpeiden ja ongelmien taustalla.</p>

Terveystieteellisessä SWOT-analyysissä (taulukko 13) on käytetty muun muassa kehitettäessä lääketieteellisen koulutuksen strategisesta suunnittelusta (Gordon ym. 2000), pediatrian kuntoutusohjelman kehittämisessä (Camden ym. 2009), opetuksen kehittämisessä (Scroeder ym. 2010), arvioitaessa hoitotyön johtajien kehittämishaasteita (Wong 2010), kehitettäessä lasten kuulonalenemishjelmaa (Muñoz ym. 2011), kehitettäessä hoitotyön kliinistä ja simulaatio-opetusta (Barrot & Hope 2011) ja kehitettäessä serooma-potilaan hoitoa (Warren 2008) (liite C).

TAULUKKO 13 Esimerkki perhevalmennusohjelman pilotoinnin aikana kerätyn aineiston analyysistä. Pilotoidun perhevalmennusohjelman vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat osallistujien näkökulmasta.

<p>Vahvuudet</p> <p>Uudelleensynnyttäjät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uudelleensynnyttäjiä, joilla positiiviset synnytyskokemukset. <p>Innostus ja positiivisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Innostuneisuus, positiivinen suhtautuminen aiheeseen. <p>Vuorovaikutus ryhmässä</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hyvä vuorovaikutus ryhmän jäsenten kesken. - Sitoutuminen ryhmään. 	<p>Heikkoudet (kehittämiskohteet)</p> <p>Tiedottaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiedottaminen perheille, jotta mahdollisimman moni äiti osallistuisi. <p>Osallistumaan motivointi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuorten äitien motivoiminen osallistumaan. <p>Ryhmän jäsenten erilaisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuulovammaisen äidin huomioiminen, viestintäongelmainen, kuvat avuksi. - Ryhmän jäsenten valinta ja kohderyhmän rajaaminen – miten suhtautua mm. isoäitien mukanaoloon?
<p>Mahdollisuudet</p> <p>Tuen saanti vertaisilta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osallistujat saavat tukea oman kulttuurinsa edustajilta. - Osallistujat saavat tukea vertaisryhmästä. <p>Tiedon saanti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osallistujat saavat lisää tietoa. <p>Itseluottamuksen lisääntyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osallistujien luottamus itseensä ja taitoihinsa lisääntyy. 	<p>Uhat</p> <p>Ryhmäytyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osallistuja jää yksin ryhmässä. - Ryhmä ei ryhmäydy. <p>Toiveiden toteutuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Omat toiveet ryhmän suhteen eivät toteudu. <p>Osallistumiseen vaikuttavat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huolet, mm. lasten sairastelu – epävarmaa, pääsevätkö seuraavalla kerralla mukaan. <p>Vammaisten äitien huomiointi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuulovammainen äiti – miten saada viesti perille. Yhteisen kielen puuttuminen, motivoituuko jatkokertoihin ja kyetäänkö luomaan ”tukiverkosto”?

7 KARTOITUSTEN TULOKSET

7.1 Terveydenhoitajien ja kätilöiden kyselyn tulokset

7.1.1 Näkemykset perhevalmennuksen merkityksestä

Terveydenhoitajille ja kätilöille esitettiin kyselylomakkeessa väittämiä perhevalmennuksen merkityksestä somaliperheille. Väittämiin vastattiin kuusiporraisella asteikolla täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa muttei eri mieltäkään, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä ja en osaa sanoa. Vastausten käsittelyssä yhdistettiin väittämät täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä sekä jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä luokiksi samaa mieltä ja eri mieltä. (liite A 5, kyselylomake, kysymys 31).

Lähes kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että perhevalmennus on tarpeen sekä somalinoisille että -miehille ja perhevalmennus lisää somaliperheiden tietoja ja poistaa somaliäitien synnytyspelkoja ja ennakkoluuloja. Suuri enemmistö oli samaa mieltä seuraavien väitteiden kanssa: perhevalmennus lisää somalinaisten itseluottamusta sekä naisena että äitinä ja perhevalmennusta on parasta antaa somaliperheille henkilökohtaisen ohjauksen aikana. Suuri enemmistö kyselyyn vastanneista oli eri mieltä väitteen ”perhevalmennus ei ole tärkeä somaliperheille” kanssa. Alle puolet kyselyyn vastanneista oli samaa mieltä siitä, että perhevalmennus lisää somalimiesten itseluottamusta isinä, somaliperheet nauttivat muiden odottavien perheiden tapaamisesta ja heihin tutustumisesta ja somaliperheet kokevat perhevalmennuksen hyödylliseksi.

En osaa sanoa (eos)-vastausten osuudet vaihtelivat kätilöiden ja terveydenhoitajien välillä 9 ja 33 %. Neljän väittämän kohdalla kätilöt valitsivat merkittävästi useammin vaihtoehdon ”en osaa sanoa” kuin terveydenhoitajat. Enimmillään eos-vastausten osuus kätilöillä oli 34 %. Muiden väittämien kohdalla terveydenhoitajien ja kätilöiden eos-vastausten osuuksien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Ilman eos-vastauksia tarkasteltuna terveydenhoitajien ja kätilöiden vastauksien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. (Taulukko 14.)

TAULUKKO 14 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset perhevalmennuksen merkityksestä somaliperheille, prosenttijaumat.

Perhevalmennuksen merkitys	n	Samaa mieltä	Ei samaa, muttei eri mieltäkään	Eri mieltä	En osaa sanoa ¹⁾	p ²⁾
		%	%	%	%	
Perhevalmennus on tarpeen sekä somalinaisille että miehille	67	85	0	6	9	
Perhevalmennus on tarpeen somalimiehille	67	79	7	4	9	
Perhevalmennus lisää somaliperheiden tietoja	65	78	5	3	14	
Perhevalmennus poistaa somaliäitien synnytyspelkoja ja ennakkoluuloja	67	75	4	4	16 (6, 26)	0,032
Perhevalmennus lisää somalinaisyten itseluottamusta	67	66	13	4	16	
Perhevalmennus lisää somalinaisyten itseluottamusta äiteinä	67	66	10	4	19 (9, 29)	0,047
Perhevalmennusta on parempi antaa somaliperheille henkilökohtaisen ohjauksen aikana	67	60	12	10	18	
Perhevalmennus lisää somalmiesten itseluottamusta isinä	67	39	22	16	22 (9,34)	0,015
Somaliperheet nauttivat muiden odottavien perheiden tapaamisesta ja heihin tutustumisesta	67	36	12	30	22 (9,34)	0,015
Somaliperheet kokevat perhevalmennuksen hyödylliseksi	66	20	24	23	33	
Perhevalmennus ei ole tärkeä somaliperheille	67	12	7	66	15	

¹⁾ koko aineiston %-osuus ja suluissa erikseen terveydenhoitajien ja kättilöiden luvut.

²⁾ en osaa sanoa -vastausten osuuden eron merkitsevyys terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä.

7.1.2 Näkemykset perhevalmennustarpeista

Ohjaustarpeet

Terveydenhoitajilta ja kättilöiltä kysyttiin, miten paljon somaliäideillä on ohjaustarvetta eri aihepiireistä. Vastausvaihtoehdot esitettiin väittäminä erittäin paljon, melko paljon, vähän, kohtalaisesti ja ei ollenkaan (liite A 5, kysymys 33). Vastausten käsittelyssä yhdistettiin väittämät erittäin paljon ja melko paljon sekä vähän ja melko vähän luokiksi paljon ja vähän.

Suuri enemmistö kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista ja kättilöistä oli sitä mieltä, että somaliperheet tarvitsevat paljon perhevalmennusta fyysisistä,

psykkisistä ja sosiaalisista muutoksista raskauden aikana, raskauden ajan terveydenhoidosta, ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksesta, synnytyksestä, synnytyssairaalan hoitokäytännöistä ja synnytyspelkojen ja ennakkoluulojen poistamisesta. Yli puolet vastaajista oli samaa mieltä siitä, että somaliäidit tarvitsevat paljon valmennusta suomalaisen yhteiskunnan tukitoimista ja oikeudellisista kysymyksistä, parisuhteesta, lasten hoidosta ja kasvatuksesta sekä itseluottamuksen lisäämisestä. Yli puolet vastaajista oli samaa mieltä myös siitä, että somaliäideillä on vähän kotitalouteen ja kodissa tarvittavien käytännön taitojen ohjaustarvetta. Terveystenhoitajien ja kättilöiden välillä ei ollut merkitseviä eroja. (Taulukko 15.)

TAULUKKO 15 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somalinaisten perhevalmennustarpeista, prosenttijaumat.

Ohjaustarve	n	Yhdistetty luokka paljon (erittäin paljon ja paljon) %	Vähän %	Yhdistetty luokka vähän (vähän ja melko vähän) %
Synnytyssairaalan hoitokäytännöt	68	83	13	17
Synnytys	68	81	18	19
Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset raskauden aikana	64	80	17	20
Synnytyspelkojen ja ennakkoluulojen poistaminen	66	79	20	22
Raskauden aikainen terveydenhoito	65	77	15	23
Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus	65	74	17	26
Parisuhde	64	60	31	40
Yhteiskunnan tukitoimet sekä oikeudelliset kysymykset	65	58	29	38
Itseluottamuksen lisääminen	65	58	34	42
Lasten hoito	66	58	36	41
Lasten kasvatus	65	58	34	40
Kotitalous ja kodissa tarvittavat käytännön taidot	64	36	39	61

Perhevalmennusaiheiden merkitys

Terveydenhoitajilta ja kättilöiltä kysyttiin viisiportaisella asteikolla sitä, mikä merkitys tietyillä aiheilla on somaliperheille. Vastausvaihtoehtoina oli erittäin tärkeä, tärkeä, melko tärkeä, vähän tärkeä ja en osaa sanoa. (liite A 5, kysymys 32). Vastauksissa yhdistetään vastausvaihtoehdot erittäin tärkeä ja tärkeä sekä

melko tärkeä ja vähän tärkeä luokiksi tärkeä ja melko tärkeä. Kätilöiden ja terveydenhoitajien en osaa sanoa -vastausten osuuksia verrattiin toisiinsa.

Lähes kaikki vastaajat pitivät seuraavia asioita tärkeinä somaliperheille suunnatussa perhevalmennuksessa: kivun lievitys synnytyksessä, synnytys ja sen kulku, ympärileikkaus, raskauden normaali kulku, tieto tapahtumista synnytyssairaalassa ja sosiaalipalvelut ja etuudet.

Suuren enemmistön mielestä vastasyntyneen hoito ja isän osuus lapsen hoidossa, seksiin liittyvät asiat ja ehkäisy ja isän osuus synnytyksessä sekä vanhemmuus ja ravitseminen olivat tärkeitä perhevalmennusaiheita somaliperheille.

Joka toisen vastaajan mielestä somaliperheille suunnatussa perhevalmennuksessa oli tärkeää käsitellä myös seuraavia aiheita: sikiön kehitys, poikkeava raskauden kulku, synnytys ja tutustuminen synnytyssairaalaan, toisten lasten mustasukkaisuus, lapsen kasvatusta, liikunta, hampaiden hoito, parisuhde sekä äidin ja isän jaksaminen. Joka toisen vastaajan mielestä perhevalmennustilaisuuksissa on melko tärkeää tutustuttaa ryhmän jäsenet toisiinsa. Alle puolet vastaajista piti väitettä ”perhevalmennuksessa tulee esitellä valmennuksen tavoitteet” tärkeänä.

En osaa sanoa (eos) -vastausten osuudet vaihtelivat kätilöiden ja terveydenhoitajien välillä 8 ja 23 %. Viiden väittämän kohdalla kätilöt valitsivat merkittävästi useammin vaihtoehdon ”en osaa sanoa” kuin terveydenhoitajat. Enimmillään eos-vastausten osuus kätilöillä oli 34 %. Muiden väittämien kohdalla terveydenhoitajien ja kätilöiden eos-vastausten osuuksien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Ilman eos-vastauksia tarkasteltuna terveydenhoitajien ja kätilöiden vastausten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. (Taulukko 16, s. 123.)

7.1.3 Näkemykset perhevalmennuksen toivotusta toteuttamistavasta

Terveydenhoitajilta ja kätilöiltä kysyttiin kuusiportaisella asteikolla, mitä mieltä he ovat somaliperheiden perhevalmennuksen toteuttamistavoista. Vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa muttei eri mieltäkään, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä ja en osaa sanoa. Tuloksia käsiteltäessä väittämät yhdistettiin luokiksi samaa mieltä ja erimieltä. (liite A 5, kyselylomake, kysymys 37).

Lähes kaikki kyselyyn vastanneet terveydenhoitajat ja kätilöt olivat samaa mieltä siitä, että perhevalmennusryhmissä on hyvä keskustella, ryhmän tunnelman on oltava leppoisaa, perhevalmennuksen aikana on vältettävä käyttämästä vaikeita sanoja ja ryhmän jäsenten on koettava toisensa tasavertaisiksi. Selvä enemmistö oli samaa mieltä seuraavien väitteiden kanssa: kaikissa ryhmissä tulee olla kerran mukana oikea vastasyntynyt vauva, ryhmään voi osallistua sekä ensi- että uudelleensynnyttäjiä, isät voisivat olla äitien kanssa samoissa ryhmissä, perhevalmennus on toteutettava somalian kielellä tai tulkin välityksellä. Yli puolet vastaajista oli samaa mieltä siitä, että ensisynnyttäjille on järjestettävä joko täysin omat ryhmät tai perhevalmennus on toteutettava somaliniaisille yhdessä valtaväestön edustajien kanssa. Alle puolet vastaajista oli samaa mieltä väitteen ”isille olisi järjestettävä täysin omat ryhmät” kanssa. (Tau-

lukko 17, s. 124.) Terveydenhoitajien ja kättilöiden vastausten välillä ei ollut tilastollista eroa.

TAULUKKO 16 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset perhevalmennusaiheiden tärkeydestä, prosenttijakaumat.

Perhevalmennuksessa käsiteltävien aiheiden tärkeys		Tärkeä	Melko tärkeä	En osaa sanoa ¹⁾	p ²⁾
	n	%	%	%	
Kivun lievitys synnytyksessä	67	78	13	9	
Synnytys ja sen kulku	67	69	22	9	
Tieto tapahtumista sairaalassa	66	68	23	9	
Raskauden normaali kulku	66	68	23	9	
Ympärileikkaus	65	68	14	18 (6, 29)	0,017
Sosiaalipalvelut ja etuudet	67	67	24	9	
Vastasyntyneen hoito	66	64	27	9	
Ehkäisy	66	64	29	8	
Isän osuus lapsen hoidossa	67	61	27	12	
Seksiin liittyvät asiat	66	58	32	11	
Isän osuus synnytyksessä	67	57	31	12	
Vanhemmuus	67	55	30	15	
Ravitsemus	67	55	33	12	
Sikiön kehitys	67	54	34	12	
Parisuhde	66	53	33	14	
Äidin ja isän jaksaminen	66	53	32	15	
Toisten lasten mustasukkaisuus	66	52	35	14	
Tutustuminen synnytyssairaalaan	67	51	37	12	
Hampaiden hoito	67	51	36	13 (3, 23)	0,029
Osallistujien odotusten ja toiveiden kysyminen	67	49	37	13 (3, 23)	0,029
Liikunta	67	49	39	12	
Poikkeava synnytys	67	48	42	10	
Lapsen kasvatus	67	46	42	12	
Poikkeava raskauden kulku	67	45	45	10	
Ryhmän jäseniin tutustuminen	67	39	46	15 (3, 26)	0,014
Perhevalmennuksen tavoitteet	65	37	40	23 (10, 34)	0,021

¹⁾ koko aineiston %-osuus ja suluissa erikseen terveydenhoitajien ja kättilöiden luvut.

²⁾ en osaa sanoa -vastausten osuuden ero terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä.

TAULUKKO 17 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset perhevalmennuksen toteuttamisesta, prosenttijakaumat.

	n	Samaa mieltä	Ei samaa, muttei eri mieltäkään	Eri mieltä	En osaa sanoa
		%		%	%
Ryhmän tulisi pystyä keskustelemaan	65	95	5		0
Ryhmän tunnelman tulisi olla leppoisa	66	94	5	2	0
Perhevalmennuksessa ei tulisi käyttää vaikeita sanoja	65	91	5	5	0
Ryhmän jäsenten ja asiantuntijoiden tulisi kokea olevansa tasavertaisia	64	89	11	0	0
Kaikissa ryhmissä tulisi olla kerran mukana oikea vastasyntynyt vauva	63	76	10	14	0
Ryhmissä tulisi olla sekä ensi- että uudelleensynnyttäjiä	61	75	5	20	0
Isät voisivat olla äitien kanssa samoissa ryhmissä	63	67	14	19	0
Perhevalmennus tulisi toteuttaa somalian kielellä	61	66	16	18	0
Perhevalmennuksessa tulisi käyttää tulkkia	59	61	10	29	0
Ensisynnyttäjille olisi järjestettävä täysin omat ryhmät	62	58	10	32	0
Perhevalmennus tulisi toteuttaa yhdessä valtaväestön edustajien kanssa	60	55	20	25	0
Isille olisi järjestettävä täysin omat ryhmät	61	31	23	46	0

7.1.4 Näkemykset somalinaisten sosiaalisen tuen tarpeesta ja omaisilta saatavasta tuesta

Terveydenhoitajilta ja kättilöiltä tiedusteltiin viisiportaisella asteikolla näkemyksiä somalinaisten sosiaalisen tuen tarpeesta ja omaisilta saadusta tuesta. Vastausvaihtoehdot olivat erittäin paljon, melko paljon, ei kovinkaan paljon, melko paljon, vähän ja en osaa sanoa. (liite A 5, kysymykset 35 ja 36). Sosiaalisen tuen tarvetta ja saantia koskevista kysymyksistä muodostettiin summamuuttujat laskemalla osioiden keskiarvot. Keskiarvojen vaihteluväli on 1–4, jossa 1 tarkoittaa vähän tukea ja 4 erittäin paljon tukea. Summamuuttujaa muodostettaessa ”en osaa sanoa” vastaukset muutettiin puuttuviksi tiedoksi. Summamuuttujan jakaumat testattiin Wilcoxonin testillä, koska jakauma poikkesi normaalijakaumasta. Tilastollisesti merkitsevän tuloksen rajana käytettiin p-arvoa 0,05.

Pienimmäksi arvioitiin konkreettisen tuen tarve ja suurimmaksi emotionaalisen tuen tarve. Terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä ei näissä arvioissa ollut merkitsevää eroa. Sen sijaan terveydenhoitajat arvioivat päätöksenteossa tarvittavan tuen merkitsevästi suuremmaksi kuin kättilöt ($p=0,036$). Tuen saannin näkemyksissä terveydenhoitajat ja kättilöt erosivat toisistaan kaikkien tukimuotojen kohdalla siten, että terveydenhoitajien arviot saadusta tuesta olivat merkitsevästi suuremmat kuin kättilöiden (konkreettinen tuki $p = 0,001$, päätök-

sentekotuki $p = 0,035$ ja emotionaalinen tuki $p = 0,004$). Terveydenhoitajat arvioivat saadun emotionaalisen tuen suurimmaksi, kättilöiden mielestä taas päätöksentekoon oli saatu eniten tukea. (Taulukko 18.)

TAULUKKO 18 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden näkemykset somalainien tuen tarpeesta ja sosiaalisesta tuesta, summamuuttujien tarkastelua.

Tuen tarve 1)				
Konkreettinen tuki	n	Keskiarvo	Keskihajonta	P
Terveydenhoitajat	33	2,34	0,44	0,372
Kättilöt	31	2,47	0,72	
Päätöksenteon tuki 2)				
Terveydenhoitajat	33	2,89	0,72	0,036
Kättilöt	31	2,57	0,69	
Emotionaalinen tuki 2)				
Terveydenhoitajat	32	3,14	0,76	0,316
Kättilöt	31	2,96	0,72	
Tuen saanti läheisiltä 1)				
Konkreettinen tuki	n	Keskiarvo	Keskihajonta	
Terveydenhoitajat	29	2,86	0,59	0,001
Kättilöt	28	2,23	0,62	
Päätöksenteon tuki 2)				
Terveydenhoitajat	27	2,68	0,67	0,035
Kättilöt	29	2,63	0,87	
Emotionaalinen tuki 2)				
Terveydenhoitajat	28	3,15	0,65	0,004
Kättilöt	31	2,34	0,75	

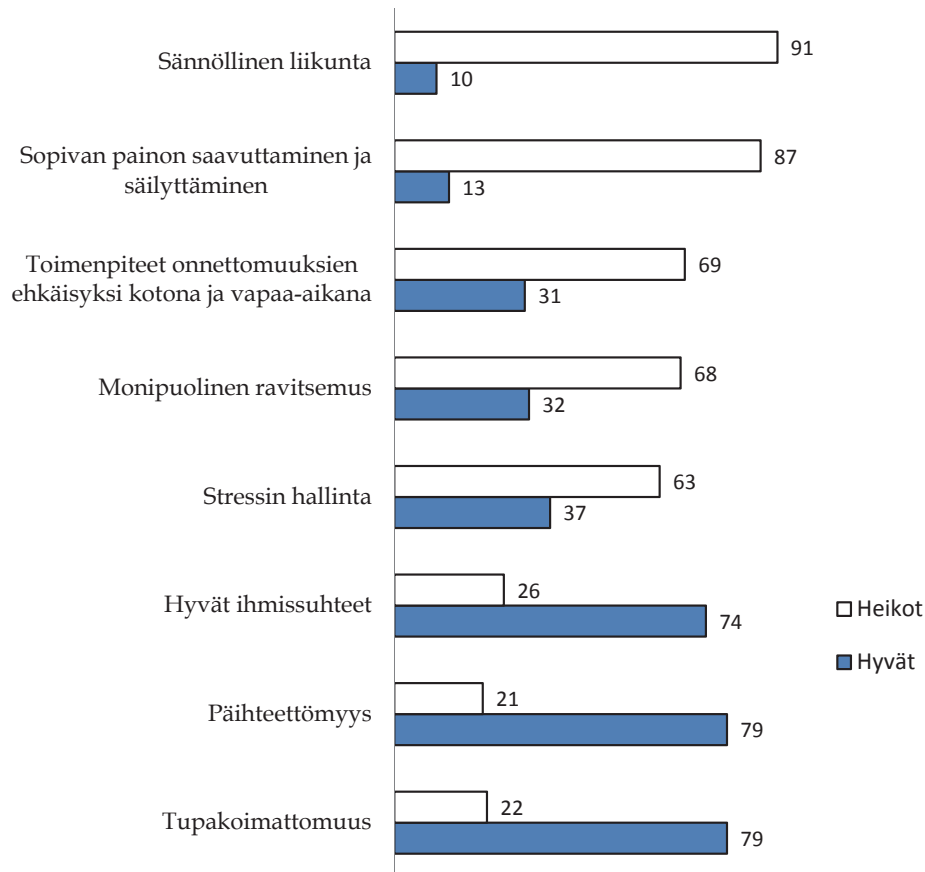
1) Vaihteluväli 1-4; 1 = vähän tukea, 4 = erittäin paljon tukea.

2) Wilcoxonin testi.

7.1.5 Näkemykset somalainien elintapoihin liittyvistä tiedoista

Terveydenhoitajia ja kättilöitä pyydettiin arvioimaan somalainien terveyteen liittyviä tietoja viisiportaisella asteikolla. Vastausvaihtoehdot olivat erittäin hyvät, melko hyvät, ei kovinkaan hyvät ja heikot tiedot sekä en osaa sanoa. (Kuvio 6, liite A 5, kysymyslomakkeen kysymys 20.) Kuviossa 6 yhdistettiin vaihtoehdot erittäin hyvät ja melko hyvät sekä ei kovinkaan hyvät ja heikot luokiksi hyvät ja heikot tiedot.

Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että somalainien päihitteettömyyteen, tupakoimattomuuteen ja hyviin ihmissuhteisiin liittyvät tiedot olivat hyvät. Suuri osa vastaajista oli sitä mieltä, että somalainien tiedot toimenpiteistä onnettomuuksien ehkäisemiseksi, monipuolisesta ravitsemuksesta ja stressin hallinnasta olivat heikot. Lähes kaikkien vastaajien mielestä somalainien tiedot sopivan painon saavuttamisesta ja säännöllisestä liikunnasta olivat heikot.



KUVIO 6 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kätilöiden yhdistetyt näkemykset somalin naisten elintapoihin liittyvistä tiedoista, prosenttijakaumat.

Tiedot elintapojen vaikutuksesta terveyteen arvioitiin seitsemässä elintavassa viisiportaisella asteikolla. Vastausvaihtoehdot olivat erittäin hyvät, melko hyvät, ei kovinkaan hyvät, heikot ja en osaa sanoa. Vastauksista muodostettiin summamuuttujat siten, että laskettiin vastausten kaikkien osioiden keskiarvot erikseen "kussakin elintavassa". Tietomuuttujien asteikot käännettiin siten, että suuri arvo tarkoittaa hyviä ja pieni arvo huonoja tietoja. Keskiarvon vaihteluväli oli 1–4 (1 heikot, 2 tyydyttävät, 3 hyvät ja 4 erittäin hyvät tiedot). (Liite A 5, kysymyslomakkeen kysymykset 21–25.)

Vastausten keskiarvojen mukaan somalin naisilla oli tyydyttävät tiedot liikunnan (ka 2,00), ravitsemuksen (ka 2,20) ja stressin hallinnan (ka 2,30) sekä elintapojen (ka 2,30) vaikutuksista terveyteen. Somalin naisilla oli lähes hyvät tiedot tupakoinnin (ka 2,73) sekä lääkkeiden ja päihteiden (ka 2,65) käytön vaikutuksista terveyteen. Terveydenhoitajien ja kätilöiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Puuttuvien tietojen määrä tupakointia (n=44) ja alkoholin

käyttöä (n=26) koskevien kysymysten kohdalla oli suuri. (Taulukko 19, liite C, kysymyslomakkeen kysymykset 21–25.)

TAULUKKO 19 Terveydenhoitajien ja kätilöiden yhdistetyt näkemykset somalinaisten terveystiedoista, summamuuttujien keskiarvojen tarkastelua.

Summamuuttujat ¹⁾	n	Keskiarvo	Keskihajonta
Tiedot äitiydestä ja sosiaalisesta tuesta	65	2,52	0,49
Tiedot elintapojen merkityksestä terveyteen	66	2,31	0,63
Liikuntaan ja kuntoiluun liittyvät tiedot	61	2,00	0,65
Ravitsemukseen liittyvät tiedot	63	2,20	0,64
Tupakointiin liittyvät tiedot	44	2,73	0,90
Stressiin liittyvät tiedot	40	2,30	0,66
Lääkkeisiin ja päihteisiin liittyvät tiedot	43	2,65	0,88

¹⁾ Vaihteluväli 1–4; 1 = heikot tiedot ja 4 = erittäin hyvät tiedot.

7.1.6 Näkemykset terveysneuvonnan vaikuttavuudesta

Terveydenhoitajia ja kätilöitä pyydettiin arvioimaan viisiportaisella asteikolla kahdeksasta eri aihepiiristä, miten usein terveysneuvonta saa aikaan suotuisia muutoksia somalinaisissa. Tuloksia tarkasteltaessa yhdistettiin luokat miltei aina ja usein sekä silloin tällöin ja harvoin luokiksi usein ja harvoin. (liite A 5, kysymys 30.)

Lähes kaikkien vastanneiden mielestä terveysneuvonta saa harvoin aikaan muutoksia somalinaisten liikuntatottumuksissa, stressin hallinnassa, ihmissuhteissa, sukupuolielämässä ja turvallisuustottumuksissa. Yli puolet vastaajista arvioi, että terveysneuvonta saa harvoin muutoksia aikaiseksi somalinaisten lääkkeiden käytössä, tupakoinnissa ja alkoholin käytössä. (Taulukko 20.)

TAULUKKO 20 Terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somalinaisten terveysneuvonnan vaikutuksista, prosenttijakaumat.

n = 63	Yhdistetty luokka (miltei aina ja usein)	Yhdistetty luokka (silloin tällöin, harvoin, ei juuri koskaan)	Ei neuvontaa
	Usein	Harvoin	
	%	%	%
turvallisuustottumukset	7	77	-
stressin hallinta	7	93	-
liikuntatottumukset	8	91	-
sukupuolielämä	10	90	-
ihmissuhteet	13	88	-
lääkkeiden käyttö	38	62	-
tupakointi	38	62	-
alkoholin käyttö	44	57	-

7.1.7 Näkemykset somalinaisten raskauden aikaisesta ja synnytyksen jälkeisestä terveydestä

Terveydenhoitajia ja kättilöitä pyydettiin arvioimaan somalinaisten raskauden aikaista ja synnytyksen jälkeistä terveyttä viisiportaisella asteikolla (liite A 5, kysymys 12 ja 13). Vastaajista suuri enemmistö arvioi, että somalinaisten terveys raskauden aikana oli keskimääräinen tai melko huono. Terveydenhoitajien ja kättilöiden arvioiden välillä ei ollut merkitsevää eroa. Arvio terveydentilasta synnytyksen jälkeen oli samansuuntainen, mutta terveydenhoitajat arvioivat somalinaisten terveydentilan merkitsevästi huonommaksi kuin kättilöt ($p=0,006$). Terveydenhoitajista lähes kaikki (80 %) ja kättilöistä puolet (50 %) arvioi somalinaisten synnytyksen jälkeisen terveydentilan keskimääräiseksi tai huonoksi. (Taulukko 21, s. 129.)

7.1.8 Näkemykset somalinaisten äitiyteen ja sosiaaliseen tukeen liittyvistä tiedoista

Terveydenhoitajia ja kättilöitä pyydettiin arvioimaan somalinaisten äitiyteen ja sosiaaliseen tukeen liittyviä tietoja viisiportaisella asteikolla. Taulukossa 22 yhdistetään vastausvaihtoehdot erittäin hyvät ja melko hyvät sekä ei kovinkaan hyvät ja heikot tiedot luokiksi hyvät tiedot ja heikot tiedot. Suuri enemmistö vastaajista arvioi somalinaisten tiedot vauvan hoidosta ja lapsen kasvatuksesta sekä tiedot perheen sosiaalisista etuuksista hyväksi. Yli puolet vastaajista arvioi, että somalinaisten tiedot imetyksestä olivat hyväksi. Joka toisen vastaajan mielestä somalinaisten tiedot raskauden seurannan merkityksestä äidin ja lapsen

terveyteen sekä kotikäyntien merkityksestä olivat melko hyvät. Yksi kolmasosa vastaajista arvioi somalainien tiedot perhe- ja synnytysvalmennuksesta ja varhaisesta vuorovaikutuksesta hyviksi. (Liite A 5, kysymys 19, taulukko 22.)

TAULUKKO 21 Terveydenhoitajien ja kätilöiden näkemykset somalainien raskauden-aikaisesta ja synnytyksen jälkeisestä terveydestä, prosenttijakaumat.

Raskauden aikainen terveys	n	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Keskin-kertainen	Melko huono	p ¹⁾
Terveydenhoitajat	33	0	24	58	18	0,11
Kätilöt	33	0	45	33	21	
Yhteensä	66	0	35	45	20	
Synnytyksen jälkeinen terveys	n	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Keskin-kertainen	Melko huono	p ¹⁾
Terveydenhoitajat	33	0	21	61	18	0,006
Kätilöt	34	6	47	41	6	
Yhteensä	67	3	34	51	12	

¹⁾ Terveydenhoitajien ja kätilöiden vertailu, Wilcoxonin testi

TAULUKKO 22 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kätilöiden yhdistetyt näkemykset raskaana olevien somalainien äitiyteen ja sosiaaliseen tukeen liittyvistä tiedoista, prosenttijakaumat.

n = 63	Yhdistetty luokka (erittäin hyvä ja melko hyvä)	Yhdistetty luokka (ei kovinkaan hyvät ja heikot)
	Hyvät tiedot	Heikot tiedot
	%	%
Vauvan hoito	86	14
Lapsen kasvatusta	86	14
Raskaana olevan naisen ja perheen sosiaaliset etuudet	74	26
Imetys	58	43
Kotikäyntien merkitys	49	50
Raskauden seurannan merkitys äidin ja lapsen terveyteen	47	54
Varhainen vuorovaikutus	37	63
Perhe- ja synnytysvalmennus	31	70

7.1.9 Näkemykset somalainien äitiyteen liittyvistä kokemuksista, mielialasta ja tiedoista

Terveydenhoitajia ja kätilöitä pyydettiin arvioimaan somalainien äitiyteen liittyviä kokemuksia: synnytyskokemuksia (Liite A5, kysymys 15), vauvanhoito kokemuksia (Liite A5, kysymys 14), imetykskokemuksia (Liite A5, kysymys 18),

synnytyksen jälkeistä mielialaa (Liite A5, kysymys 16). Synnytyskokemuksia arvioitiin seitsemän positiivisen ja negatiivisen väittämän avulla. Synnytyksen jälkeistä mielialaa arvioitiin väitteillä, joiden vastausvaihtoehtona oli erittäin paljon, melko paljon, ei kovinkaan paljon, vähän ja ei ollenkaan. Imetyskokemuksia arvioitiin viiden positiivisen ja negatiivisen väittämän avulla. Äitiyteen ja sosiaaliseen tukeen liittyviä kokemuksia arvioitiin väittämällä, joiden vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa mieltä, muttei erimieltäkään, jokseenkin erimieltä ja täysin eri mieltä. Terveystietoja arvioitiin väittämällä, jotka mittasivat liikuntaan ja kuntoiluun, ravitsemukseen, tupakointistressiin sekä lääkkeiden ja päihteiden käyttöön liittyviä tietoja. Vastausvaihtoehtoina oli erittäin hyvät, melko hyvät, ei kovinkaan hyvät ja heikot tiedot sekä en osaa sanoa. Kysymysten 14,15,16,18,21,22,23,34 ja 25 vastauksista muodostettiin summamuuttujat siten, että laskettiin vastausten kaikkien osioiden keskiarvot.

Vastaajien mielestä somalainien äitiyteen liittyvät kokemukset ja synnytyksen jälkeinen mieliala olivat melko positiivisia. Korkein keskiarvo (ka 3,50) oli vauvanhoitokokemuksessa, alhaisin synnytyskokemuksessa (ka 2,74). Vastaajien näkemyksen mukaan somalainien tiedot äitiydestä ja sosiaalisesta tuesta olivat hyvät (ka 2,57). Myös tupakointiin (ka 2,73) sekä lääkkeisiin ja päihteisiin (ka 2,65) liittyvät terveystiedot arvioitiin hyväksi. Haasteiden somalainien terveystiedoissa arvioitiin liittyvän liikuntaan (ka 2,00), ravitsemukseen (ka 2,20) ja stressin hallintaan (ka 2,30). Terveystietojen ja kättilöiden näkemysten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. (Taulukko 23.)

TAULUKKO 23 Terveystietojen ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somalainien äitiyteen liittyvistä kokemuksista, mielialasta ja terveystiedoista, summamuuttujien tarkastelu.

Näkemykset äitiyteen liittyvistä kokemuksista ja mielialasta ¹⁾			
	n	Keskiarvo	Keskihajonta
Synnytyskokemus	62	2,74	0,56
Vauvanhoitokokemus	60	3,50	0,55
Imetyskokemus	62	3,03	0,85
Synnytyksen jälkeinen mieliala	65	3,12	0,48
Näkemykset terveyteen liittyvistä tiedoista ²⁾			
	n	Keskiarvo	Keskihajonta
Tiedot äitiydestä ja sosiaalisesta tuesta	65	2,52	0,49
Tiedot elintapojen merkityksestä terveyteen	66	2,31	0,63
Liikuntaan ja kuntoiluun liittyvät tiedot	61	2,00	0,65
Ravitsemukseen liittyvät tiedot	63	2,20	0,64
Tupakointiin liittyvät tiedot	44	2,73	0,90
Stressiin liittyvät tiedot	40	2,30	0,66
Lääkkeisiin ja päihteisiin liittyvät tiedot	43	2,65	0,88

¹⁾ Vaihteluväli 1–5; 5 = positiivisin kokemus tai mieliala.

²⁾ Vaihteluväli 1–4; 4 = erittäin hyvät tiedot.

7.1.10 Näkemykset somaliperheistä

Näkemykset somaliperheiden elämänarvoista

Terveystenhoitajille ja kättilöille esitettiin somaliperheistä erilaisia perheen elämänarvoja kuvaavia väitettä, jotka liittyivät somaliperheen yleisiin arvoihin, perhe-elämän liittyviin arvoihin ja lasten kasvatukseen liittyviin arvoihin. Vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa mieltä, muttei erimieltäkään, jokseenkin erimieltä, täysin erimieltä ja en osaa sanoa. Tuloksia tarkasteltaessa yhdistettiin luokat samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä sekä jokseenkin erimieltä ja täysin erimieltä luokiksi samaa mieltä ja erimieltä. (Liite A 5, kyselylomake, kysymys 2.)

Lähes kaikki kyselyyn vastanneet olivat samaa mieltä seuraavien esitettyjen väittämien kanssa: somaliperheissä kotitöiden tekeminen kuuluu enemmän naiselle kuin miehelle, somaliperheissä mies on perheenpää, päävastuu taloudellisista asioista kuuluu miehelle, päävastuu kodinhoidosta kuuluu naiselle, perinteiden siirtäminen sukupolvelta toiselle on perheen keskeisimpiä tehtäviä ja lapsella on velvollisuus hoitaa ikääntyviä vanhempia. Suuri enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että ikääntyvien vanhempien hoitaminen sujuu paremmin naiselta. Suuri enemmistö vastaajista oli eri mieltä seuraavien väittämien kanssa: lapsen luona asuva ikääntyvä vanhempi on taakka ja perheessä vallitsee tasa-arvo naisen ja miehen välillä. Muiden väittämien kohdalla yksimielisyyttä vastaajien keskuudessa ei ollut: osa vastaajista oli samaa ja osa eri mieltä.

En osaa sanoa (eos) -vastausten osuudet vaihtelivat välillä 1 ja 24 %. Väittämän "on lasten parhaaksi, että vanhemmat eivät eroa erimielisyyksistään huolimatta" kohdalla kättilöt valitsivat merkitsevästi useammin vaihtoehdon "en osaa sanoa" kuin terveydenhoitajat. Muiden väittämien kohdalla terveydenhoitajien ja kättilöiden eos-vastausten osuuksien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Ilman eos-vastauksia tarkasteltuna terveydenhoitajien ja kättilöiden näkemyksien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. (Taulukko 24, s. 132.)

Näkemykset perinteisiin liittyvistä arvoista somaliperheissä

Terveystenhoitajilta ja kättilöiltä kysyttiin heidän näkemyksiään somaliperheiden perinteisiin liittyvistä arvoista, kuten yhteydenpidosta sukulaisiin, juhlapyhistä ja erilaisista sukujuhlista. Tuloksissa yhdistettiin luokat "tärkeä" ja "erittäin tärkeä" luokaksi "tärkeä" (liite A5, kysymys 1).

Lähes kaikki vastaajat arvioivat, että yhteydenpito sukulaisiin, sukujuhlat, somalikulttuuriin liittyvien elämäntapojen säilyttäminen, perhe-elämä, juhlapyhiin (esimerkiksi ramadaniin) liittyvät perinteet perheessä, ajan viettäminen ystävien kanssa, mahdollisuus elää omien arvojen mukaisesti, rukoileminen ja moskeijassa käynti sekä lasten hoito ja kasvatusta ovat tärkeitä somaliperheille.

Suuren enemmistön mielestä mukava ja tilava asunto, puolisoitten välinen kunnioitus, käytöstarojen opettaminen lapsille, toisten huomioon ottamisen opettaminen lapsille ja arvostus perheen ulkopuolisilta ihmisiltä ovat tärkeitä somaliperheille. Joka toisen vastaajan mielestä pöytätarjojen opettaminen lapsille sekä hyvät tulot ja varallisuus ovat tärkeitä somaliperheille.

TAULUKKO 24 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somaliperheistä, prosenttijakaumat.

		Samaa mieltä	Ei samaa muttei eri mieltäkään	Eri mieltä ¹⁾	En osaa sanoa ²⁾
Näkemykset somaliperheistä	n	%	%	%	%
Kotitöiden tekeminen kuuluu enemmän naiselle kuin miehelle	69	94	1	3	1
Mies on perheenpää	68	93	4	1	1
Päävastuu taloudellisista asioista kuuluu miehelle	69	86	9	0	6
Päävastuu kodinhoidosta kuuluu naiselle	69	86	6	7	1
Perinteiden siirtäminen sukupolvelta toiselle on perheen keskeisimpiä tehtäviä	69	81	10	0	9
Lapsella on velvollisuus huolehtia ikääntyvistä vanhemmistaan	69	78	10	0	12
Ikääntyneiden vanhempien hoitaminen sujuu paremmin naiselta	69	67	12	14	7
Naisen tulisi huolehtia myös puolisonsa ikääntyvistä vanhemmista	69	48	14	16	22
Molempien vanhempien tulee osallistua lasten kasvattamiseen yhtä paljon	69	45	13	35	7
Perheen osuutta on lisättävä lasten ja vanhusten hoivatyössä	68	41	26	9	24
On lasten parhaaksi, että vanhemmat eivät eroa erimielisyyksistään huolimatta	69	30	13	38	19 (9, 29)
Avioero on aina hyväksyttävä, jos puoliset eivät tule toimeen keskenään	69	22	23	33	22
Yhteiskunta osallistuu nykyään lasten ja vanhusten hoitamiseen jo liiankin	69	20	30	28	22
Lapsensa luona asuva ikääntyvä vanhempi on taakka	68	12	12	62	15
Perheessä vallitsee tasa-arvo miehen ja naisen välillä	69	12	16	70	3

¹⁾ koko aineiston % -osuus.

²⁾ en osaa sanoa -vastausten osuus eroaa merkitsevästi terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä (p=0.036).

Alle puolet vastaajista arvioi, että ajan riittäminen sekä perheelle että työlle ja arvostus työelämässä ovat tärkeitä somaliperheille. Joka toinen vastaaja arvioi,

että työ ja työuralla eteneminen, lasten saaminen harrastustoiminnan piiriin, taloudellisen vastuun tasainen jakautuminen perheessä, vapaa-ajan harrastustoiminta (kuten liikunta, musiikki, lukeminen) eivät ole kovinkaan tärkeitä somaliperheissä. Muiden väittämien kohdalla yksimielisyyttä vastaajien keskuudessa ei ollut: osa vastaajista oli samaa ja osa eri mieltä.

En osaa sanoa (eos) -vastausten osuudet vaihtelivat välillä 1 ja 26 %. Neljän väittämän kohdalla kätilöt valitsivat merkittävästi useammin vaihtoehdon "en osaa sanoa" kuin terveydenhoitajat. Enimmillään eos-vastausten osuus kätilöillä oli 43 %. Muiden väittämien kohdalla terveydenhoitajien ja kätilöiden eos-vastausten osuuksien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Ilman eos-vastauksia tarkasteltuna terveydenhoitajien ja kätilöiden vastauksien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. (Taulukko 25, s. 134.)

Näkemykset periaatteellisesta vastuusta somaliperheissä

Terveydenhoitajille ja kätilöille esitettiin 18 väittämää periaatteellisesta vastuusta (= periaatteelliset näkemykset perheen sisäisestä työnjaosta) somaliperheissä (liite A 5, kyselylomake, kysymys 3). Vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, ei samaa mieltä, muttei erimieltäkään, jokseenkin erimieltä, täysin erimieltä ja en osaa sanoa. Tuloksia tarkasteltaessa yhdistettiin luokat samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä sekä jokseenkin erimieltä ja täysin erimieltä luokiksi samaa mieltä ja erimieltä.

Lähes kaikki vastaajista olivat samaa mieltä seuraavien väitteiden kanssa: suurin osa somalinaisten henkilökohtaisista elämäntavoitteista liittyy perheeseen, somalinaiset kantavat suuremman vastuun perheestään kuin puolisonsa, somalinaiset viettävät valtaosan vapaa-ajastaan perheensä kanssa ja joskus somalinainen kokee perheeseen liittyvät velvoitteet liian raskaiksi. Joka toinen vastaaja arvioi, että somalinaisten on usein vaikea keskittyä työhön kotiasioiden vuoksi, somalinaisille työ on tärkeä tapa toteuttaa itseään ja somalinaisten taloudellinen panos on perheen toimeentulolle välttämätön. Alle puolet vastaajista arvioi, että somalinaiset käyttävät kotitöiden tekemiseen enemmän aikaa kuin puolisonsa.

Suuri enemmistö vastaajista oli eri mieltä seuraavien väitteiden kanssa: somaliperheissä on täysin mahdollista sovittaa yhteen lapset ja työ, työ vie liikaa somalinaisten aikaa, somalinainen on liiaksi kiinni työssään. Yli puolet vastaajista oli eri mieltä seuraavan kahden väitteen kanssa: perhe-elämä vie usein somalinaisten aikaa, jonka he haluaisivat käyttää työhön ja uraan liittyviin toimintoihin, ja somalinaiset saavat vapaa-aikansa riittämään myös omille harrastuksilleen. Alle puolet vastaajista oli eri mieltä seuraavan väitteen kanssa: somalinaisten ja miesten työpanokset ovat perheessä yhtä suuret. Muiden väittämien kohdalla yksimielisyyttä vastauksien kesken ei ollut: osa vastaajista oli samaa mieltä ja osa eri mieltä.

TAULUKKO 25 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset somaliperheiden perinteisiin liittyvistä arvoista, prosenttijakaumat.

Näkemykset somaliperheiden elämänarvoista	n	Tärkeä %	Ei kovin-kaan tärkeä %	Ei merkitystä %	En osaa sanoa ¹⁾ %	p ²⁾
Yhteydenpito sukulaisiin	68	99	0	0	1	
Sukujuhlat	68	97	1	0	1	
Somalikulttuuriin liittyvien elämäntapojen säilyttäminen	68	97	0	0	3	
Perhe-elämä	68	97	1	0	1	
Juhlapyhiin (esimerkiksi ramadan) liittyvät perinteet perheessä	67	97	1	0	1	
Ajan viettäminen ystävien kanssa	67	96	1	0	3	
Mahdollisuus elää omien arvojen mukaisesti	68	94	0	0	6	
Rukoileminen	68	93	0	0	7	
Lasten hoito	68	91	6	0	3	
Lasten kasvatus	68	90	6	3	1	
Moskeijassa käynti	68	84	0	0	16	
Mukava ja tilava asunto	68	71	16	1	12 (0,23)	0,004
Puolisoiden välinen kunnioitus	68	69	16	3	12	
Käytöstapojen opettaminen lapsille	68	62	16	7	15	
Arvostus perheen ulkopuolisilta ihmisiltä	67	58	10	7	24	
Toisten huomioon ottamisen opettaminen lapsille	68	56	19	7	18	
Pöytätapojen opettaminen lapsille	68	53	16	9	22	
Hyvät tulot ja varallisuus	68	49	29	3	19	
Ajan riittäminen sekä perheelle että työlle	67	43	39	4	13	
Lasten hyvä koulumenestys ³⁾	68	38	34	4	24	
Arvostus työelämässä	68	35	28	10	26	
Lasten hyvä koulumenestys ³⁾	56	34	38	7	21	
Työ	67	30	49	9	12	
Vapaa-aajan harrastustoiminta (kuten liikunta, musiikki, lukeminen)	67	21	6	51	22 (6,34)	0,002
Lasten saaminen harrastustoiminnan piiriin	68	16	50	15	19 (9,29)	0,041
Työuralla eteneminen	67	12	52	11	25 (6,43)	0,003
Kotitöiden tasapuolinen jakaminen	67	10	63	16	10	
Taloudellisen vastuun tasainen jakautuminen perheessä	68	9	53	19	19	

¹⁾ koko aineiston %-osuus ja suluissa erikseen terveydenhoitajien ja kättilöiden luvut.

²⁾ en osaa sanoa -vastausten osuuden ero terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä.

³⁾ vastausta ei tuloksissa huomioida, koska kysymyksiin on vastattu eri tavalla.

En osaa sanoa (eos) -vastausten osuudet vaihtelivat välillä 1 ja 43 %. Yhdentoista (11) väittämän kohdalla kättilöt valitsivat merkittävästi useammin vaihtoehdon ”en osaa sanoa” kuin terveydenhoitajat. Enimmillään eos-vastausten osuus kättilöillä oli 57 %. Muiden väittämien kohdalla terveydenhoitajien ja kättilöiden eos-vastausten osuuksien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Ilman eos-vastauksia tarkasteltuna terveydenhoitajien ja kättilöiden vastauksien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. (Liite B 5, kyselylomake, kysymys 3.) (Taulukko 26.)

TAULUKKO 26 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset periaatteellisesta vastuusta somaliperheissä, prosenttijakaumat.

Näkemykset periaatteellisesta vastuusta somaliperheissä	n	Samaa mieltä	Ei samaa muttei eri mieltäkään	Eri mieltä	En osaa sanoa ¹⁾	p ²⁾
		%	%	%	%	
Suurin osa somalimaisten henkilökohtaisista elämäntavoitteista liittyy perheeseen	68	97	0	1	1	
Somalimainen kantaa suuremman vastuun perheestään kuin hänen puolisonsa	67	94	3	0	3	
Somalinaiset viettävät valtaosan vapaa-ajastaan perheensä kanssa	68	93	3	0	4	
Joskus somalimainen kokee perheeseen liittyvät velvoitteet liian raskaiksi	68	79	7	4	9 (0,17)	0,025
Somalimaisten on usein vaikea keskittyä työhön kotiasioiden vuoksi	67	55	9	4	31 (16,46)	0,008
Somalinaisille työ on tärkeä tapa toteuttaa itseä	68	51	12	10	26	
Somalinaisen taloudellinen panos on perheen toimeentulolle välttämätön	67	51	19	13	16 (3,29)	0,004
Somalimainen käyttää kotitöiden tekemiseen enemmän aikaa kuin puolisonsa	67	43	21	6	30 (13,46)	0,003
Somalinaiset ovat tyytyväisiä siihen, miten tehtävät ja velvollisuudet on parisuhteessa jaettu	68	32	18	28	22 (9,34)	0,012
Somalimaisten mielestä parisuhteessa menee paremmin, kun miehellä on myös työtä	68	28	9	34	29 (18,40)	0,048
Somalinaisen ja -miehen työpanokset perheen hyväksi ovat yhtä suuret	68	25	10	43	22	
Somalimainen on tyytymätön siihen, miten perheessä päätetään taloutta koskevista asioista	67	16	16	24	43 (28,57)	0,017

(jatkuu)

TAULUKKO 26 (jatkuu)

Somalinainen on liiaksi kiinni työsäään	68	13	7	63	16 (3,29)	0,004
Somalinaisten mielestä heidän puolisonsa keskittyy liikaa työhön	67	12	28	28	31 (16,46)	0,008
Somalinaiset saavat vapaa-aikansa riittämään myös omille harrastuksilleen	68	6	24	54	16	
Perhe-elämä vie usein somalinaisten aikaa, jonka he haluaisivat käyttää työhön ja uraan liittyviin toimintoihin	68	6	18	56	21	
Työ vie liikaa somalinaisten aikaa	68	4	10	68	18 (6,29)	0,015
Somaliperheissä on täysin mahdollista sovittaa yhteen lapset ja työ	68	4	7	74	15 (3,26)	0,014

¹⁾ koko aineiston %-osuus ja suluissa erikseen terveydenhoitajien ja kättilöiden luvut.

²⁾ en osaa sanoa -vastausten osuuden ero terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä.

Näkemykset tehtävien ja velvollisuuksien jakautumisesta sukupuolittain käytännön arjessa

Näkemyksiä tehtävien ja velvollisuuksien jakautumisesta sukupuolittain somaliperheissä kysyttiin väittämillä, jotka koskivat arkisia kotiaskareita sekä lasten hoitoon liittyviä asioita. Vastausvaihtoehtoina oli selvästi enemmän mies, jonkin verran enemmän mies, mies ja nainen yhtä paljon, jonkin verran enemmän nainen ja selvästi enemmän nainen. Tuloksia tarkasteltaessa yhdistettiin luokat selvästi enemmän mies ja jonkin verran enemmän mies sekä jonkin verran enemmän nainen ja selvästi enemmän nainen luokiksi selvästi enemmän mies ja selvästi enemmän nainen. (liite A 5, kyselylomake, kysymys 4).

Vastausten perusteella somalinaisilla ja -miehillä on omat vastualueensa perheessä. Lähes kaikki terveydenhoitajista ja kättilöistä arvioivat, että somalinaiset vastaavat selvästi enemmän seuraavista koti- ja lastenhoitotöistä: siivoaminen, pyykinpesu ja ruuan laittaminen sekä lasten nukuttaminen illalla ja lasten yöherääminen. Suuren enemmistön mielestä somalinaiset vastaavat enemmän myös ruokaostosten tekemisestä sekä lasten kanssa leikkimisestä ja lasten viemisestä päiväkotiin tai kouluun. Suuren enemmistön mielestä somalimiehet vastaavat naisia enemmän kodin korjaustöistä ja laskujen maksamisesta. Joka toisen vastaajan mielestä rajojen asettaminen lapsille kuului selvästi enemmän miehelle kuin naiselle. Muissa väittämässä vastaajat olivat vähemmän yksimielisiä. Terveydenhoitajien ja kättilöiden vastausten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. (Taulukko 27.)

TAULUKKO 27 Vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden yhdistetyt näkemykset tehtävien ja velvollisuuksien jakautumisesta sukupuolittain somaliperheissä, prosenttijakaumat.

Näkemykset tehtävien ja velvollisuuksien jakamisesta käytännön arjessa	n	Selvästi enemmän mies %	Mies ja nainen yhtä paljon %	Selvästi enemmän nainen %
Tiskaaminen	68	1	0	99
Pienten lasten yöheräämiset	67	1	0	99
Siivoaminen	67	1	1	97
Pyykkien pesu	66	2	2	97
Silittäminen	64	2	2	97
Lasten nukuttaminen illalla	65	3	5	92
Lasten pukeminen	65	3	5	92
Ruuan laittaminen	67	3	9	88
Roskien vieminen	67	10	10	79
Mattojen tamppaaminen	61	11	11	77
Lasten kanssa leikkiminen	66	3	21	76
Ruokaostosten tekeminen	66	8	18	74
Lasten iltapäivähoidon järjestäminen	64	11	17	72
Satujen lukeminen lapsille	62	3	27	69
Lasten kanssa leikkiminen	52	6	25	69
Lasten vieminen päiväkotiin tai kouluun	66	11	29	61
Pöytätapojen opettaminen lapsille	63	11	37	52
Lasten koulumenestyksen seuraaminen	62	16	42	42
Suhteiden hoitaminen perheen yhteisiin ystäviin	66	27	53	20
Rajojen asettaminen lapsille (kuten kotiin-tuloajat)	63	46	37	17
Suhteiden hoitaminen sukulaisiin	67	30	57	13
Kodin korjaustyöt	63	71	16	13
Laskujen maksaminen	65	78	14	8

7.2 Somalinaisten haastattelun tulokset

Ryhmitellessään somalinaisten haastatteluaineistoa tutkija yhdisti pelkistetyistä ilmauksista ne asiat, jotka näyttivät jollain tavalla kuuluvan yhteen. Näin muodostui alakategorioita (= alaluokat). Näistä tutkija kokosi sisällöllisen yhteensovivuuden perusteella uusia yläkategorioiden ryhmiä (= yläluokat). Lopuksi tutkija yhdisti ja nimesi, niiltä osin kun se oli mahdollista, yhteen sopivat yläluokat (= yhdistetty luokka). Seuraavissa alaluovissa somalinaisten haastattelun tulokset esitellään joko yhdistettyinä luokkina tai yläluokkina.

7.2.1 Kokemukset ja näkemykset perhevalmennuksesta

Haastatteluun lumipallomenetelmällä valikoituneet somalinaiset (N=8) olivat iältään 20–32-vuotiaita. Naiset olivat asuneet Suomessa 8–14 vuotta. Naisista seitsemän kertoi elävänsä avioliitossa ja yksi naisista kertoi elävänsä avoliitossa. Haastateltavien joukossa ei ollut yksinhuoltajia. Kahdeksasta naisesta yhdellä oli heikko suomen kielen taito. Hänen puhettaan tulkkasi haastattelutilanteessa aikaisemmin tulkin tehtävissä toiminut ystävätär.

Kuusi haastatelluista naisista oli ensisynnyttäjiä (n=6) ja kaksi uudelleen-synnyttäjä (n=2). Ympärileikkaus oli tehty viidelle naiselle kahdeksasta. Naisista neljä (n=4) oli osallistunut ryhmämuotoiseen perhevalmennukseen. Näistä kaksi oli osallistunut valmennukseen puolisonsa (n=2) ja yksi tukihenkilönsä (n=1) kanssa. Yksi somalinainen oli osallistunut valmennukseen ilman puolisoa tai tukihenkilö (n=1).

Puoliso osallistui valmennukseen (SN3, SN5)

Tukihenkilö osallistui (valmennukseen) (SN8)

Miehen kanssa käytiin perhevalmennuksessa, synnytyksvalmennus (SN4)

Kahdeksasta naisesta viiden naisen raskaus oli edennyt heidän omien kuvaustensa perusteella normaalisti ja kolmen synnytys oli käynnistetty. Naisista viisi oli synnyttänyt alateitse ja kolmelle oli tehty joko äkillinen tai hätäsektio. Seitsemän naisen puoliso oli ollut mukana synnytyksessä. Yhdellä naisista synnytyksessä oli ollut mukana ystävätär.

Valmennukseen osallistuneiden naisten perhevalmennuskokemuksista muodostui kolme yläluokkaa, jotka olivat 1) perhevalmennus valmentaa synnytykseen, 2) perhevalmennus kohdistuu ensisynnyttäjille ja tukihenkilöille ja 3) tyytyväisyys saamansa valmennukseen.

Perhevalmennus valmentaa synnytykseen

Perhevalmennukseen osallistuneiden somalinaisten mielestä perhevalmennuksessa valmennetaan synnytykseen. Valmennuksen menetelmänä mainittiin kokemus synnytyksivideon katsomisesta.

Siellä puhuttiin synnytyksistä ja kaikista. (SN4)

Mä olin raskaana niin, että meitä valmennettiin miten synnytys menee ja katseltiin kasetteja synnytyksestä ja sitten kerrottiin mitä tulee olemaan synnytyksessä. (SN8)

Perhevalmennus kohdistuu ensisynnyttäjille ja tukihenkilöille

Perhevalmennus sopii valmennukseen osallistuneiden somalinaisten mielestä sekä ensisynnyttäjille että tukihenkilöille.

Tyytyväisyys saamaansa valmennukseen

Valmennukseen osallistuneiden naisten kokemukset valmennuksesta olivat positiivisia.

Siellä oli aika hyvä käydä (ennen synnytystä). (SN4)

Perhevalmennukseen osallistumattomien naisten perhevalmennusnäkemystensä muodostui kuusi yläluokkaa: 1) perhevalmennus valmentaa synnytykseen ja vanhemmuuteen (lapsenhoitoon ja perhe-elämään), 2) perhevalmennus kohdistuu ensisynnyttäjiin ja tukihenkilöihin, 3) Perhevalmennus tulee toteuttaa asiantuntijajohtoisena keskusteluna, 4) positiivinen suhtautuminen valmennukseen, 5) osallistumattomuuden syyt ja 6) osallistumattomuuden seuraukset.

Perhevalmennus valmentaa synnytykseen ja vanhemmuuteen

Perhevalmennukseen osallistumattomien somalinaisten mielestä valmennuksen tavoitteena on valmentaa synnytykseen, lapsenhoitoon ja perhe-elämään.

Toivoisin että siinä olisi miten lapsen kanssa ollaan sen synnyttyä, miten sitä hoidetaan. (SN7)

Suomalaiset naiset lukevat paljon ja käy netissä mutta me (somalinaiset) emme käy. (Tietoa tarvitaan) vanhemmuudesta ja lastenhoidosta, että se on yhteinen projekti ja he (vanhemmat) tukevat toisiaan. (SN1)

Perhevalmennus kohdistuu ensisynnyttäjiin ja tukihenkilöihin

Tulosten mukaan perhevalmennus on kohdistettava ensisynnyttäjiin ja tukihenkilöihin.

Perhevalmennus on se et saa kaikkee (tietoa), jos on jotain kysyttävää, saa sieltä kaikki vastauksia synnytykseen liittyvistä asioista. (SN2)

Perhevalmennus tulee toteuttaa asiantuntijajohtoisena keskusteluna

Somalinaisten mielestä perhevalmennus olisi hyvä toteuttaa asiantuntijalähtöisenä keskusteluna. Toiveena oli myös tutustuminen synnytyssairaalaan somalian kielellä. Perhevalmennukseen suhtautuminen oli positiivista.

Perhevalmennuksessa voi esittää kysymyksiä. Synnytyssairaalaan tutustuminen pitäisi tapahtua omalla kielellä. (SN1)

Kyl mä uskon et kaikki perhevalmennus on ihan ok, ihan jees, koska siinähan on ammattilainen ihminen joka pitää sitä. Vaikuttaa minkälainen itse on aina (SN2).

Positiivinen suhtautuminen valmennukseen

Tulosten mukaan myös ne somalinaiset, joilla ei ollut kokemusta valmennuksesta suhtautuivat positiivisesti perhevalmennukseen.

Mä en voi sanoo, et mä tiedä minkälainen on hyvä perhevalmennus, mä en ollu siel, mut tota se on varmaan hyvä (SN6).

Perhevalmennukseen osallistumattomuuden syyt

Perhevalmennukseen osallistumattomuuden syyt olivat naisten mielestä moninaiset, kuten tiedon- ja motivaation puute, synnytyspelko, oma osaaminen ja omaehtoinen valmentautuminen sekä vertaisten antama valmennus.

Kyllä minä itse tiedän mitä se tarkoittaa, mutta minä en käy. (SN1)

Mä en ollu siel, mut tota se on varmaan hyvä. En oikeestaan paljon mitään (tiedä perhevalmennuksesta). Kaverit on synnyttäny ja ei ne oikeestaan oo sanonu mitään kauheet. (SN6)

Mä olin kyl peloissaan aina sain melkein joka yö herätä ja apua mua pelottaa. Mut sit mä olin että odotan vaan mitä tulee ja otan vastaan kaikki. (SN2)

Perhevalmennukseen osallistumattomuuden seuraukset

Perhevalmennukseen osallistumattomien naisten valmentautuminen synnytykseen ja vanhemmuuteen oli ollut puutteellista. He olivat saaneet kavereiltaan ristiriitaista tietoa etenkin synnytyksestä. Heillä ei myöskään ollut mahdollisuutta hyödyntää pienryhmissä toteutetun valmennuksen mahdollistamaa vertaistukea. Yksi naisista kertoi katuvansa osallistumattomuuttaan perhevalmennukseen, koska koki näin menettäneensä mahdollisuuden jakaa tunteitaan, kun perheeseen syntyi yllättäen sairas lapsi.

Mä oon lukenu niit kivunlievityksii. Mitä niit voi ottaa ja käyttää. Mä odotin niin vaikeeta (synnytystä), kun mä kuulin monelta ihmiseltä et se on hirveetä. Toinen antaa neuvoja ota tätä ja toinen sanoo älä ota tätä ja älä tee tätä ja mä olin siin niinku et epäroiny mitä ne saattaa tehdä, mut sit mä olin että odotan vaan mitä tulee ja otan vastaan kaikki. (SN2)

Kyl ne (kaverit) sano et se sattuu – sehän sattuu jos synnyttää luonnollisesti. (SN6)

Jälkeenpäin ajateltuna olisi parempi jos olisin käynyt. Ehkä olisi hyvä jos voisi jollekin jakaa ne tunteet. Minun mieheni ei käynyt missään valmennuksessa. (SN1)

Sekä perhevalmennuksen osallistuneet että osallistumattomat naiset suhtautuivat positiivisesti perhevalmennukseen.

Just kuten (minut) on valmennettu, että kerroittasi synnytyksestä niin, että asiat täsmäävät kun menee itse synnytyssaliin. Esimerkiksi suomen (synnytys-) kulttuurista voitaisiin käsitellä myös. (SN3)

7.2.2 Raskauskokemukset

Yhdistetty luokka raskauskokemukset muodostui kolmesta yläluokasta, jotka olivat 1) positiiviset raskauskokemukset ja 2) negatiiviset raskauskokemukset ja 3) näkemykset terveyden edistämisestä raskauden aikana.

Positiiviset kokemukset raskaudesta

Raskaus koettiin positiiviseksi, jos raskaana oleva nainen koki olevansa terve, voi hyvin, hänellä ei ollut kipuja ja raskaus eteni ongelmitta.

Mulla ei ollut ongelmia (raskauden aikana), vähän pahoinvointia. (SN5)

Mä voin aika hyvin, mul ei ollu kipuja, ihan terveenä ollu koko raskauden aikana. (SN6)

Negatiiviset raskauskokemukset

Ne naiset, jotka eivät osallistuneet perhevalmennukseen, liittivät negatiiviseen raskauskokemukseen enimmäkseen raskauspahoinvointia ja oksentelua sekä päänsärkyä ja väsymystä.

No (raskauden aikana oli) väsynyt, ja illalla oksennus, aamullakin väsymys. Väsymys oli mulla enemmän. (SN5)

Voi tulla verenpaineen nousuu tai stressiä tai jotain, voi tulla pikkuasioita. (SN6)

Ne naiset, jotka eivät osallistuneet perhevalmennukseen, kuvasivat negatiiviseen raskauskokemukseen liittyvän vaivojen (pahoinvointi, kylkikipu) lisäksi sairauksia (gestaatiidiabetes, astma) ja oireita (alhainen tai kohonnut verenpaine, alhainen hemoglobiini, ennenaikainen supistelu). Tämän ryhmän vastauksista nousi esille kokemus ”pieleen menneestä” ja ”epäonnistuneesta” raskaudesta.

Ei siinä oo oikeesti paljon kerrottavaa (raskausajasta), mul oli hirveä raskauden alkuvaiheess, mä oksensin ja oli hirveesti pahoinvointii. Sit tota verenpaine oli alhaalla, mua huimas aina. Olin melkein kolme kuukautta oikeesti sängyssä. Mä en halunnu sairaalaan tiputukseen. Mä otin tota, söin kaikkii vitamiineja ja sillon kuolin viidennellä, kuudennella kaikki oksennukset ja pahoinvoinit loppu. Se jäi siihen onneks, et ei jatkunu loppuun asti. (SN8)

Tämä gestaatiadiabeettes, joka tuli siinä viikolla 26, sitten tota 22 viikolla alkoi ennenaikainen supistelu, ja sitten mul oli hirvee närästys ja astma pahentui loppupuolella. Mulla meni pieleen toi raskaus sanotaan näin. (SN1)

Näkemykset terveyden edistämisestä raskauden aikana

Ne somalinaiset, jotka osallistuivat perhevalmennukseen, kertoivat edistävänsä terveyttä raskauden aikana välttämällä sairauksia (tartuntojen välttäminen ja sairauden hoitaminen) ja pyrkimällä ylläpitämään terveellisiä elintapoja (terveyden hoitaminen, terveellinen elämä, itsestä, ravinnosta ja liikunnasta huolehtiminen).

Joo mun mielestä (terveyteen vaikuttaa), jos syö niinku terveellistä ruokaa, liikuntaa ja liikkuu paljon. (SN6)

Esille nousi myös kohtaloulosko, joka ilmeni sekä omien vaikuttamismahdollisuuksien puutteena että positiivisena ajatteluna, toisin sanoen pyrkimyksenä aktiivisesti kääntää asioista esiin niiden positiivinen puoli.

Ei minun mielestä voi vaikuttaa raskauden aikaiseen terveyteen. (SN4)

Silloin kun käy lääkärissä ja sairaalassa näkee sairaita ihmisiä, silloin tulee mieleen että wau, mulla on hyvä terveellinen elämä, ja kun itse sairastuu niin ajattelee että on minua sairaampiakin ihmisiä. (SN3)

Perhevalmennukseen osallistumattomien naisten mielestä raskauden aikainen terveys on kokonaisuus: onnellisuutta, perheen tukea, toimintakykyä, kohtalon määräämää ja Jumalan lahja. Terveysten edistämistä somalinnaiset kuvasivat pyrkimyksenä ylläpitää terveellisiä elintapoja (ravitsemus- ja liikuntatottumukset, tupakan ja alkoholin välttäminen).

Eiks niinku voi ehkäistä (sairauksia) jos syö terveellistä ruokaa ja siis niinku huolehtia oma lapsi, liikkuu. (SN6)

No kyllä voi (vaikuttaa terveyteen), ei tupakoi ja käytä alkoholia ja syö terveellisesti että kyllä voi vaikuttaa. (SN7)

Kuvauksissa nousi esille myös koettuja elintapojen muutoksen esteitä (repsahdus, ei jaksa liikkuu, ennenaikainen supistelu tai pahoinvointi esti liikkumisen, tavallisen elämän jatkaminen).

Mä liikuin huonosti, vaikka alkusyy oli pahoinvoinnin takia, ja sitten liikuin huonosti ja kävelin huonosti, mä en jaksanut. Tää gestatio eli sokerijuttu, pyrin siihen tä ..söisin terveellisesti, mutta ku mä olen hulluna jäätelöön, niin siinä on paljon sokeria ja kermaa, niin automaattisesti elimistö reagoi. (SN1)

En oo yrittäny yhtään mitään. Elin vaan ihan tavallista elämää. Juoksin töihin ja töistä kotiin. (SN2)

Tällaisessa tilanteessa naiset koikivat, että he menettivät hallinnan tunteen (kunnan heikkeneminen, painonnousu, ennenaikaiset supistelut ja hallitsematon vatsan kasvu).

... jotenki sisäisti, että tää (raskaus) on vaikea juttu, kun mä jouduin sairaalaan astman takia. Myös vatsa alkoi kasvaa hallittomasti, mä (koin, että) en hallitse enää tätä (raskautta). (SN1)

7.2.3 Synnytyskokemukset

Synnytyskokemuksista muodostui kaksi yhdistettyä luokkaa: 1) positiivinen synnytyskokemus ja 2) negatiivinen synnytyskokemus.

Positiivinen synnytyskokemus

Perhevalmennukseen osallistuneiden positiivisissa synnytyskokemuksissa kuvattiin toivottua lasta, äitiyteen heräämistä, tuen saantia puolisoilta, tukihenkilöiltä tai kättilöiltä, tietoja ja taitoja, lääketieteellistä ja ei-lääketieteellistä kivun lievitystä.

Joo mul on auttanut parhaiten kun mies on pitänyt kädestä kiinni ja myöskin äiti ja sit se kivunlievitys kyllä, aika paljon. Joo mä pystyin oleen rauhallisena ja ajattelin niinku kaikkee sitä, rentouduin. (SN8)

Mulla oli hyvä kättilö ja hoitaja, se aina keskusteli ja ulkopuolellakin asiaa (SN5)

Toivon saavani apua kättilöiltä, niin kuin toisessa synnytyksessä sain. Haluan tietää mitä tapahtuu ja mitä pitää tehdä. (SN3)

Perhevalmennukseen osallistumattomien naisten positiivisissa synnytyskokemuksissa kuvattiin tuen saannin, lääketieteellisen ja ei-lääketieteellisen kivunlievityksen lisäksi äidin ja vastasyntyneen ensikontaktia.

Mun oli ihana kättilö, joka must niinku ensisynnyttäjää äiti ei tiedä yhtään mitään. Mä oon lukenu niit kivunlievityksii. Mitä niit voi ottaa ja käyttää kaikkia niit, en ollu varma mut kättilö suositteli mitä kannattaa ottaa ja mitä ei. (SN2)

Mä en paljon muista (synnytyksestä). Otin ilokaasuja ja epiduraalipuudutuksen, mut tota kokemus oli ainutlaatuinen oikeesti. Mä en osaa ees sanoin kuvailla sitä. (SN6)

Mun selkää hierottiin, ja laitettiin tosi lämmin pussi alaselkään se tuntu hyvältä ja mitäköhän muuta, ja viel yks asia joka auttoi mua kauheesti että joku oli siinä lähellä ja sain pitää siitä kiinni esimerkiksi, mun mies oli siinä ja sain pitää hänestä kiinni. (SN7)

Mä en odottanu, et mä saan (synnytyksen aikana) niin paljon apua kun mä sain, niinku kättilöltä. Se oli oikeesti ihana ihminen, se auttoi mua paljon. (SN6)

Vaikeinta...ulostuleminen varmaan. Must tuntu et mä räjähdän, mut ku se (vauva) tuli ulos niin ja hänet laitettiin mun syliin, niin sillon mä aloin vasta rauhottuun. (SN6)

Negatiivinen synnytyskokemus

Perhevalmennukseen osallistuneiden naisten negatiivisista synnytyskokemuksien kuvauksista nousivat esille synnytysskiput, tietojen ja taitojen puute, hoitohenkilökunnan kiire, jolloin ei tule kuulluksi, synnytystoimenpide (synnytyksen käynnistäminen tai hätäsektio), synnytyksen pituus sekä viivästynyt äidin ja vastasyntyneen ensikontakti.

Ei (ajatellu ennen synnytystä) mitään. Ei mul ollu mitään "hajuu" synnytyksestä. (SN4)

Joo mulla oli kauheen vaikee synnytys, 10,5 tuntia. Se oli tosi kivulias, mä otin epiduraalin ja sit kun olin 10 auki, mä en saanu sitä. (SN8)

Mulla oli verenpaine korkeella, sit käynnistettiin synnytys, kesti melkeen 9-8 tuntia synnytyksessä, loppujen lopuks mä jouduin hätäsektioon. Olin vähän huolissaan ja kun mulle tehtiin hätäsektio, mut loppujen lopuksi ihan hyvä mieli. Ei mitään muista tuntuu, koska mulla oli kova kipu. Ei mulla nostettu (lasta syliin) sillon synnytys mulle tehtiin hätäsektio ja sen jälkeen ei tullut vauvaa. (SN4)

Lopussa ei kukaan mua kuunnellut, mä sanoin että ei (kai viedä) leikkaukseen, kaikki oli kiire ja ei kukaan kuunnellut. (SN5)

Ei mulla nostettu (lasta syliin). Mulle tehtiin hätäsektio ja sen jälkeen ei tullut vauvaa. Se tuntu tosi hyvältä (kun sain lapsen ensimmäistä kertaa syliini). (SN4)

Perhevalmennukseen osallistumattomien naisten negatiiviseen synnytyskokemukseen vaikutti synnytyspelko (pelot yleensä, jännitys, aikaisempi traumaattinen kokemus, negatiivisen ja epätasa-arvoisen kohtelun pelko, kieltäminen).

Ensinnäkin mua pelotti se, kun mä kuulin monelta ihmiseltä et apua, siel saattaa olla epämiellyttäviä kättilöitä et joka kohtelee eri tavalla kun on eri maasta ja erivärinen (SN 2)

Ennen synnytystä, mulla oli koko ajan synnytyspelko koska meiän perheessä kaksi siskoa on menehtynyt synnytyskomplikaatioon, jotenkin meiän perheessä on aina ollut trauma synnytystapahtumasta. (SN1)

Mä olin kyl peloissaan aina sain melkein joka yö herätä ja apua mua pelottaa. Mua jännitti kyllä aika kovasti viimeiset kaks kuukautta. (SN2)

Negatiivinen synnytyskokemus liittyi (sekä perhevalmennukseen osallistuneilla että osallistumattomilla) synnytystoimenpiteisiin (synnytysten käynnistäminen tai keisarileikkaus), synnytyskipuihin, synnytysten pituuteen, hallinnan tunteen menetykseen ja viivästyneeseen äidin ja vastasyntyneen ensikontaktiin sekä sairaan lapsen syntymiseen.

7.2.4 Kokemukset lapsivuodeajasta ja lapsen hoidosta

Lapsivuodeajan kokemuksen kuvauksissa nousi esille neljä yläluokkaa: 1) nopea toipuminen alatiesynnytyksestä, 2) hidas toipuminen keisarileikkauksesta, 3) erilaiset synnytysten jälkeiset vaivat ja 4) suboptimaalinen hoito lapsivuodeosastolla.

Nopea toipuminen alatiesynnytyksestä

Alatiesynnytyksen jälkeisen voinnin kuvauksissa nousi esille hyvä vointi, vai-vojen ja kipujen puuttuminen, heikko olo ainoastaan heti synnytysten jälkeisenä aikana ja nopea toipuminen.

Mulla oli aluksi heikon olon muutamana päivänä sairaalassa silloin kun olin, 2-3 päivää, mut sen jälkeen vähä paremmin se oli. (SN4)

Joo mä voin ihan hyvin. 2 viikossa mä olin ihan tosi parantunu, ei kaikki, melkein joo. (SN8)

Hidas toipuminen keisarileikkauksesta

Keisarileikkauksesta toipumista kuvattiin hitaaksi. Hitaaseen toipumiseen vaikuttivat naisten mielestä leikkaushaava, heikkous, ruokahaluttomuus, leikkauskipu, kipulääkitys, liikkumisen ja seisomisen vaikeus ja haavan hoidon vaikeus, univaikeudet, päänsärky, hartiakivut ja lapsen terveyteen liittyvät pelot, etenkin silloin, kun lapsi joutui eri osastolle kuin äiti.

Mulla oli hetken se haava, mulla ei maistu mikään ruoka, leikkauksesta oli kipua. Kävin suihkussa ja kuumalla vedellä huuhtelin haavaa. Mutta olin heikko, en pystynyt kävelemään, mä en pystynyt seisomaan. (SN5)

Mulla kuten sanoin oli kaikki mahdolliset, mulla oli verenvuodot ja sitten vatsa ei toiminut ollenkaan jopa vanhat hoitajat yritti toimittaa mun vatsaa ja ei millään toiminut. Mun suolisto lamaantui niin pahasti että vatsa ei millään toiminut ja se vaikutti että en voinut syödä enkä juoda, en mitään, kaikki leikkaus jälkeiset ongelma. (SN1)

Erilaiset synnytyksen jälkeiset vaivat

Synnytyksen jälkeisin ä vaivoina mainittiin väsymys, päänsärky, vatsakivut, infektiot, korvatulehdus, kohtutulehdus, alhainen verenpaine ja muun muassa helicobakteeri-infektio. Synnytyksen jälkeen vaivat jatkuivat myös kotona. Näissä tilanteissa naiset olivat ottaneet yhteyttä terveydenhoitajaan ja lääkäriin ja saaneet lääkitystä.

Kun synnytyksen jälkeen mulla ollu rintatulehdus, mä soitin terveydenhoitaja tai lääkäri ja mä saanu lääke, antibioottikuuri. (SN4)

Mul oli ainoos se väsymys, hän herää 4 kertaa yöllä, ja päänsärkyä. (SN5)

Synnytyksen jälkeen on ollut paljon vatsakipu ja helico bakteeri. (SN3)

Esimerkiksi jos synnytyksen jälkeen alamaha kipee, niin tosi kipee, vois tulla kohduntulehdusta, niin silloin pitää mennä lääkäriin tai johonkin, silloin ei itse kyllä pärjää. (SN8)

...stressaantuu jokaisesta asiasta, ja väsymys, oon ollut aika väsynyt synnytyksen jälkeen. (SN2)

Suboptimaalinen hoito lapsivuodeosastolla

Suboptimaalinen hoito lapsivuodeosastolla ilmeni pelkona hoitajien stereotyyppisistä asenteista, avun puutteena, hoitajien kiireenä ja neuvonnan puutteena (etenkin tilanteessa, jossa perheeseen syntyi sairas lapsi) sekä kotona selviytymisen vaikeutena.

Synnytyksen jälkeen olin tosi väsynyt ja tota siellä sairaalassa en saanut mitään kunnon apua. Ne (hoitajat) käyttäytyivät ihan kun mulla olisi ollut jo 10 lasta ennen, pitää myöntää että se oli vaikeeta. Kun tultiin kotiin se (vauva) vaan rupes itkee eikä me tiedetty mitä pitää tehdä, oltiin annettu maitoa eikä se oikeen nukkunut, me oltiin molemmat ihan hämillään, että mitä nyt pitää tehdä. Niillä (hoitajille) oli kai niin kiire sairaalassa, etteivät ne ehtineet kertomaan. (SN7)

7.2.5 Kokemukset lapsen hoidosta ja imetyksestä

Lapsen hoito- ja imetykokemuksesta muodostui viisi yläluokkaa, jotka olivat 1) helppohoitoinen vauva, 2) positiiviset tunteet vauvaa kohtaan, 3) positiiviset ja negatiiviset imetysasenteet ja kokemukset, 4) itkevän vauvan hoito, 5) sairas lapsi aikaansaava tunteiden myllerryksen ja 6) kulttuurinmukaiset hoitokäytännöt.

Helppohoitoinen vauva

Useimmat naiset kuvasivat vauvaansa helppohoitoiseksi. Äitien mielestä helppohoitoinen lapsi syö hyvin ja säännöllisesti sekä nukkuu hyvin eikä ole vielä sairastunut.

Mulla on semmonen vauva joka vaan syö ja nukkuu. Aika rauhallinen. (SN4)

Ihan tavallisesti, aina tietää milloin hän haluaa ruokaa ja menee nukkumaan. Hän syö ja sen jälkeen nukahtaa. (SN5)

Ihan hyvä, ai mitään, ei mitään pahaa. Hän syö ja sen jälkeen nukahtaa. Tää lapsi ei vielä ole tullut sairaaksi. (SN5)

Positiiviset tunteet vauvaa kohtaan

Äidit kuvaisivat vauvaansa positiivisin tunneilmaisuin kiltiksi, rauhalliseksi, ihanaksi. Äidit ilmaisivat tykkäävänsä vauvastaan ja rakastavansa vauvaansa ja keskittyvänsä häneen.

Mun vauva on ihana! Oi kee prinssi. Vauva on valloittanut äidin sydämen. (SN 2)

Hän on 11 päivää vanha. On oikeesti tosi rauhallinen, kiltti poika. (SN 6)

Pitää elää sen lapsen mukana, syöttää tunnistaa hätä, olla valppaana ja tietää jos on ongelmia, tunnistaa eri sävyt ja eri äänet, eli ilmeitä. Sen takia se rakastaa minua. (SN1)

Joo mun vauva on tosi tosi ihana. On ensimmäinen vauva. Tykkään tai rakastan sitä niin paljon, et viihdyn sen kans aika paljon. (SN8)

Positiiviset imetysasenteet ja imetykokemukset

Asenteet imetykseen olivat positiivisia. Imetystä pidettiin terveellisenä vaihtoehtona, pitkää imetystä suosittiin ja imetykseen suhtauduttiin kaikin puolin positiivisesti. Imetyksen oletettiin olevan vauvalle hyväksi ja vauvalle tärkeää. Imetyksen uskottiin edistävän lapsen terveyttä ja vähentävän lapsen sairauksia. Naiset halusivat imettää lapsen ehdoilla. Naisten mielestä imetys vahvistaa äidin ja vauvan välistä tunnesuhdetta.

Mä imetin M. 3 kuukautta, mun tarkoituksena oli imettää kauan, 1,5–2 vuotta. (SN2)

Mä kannatan sitä. Se on hyvää, terveellistä lapselle. (SN6)

Imettäminen oli mun mielestä ihanaa. (SN7)

Lapsen terveyttä ylläpitää... jos imettää paljon.. se ehkäisee paljon vauvan kaikenlaista sairautta. (SN8)

Imetykokemukset olivat sekä positiivisia että negatiivisia. Positiivista imetykokemusta kuvattiin onnistumiskokemuksena, ongelmattomana imetyksenä ja imetykseen tottumisena.

Joo aluks tuntu vähä niinku äreältä mut sit kun tottuu, niin aika hyvä. (SN8)

Joo se (imetys) onnistu heti kun mä olin sairaalassa. (SN8) Hyvin (imetys onnistuu), ei ole ollut ongelmia. (SN3)

Mulla oli alku (imetyksessä) hyvin, ei ollut ongelmia. (SN5)

Negatiivisessa imetykokemuksessa kuvattiin imetyksen käynnistymisen ja alun vaikeuksia, rintojen kipeytymistä ja rintamaidon vähäistä erittymistä. Lisäksi mainittiin lapsen hylkivän rintaa, ja tästä syystä äiti lopetti imettämisen.

Yhden naisen kohdalla lapsen sairaus esti imetyksen. Rinnasta vieroittaminen koettiin vaikeaksi. Isän kerrottiin kiintyvän pulloruokittuun lapseen.

Silloin kun mä synnytin mulla oli tosi kipeet rinnat kun hän ei aluksi imenyt hyvin, mutta muuten se oli tosi ihanaa. (SN7)

Oli tarkoitus imettää vauvaa, mut sit kun hän ei halunnut en mä voinu väkisin pakottaa, mä sit lopetin. (SN2)

Rintaa ei syönyt koska lapsella oli vaikeuksia alussa, kaksi viikkoa hän oli sairaalassa, kun minä sain hänet se (imetyks) oli jo liian myöhäistä, hän ei oppinut eikä mullakaan tullut maitoa. (SN1)

Joo, mä haluisin antaa hänelle mahdollisuuden lopettaa milloin hän haluaa, mutta 2 kk jälkeen hän ei halunnut enää, hän vaan kääntää päätä toiseen suuntaan eikä halua syödä. Loppujen lopuksi maitoa ei enää tullut rinnasta. (SN5)

Itkevän vauvan hoito

Lapsen kerrottiin itkevän sairaana. Lapsen sairauksista mainittiin nuha, flunssa, kuume, korvatulehdus, ripuli, iho-ongelmat, yskä, oksentelu ja hengitysvaikeudet.

Vanhin poika oli ihan terve, mutta nuoremmalla ollut paljon korvatulehduksia ja ulostus ei toiminut niin hyvin. (SN3)

Voi (vauvoilla) olla nuhaa tai ripulia tai sammasta. (SN8)

Hän on aika vaativa vauva koska hänellä ei ollut kaikki kunnossa, oli kaikki flunssatkin ja kun hän hengittää niin huonosti. (SN1)

Äidit pyrkivät vastaamaan sairaan vastasyntyneen tarpeisiin hyvin monin eri keinoin: pyrkimällä tulkitsemaan lapsen viestejä, ottamalla lapsen syliinsä, rauhoittamalla lasta, hieromalla lasta, tarjoamalla leluja, imettämällä, mittaamalla kuumetta, alentamalla kuumetta, viilentämällä kuumeista lasta, helpottamalla lapsen hengitystä ja vaihtamalla vaippaa. Äidit pyrkivät löytämään myös hyviä puolia lapsestaan.

Yrittää aina ymmärtää että mikä hänellä on, miksi hän itkee, onko nälkä vai jotain muuta. (SN3)

Mä nostan syliin, jos hänellä on nälkä annan maitoa jos ei suostu sit me lähdetään ulos. (SN5)

Joo mä aina laitan syliin ja rauhoittelen sitä ja keinuttelen, niin semmosta. Mä hoidan sen niinku syötän, vaihdan vaippoja ja nukutan ja sit mä oon sen kans aina. (SN8)

Ensimmäisessä lapsesta kaikki oli niin uutta, ei tiennyt mitä tekisi kun vauva itki, ja miksi hän itki, mutta isosisko auttoi paljon. Ei ole nähnyt aikaisemmin vauvaa, ei ollut nuorempia sisaruksia, oli niin uutta hänelle, mutta sai apua neuvolasta. (SN3)

Kun mä mietin, olis ihan kiva jos olisi tukena joku joka tietää näistä asioista enemmän, mulla oli kyllä mun aviomies siinä, mutta silti toivoisi että joku kokenut ihminen auttaisi ja neuvoisi, jos lapsi itkee niin on ihan hämillään. (SN7)

Sairas lapsi aikaansaa tunteiden myllerryksen

Huoli lapsen pärjäämisestä ja tulevaisuudesta painoi mieltä. Voidakseen totutella ajatukseen äiti ilmaisi tarvinneensa ennen kaikkea konkreettista ensitietoa lapsen voinnista, mahdollisesta sairauden tai vamman vakavuudesta.

Voi mulla oli monenlaisia tunteita, joskus tuntu että mä en ikinä pystyisi ajattelemaan synnytystä, kaikkein pahinta oli ajatella lapsen tulevaisuutta, mä entiennyt mitä tapahtuu, hänellä oli sen verran pahat aivohapen puutteet. (SN1)

Minulle ei paljoo informaatiota sanottu, niin vasta sen jälkeen illalla mä pyysin synnytyskertomuksen, niin silloin mä näin että lapsi oli syntynyt 0 pisteillä. Vaikka tilanne oli niin paha, niin siltikin minun mielestä olisi hyvä että ne kertoisivat. (SN1)

Mä en pystynyt nukkumaan koska pelkäsin lapsen terveyttä. (SN 1)

Välillä väsyttää ja tulee itkuinen olo. Mutta se kuuluu asiaan, se on semmoista mitä ei voi kieltää. Se olisi epäinhimillistä jos ei olisi. Välillä tuntu että lapsi ei opi mitään ja on syyllistynyt olo vaikka tietää ettei ole tehnyt itse mitään pahaa. (SN1)

Kulttuurinmukaiset hoitokäytänteet

Naiset toivat lapsenhoitokuvauksissaan esille joitain kulttuurin mukaisia hoitokäytänteitä. Keskustelussa lapsenhoidon erilaisuudesta Suomessa ja Somaliassa äidit toivat esille Suomen ja Somalian elinolojen ja lääketieteellisen hoidon erilaisuuden. Sekä Suomessa että Somaliassa lasta hoidetaan lapsentahtisesti. Eroa nähtiin se, että Suomessa lapsella käytetään kertakäyttövaippoja ja Somaliassa kesto-vaippoja. Somaliassa lasta kannetaan selässä. Naisten mielestä näin ei toimita Suomessa.

Somaliasta mä en tiedä kuule yhtään mitään...Mut se mitä mä oon äidiltä kuullut; se mitä mä joka kerta sanon kun mä vaihdan vauvalle vaippaa. (SN2)

On tääl kaikki valmis, voi kaikkea ostaa kaupasta, vaippoja. Somaliassa ei käytetä vaippoja, siellä on kangasta. (SN5)

Tääl on oikeestaan paremmat oltavat, et täs ei oo, ei tuu mitään mieleen, niinku mikä ois Suomessa ja Somaliassa - päinvastoin. Täällä on kaikkee, täällä saa kaikkii hoitoja. (SN 6)

7.2.6 Näkemykset synnytyksen jälkeisestä yksilökohtaisesta terveyden edistämisestä

Somalinaisten synnytyksen jälkeisistä terveyden edistämisen kuvauksista muodostui neljä yläluokkaa, jotka olivat 1) sairauksien välttäminen, 2) terveellisten elintapojen ylläpitäminen, 3) terveyden edistämisessä lapsi on etusijalla ja 4) lapsen terveyden edistämisen keinot.

Sairauksien välttäminen

Haastatellut naiset kertovat pyrkivänsä tekemään parhaansa oman terveytensä edistämiseksi. Naiset pyrkivät välttämään tartuntoja, hoitamaan sairauksia ja välttämään vilustumista pukeutumalla sääolosuhteisiin sopivalla tavalla.

Välttää semmoista turhaa, jos tietää että jostain voi saada sairautta ja huolehtia omasta terveydestä, hän voi välttää esimerkiksi sellaista että jos on ulkona kylmä niin hän ei mene sinne vähissä vaatteissa, jos ei ole puseroa tai jotain niin kylmyys voi mennä keuhkoihin. (SN3)

Terveellisten elintapojen ylläpitäminen

Naiset olivat tietoisia elintapojen vaikutuksesta terveyteen. Terveyttä pyrittiin edistämään terveellisen ravitsemuksen, painon tarkkailun, alkoholin ja tupakoinnin välttämisen, liikunnan ja ulkoilun sekä levon avulla. Terveyden edistämiseen liitettiin myös perheen tuki ja raskauden ehkäisy.

Joo mun mielestä (terveyteen vaikuttaa), jos syö niinku terveellistä ruokaa, liikuntaa ja liikkuu paljon. (SN6)

Mul on terveellinen elämä, en tupakoi enkä juo alkoholia ja syön mielestäni terveellisesti. (SN7)

Ei oikeastaan mitään kannata kun vaan lepää kotona, olla vauvan kanssa ja lepää, se auttaa. (SN4)

Mun mielestä terveellinen elämä on sitä kun on onnellinen, sitten on tukena perhe. (SN6)

Oma kroppa (tulee huolehtia) synnytyksen jälkeen, voi urheilla ja että ei tule heti raskaaksi uudestaan. (SN3)

Terveyden edistämisessä lapsi on etusijalla

Haastatellut naiset olivat tietoisia terveyden edistämisen merkityksestä, mutta he pitivät lapsen terveyden edistämistä ensisijaisena tehtävänä. Naiset kertoivat, ettei heillä ole aikaa liikkua ja jumpata. Naisten oli vaikea keskittyä oman terveytensä edistämiseen, etenkin silloin, kun perheeseen syntyi sairas lapsi. Haastatelluilla naisilla oli myös puutetta terveystiedoista sekä terveyden edistämisen keinoista. Myös kohtaloon ja Jumalan tahtoon tyytymistä esiintyi.

No enpäs paljon (voi edistää terveyttä), mutta kuten mä sanon jos kaikki olisi hyvin mennyt, mutta kaikki me sanotaan se on joku kohtalo en mä voinut tehdä mitään, näin oli tarkoitus tapahtua. (SN1)

Mä en tiedä. Mä en oo oikeesti tehny mitään edistääkseni synnytyksen jälkeistä terveyttä. Kumpa mä tietäisin, miten terveyttä edistetään. Mä en tiedä oikeesti. (SN 6)

No ei terveellistä elämää just tollalailla voi ansaita niinku nyt, koska tää on kohtaloo, niin tota jos Jumala antaa terveyttä niin sehän on hieno asia. (SN2)

Lapsen terveyden edistämisen keinot

Lapsen terveyttä pyrittiin edistämään hoitamalla lasta lapsen ehdoilla, erilaisin kulttuurinmukaisin hoitokeinoin, välttämällä tartuntoja, hoitamalla lapsen sairauksia ja parhaansa yrittämällä.

Lapsen ehdolla kaikki. Mä höyrytän joskus ja osaan hoitaa jos on kuumetta. Jos on paha yskäinen ja tukkoinen olo niin mä annan pienen palan rasvaa maidon kanssa niin se auttaa, yskä irtoaa paremmin. Pieni lusikallinen, aamulla on hyvä antaa sil-

loin se yskä irtoaa. Hunajaa mä annan, en minä lukenut missään että ei vai antaa. Se auttaa vähän että yskä irtooo. (SN1)

Voi auttaa jos tota silleen et ei vie jos tietää et sukulaisista joku on sairaana, ei ainakaan vie sinne, tai ei voi tulla käymään jos on kipeenä joku sukulaisista tai ystävistä. Aina voi yrittää parasta, jos tulee sairaaks, niin sit ei voi mitään. (SN2)

No jos on nuhanen ja nenä tukossa, niin mä pistän kuumaa höyryy tonne vessaan, kuumaa vettä. (SN2)

Jos on niin sairas, niin pitää aina mennä lääkäriin, jos on kotona niin mun äiti asuu tossa lähellä, se tulee käymään ja hoitelee sit. (SN8)

7.2.7 Kokemukset lapsiperheen arjesta

Somalinaisten lapsiperheen arjen kokemuksista muodostui neljä yläluokkaa, jotka olivat 1) toimiva perhe, 2) positiiviset tunteet perheen arjessa, 3) perinteinen roolijako perheessä ja 4) sosiaalisen tuen tarve ja saanti.

Toimiva perhe

Haastatelluille naisille perhe on tärkeä instituutio.

Meillä on perhe niinku tosi tärkeä. (SN8)

Mä oon nyt onnellinen, mul on aviomies, mä en oo yksinhuoltaja ja mulla on perhe tässä. (SN6)

Toimivassa perheessä eletään lasten ehdoilla ja lasta hoitaen. Päivärytmi pidetään säännöllisenä. Aikaa vietetään kotona, esimerkiksi televisiota katsellen.

Syöttämistä ja juottamista ja vauvan kanssa olemista. Peseytymistä hänet, ja sitten välillä peseydyn itse. Tää on meidän arkielämää ihan oikeesti. Hyvin harvoin käydään elokuvissa, hyvin harvoin käydään missään. TV:n katsomista ja laittaa ruokaa ja siivoo ja siinä kaikki. (SN1)

Positiiviset tunteet perheen arjessa

Haastateltujen naisten mielestä toimivassa perheessä vallitsee positiivinen tunneilmasto. Vanhemmat ovat onnellisia ja iloisia ja välttävät riitelemistä, etenkin lasten kuullen. Perheen tunneilmaston kerrottiin välittyvän lapsiin.

Tärkein on se että isällä ja äidillä on hyvät välit, se vaikuttaa lapsiin. (SN3)

... ei ole paljon riitoja, varmaan kaikissa suhteessa on riitoja mutta hyvä parisuhde on sellainen että ei tule paljon riitoja. (SN7)

Vanhempien parisuhteen laadun kerrottiin heijastuvan perheen tunneilmastoon. Haastateltujen naisten mielestä hyvä parisuhde perustuu vapaaehtoisuuteen, keskinäiseen rakkauteen ja luottamukseen sekä puolisoiden välisiin hyviin neuvottelutaitoihin.

Jos se (parisuhde) toimii, kuuntelee toinen toista. Jos mä hoidan lasta niin mies voi tehdä ruokaa, tai jos mä teen ruokaa niin mies voi hoitaa lasta. Hyvät vanhemmat, jos on lapset, niin keskustele ja hoitaa. (SN5)

Mun mielestä onnellinen perhe-elämä on sitä jos on mies ja vaimo onnellinen keskenään, silloin niinku on onnellinen ja rakastaa toisiaan ja kaikil hyvä tunne. (SN8)

Onnellinen, siin pitäis olla kahdenkeskinen luottamus, ja halukas olla siinä suhteessa. (SN6)

Parisuhde on sitä että ollaan, luottaa toisiin tietysti ja ei oo niinku mitään mikä erillinen, siteet niinku on kestävä. (SN8)

Molemmilla olla hyvä olla toistensa kanssa, toistensa seurassa. (SN2)

Haastateltujen naisten mielestä lapset sitovat perheen yhteen. Vanhemmat huolehtivat vauvasta, kasvattavat lapsia, siirtävät perinteitä, esimerkiksi vanhempien kunnioitusta lapsiin.

Välillä mä sanon että apua, jos meillä ei olis vauvaa, me oltais yhdessä näin kauan, ei siit tulis mitään. Nyt saa leikkiä vauvelin kanssa ja nauraa, isäkin on mukana ja saadaan jutella vauvasta sen jälkeen kun hän itse nukkuu. (SN2)

Hyvä perhe ...ei mitään kummempaa. Ollaan kotona ja hoidetaan lapsi. (SN4)

... jokainen kasvattaa niin kuin heidät omat vanhemmat kasvattanut. Ja lapset saivat semmoista ymmärrystä että isä ja äiti on vanhemmat ja että ei ole läheisempiä ihmisiä kuin oma äiti ja isä. (SN3)

Ollaan niin kun somalialaisia (vanhempia), mutta jokaisella perheellä on omaa kasvatustapa. (SN3)

Tulosten mukaan perheessä on hyvä olla, etenkin jos lapsi on kunnossa (terve). Vanhempien ja lasten välille muodostuu kiintymyssuhde. Lapset ymmärtävät, ettei ole läheisempiä ihmisiä kuin omat vanhemmat.

Onnellinen perhe-elämä on samal taval kun meil nyt on. Että kaikki on hyvin ja vauva on kunnossa. (SN4)

Ja lapset saivat semmoista ymmärrystä että isä ja äiti on vanhemmat ja että ei ole läheisempiä ihmisiä kuin oma äiti ja isä. (SN3)

Perinteinen roolijako perheessä

Perheen työnjakoa kuvattiin perinteiseksi. Nainen ei voi määrätä perheessä, nainen tekee kotitöitä, laittaa ruokaa, hoitaa ja imettää lasta, viettää aikaa lapsen kanssa, tapaa muita naisia, joilla on lapsia ja pitää yhteyttä sukulaisiin.

Lapsen syntymän jälkeen, minulla ei ole niin sanottuja ystäviä, minulla on sukulaisia, esim. miehen siskot. Käydään ja soitellaan. Nuorena on ollut ystäviä mutta se on jäänyt pois kun on perhe. (SN3)

Tulosten mukaan miehet hoitavat kodin ulkopuolisia asioita, käyvät koulua ja tapaavat ystäviään. Miehen kanssa keskusteltiin myös raha-asioista. Kotiasioita

somalinaiset ja -miehet pyrkivät kuitenkin jo hoitamaan mahdollisuuksien mukaan myös yhdessä. Naiset kertoivat, etteivät he keskustele työnjaosta miesten kanssa. Puolisolta pyydetään tarvittaessa apua sekä kotiasioissa että lapsen hoidossa. Miesten kerrottiin auttavan harvoin kotitöissä, koska heidän uskottiin häpeävän niitä. Suomessa naisten ja miesten roolijako on myös muuttumassa.

Ei me mitään (työnjako)sopimusta tehdä, jokainen tekee mitä voi ja aina pyytää jos tarvitsee apua. Lapsen isä osallistuu kaikkeen mikä on mahdollista. Vaihdat vaipat ja tekee kaikki, ja mitä hän ei osaa niin minä yritän auttaa. Hän menee kaupungille ja vastaa meidän ulkopuolisista asioista ja sitten minä täällä hoidan lasta. Välillä kun mä oon väsynyt aamulla niin minä annan lapsen hänelle ja hän hoitaa. Hän antaa maitoa ja syöttää ja juottaa ja vaihtaa vaipat. (SN1)

Mun mies tekee kotona töitä ja mä hoidan lasta. Joskus hän auttaa ja mä teen ruokaa. Illalla hänellä on vapaata. (SN5)

Äiti tekee kotitöitä paljon, mutta niissä kotitöissä joita isä osaa auttaa niin hän tekee. Mutta ulkotöissä jos pitää käydä kaupassa ja asioilla niin isä tekee, sitten jutellaan onko rahaa. Kotitöissä meidän kulttuurissa miehet harvoin auttaa ja sanotaan että on häpeä jos mies auttaa. (SN3)

No nyt ku mä en enää opiskele niin mä oon nyt etsimässä töitä, mies menee aamulla töihin ja lapsi on aloittanut päiväkodin ja haen hänet iltapäivällä. (SN7)

Sosiaalisen tuen tarve ja saanti

Naiset kuvasivat tarvitsevansa sosiaalista tukea selviytyäkseen lapsiperheen arjesta. Sosiaalisesta tuesta oli puutetta. Sosiaalisen tuen tarvetta oli etenkin niillä äideillä, joille lapsen hoitaminen oli uutta tai vauvan viestien tulkitseminen vaikeaa tai jos äiti on väsynyt lapsen yöheräilyn vuoksi tai masentunut ja tästä syystä vihainen. Tällaisissa tilanteissa naiset kertoivat itkevänsä yhtä aikaa vauvansa kanssa.

Ei kukaan (auta minua), hoidan itse ja mies hoitaa. (SN1)

En ole saanut (lastenhoitoapua) mistään (SN6)

Joskus väsyttää, joskus lapsi herää 5 kertaa yöllä ja (lapsi) haluaa maitoa ja sitten hän ei halukaan maitoa, musta tulee väsynyt ja vähän vihainen. (SN5)

Mun mielestä sekä onnellinen että väsynyt (olo). Joskus masennustakin. (SN8)

Sosiaalisen tuen antajaksi mainittiin puoliso, sisko, isoäiti, sukulaiset, lääkäri ja sairaanhoitaja, sairaala ja terveyskeskus. Naiset pyrkivät myös hakemaan lisää tietoa selviytyäkseen perheensä arjesta.

Sisko on naapurissa, viereises oves. Sisko otti joskus kun vauva itki hirveesti tonne yöksi, mä sain nukkua rauhassa. (SN2)

Saan apua mun mieheltä tosi hyvin ja neuvolasta hän (terveydenhoitaja) kertoo miten pitäisi toimia (lapsen sairastuttua). (SN7)

Mä oon aina soittanu sairaalan päivystykseen jos ei mitään voi tehdä. Mä oon kertonu aina mitä sillä on ja ne antavat ohjeet. (SN2)

7.2.8 Yhteenveto

Somalinaisten mielestä perhevalmennus olisi kohdistettava pääosin ensisynnyttäjille ja heidän tukihenkilöilleen. Synnytyssairaalaan tutustumista toivottiin somalian kielellä. Valmennus olisi naisten mielestä hyvä toteuttaa asiantuntijoiden johdolla keskustellen. Kaikilla naisista ei ollut riittävää tietoa perhevalmennuksesta. Valmennukseen osallistumattomuus johtui tiedon ja motivaation puutteesta, mutta myös äidin raskauden aikaisesta voinnista ja synnytyspelosta. Valmennukseen osallistumattomat naiset ja perheet olivat jääneet ilman vertaisryhmän tukea ja olivat saaneet ristiriitaista tietoa vertaisiltaan etenkin synnytyksestä.

Haastatteluun osallistuneet somalinaiset ilmaisivat tarvitsevänsä perhevalmennusta ja halusivat osallistua siihen. Perhevalmennukseen osallistuneet somalinaiset mielsivät perhevalmennuksen yksipuolisesti synnytyksivalmennukseksi. Valmennukseen osallistumattomien naisten näkemykset perhevalmennuksesta olivat laajemmat. Heidän mielestään perhevalmennus valmentaa raskauteen, synnytyksen ja vanhemmuuteen.

Somalinaisten kokemuksista nousi esille erilaisia perhevalmennustarpeita. Haastattelujen perusteella perhevalmennukseen osallistumattomat somalinaiset ilmaisivat tarvitsevänsä valmennusta synnytyksen lisäksi raskaudesta, lapsivuodeajasta, terveyden edistämisestä, imetyksestä, vanhemmuudesta ja parisuhteesta sekä perheen arjesta selviytymisestä. Naiset ilmaisivat tarvitsevänsä sekä lisää tietoa että vahvistusta jo olemassa oleviin voimavaroihinsa. Naisten voimavarana oli lämmin tunnesuhde lapseen ja lapsenhoito-osaaminen sekä äidin ja lapsen välinen lämmin vuorovaikutussuhde. Myös somalinaisten terveyden edistämiseen liittyvissä asenteissa ja tiedoissa ja perheen arjesta selviytymisessä on voimavaroja, joita voidaan perhevalmennuksen keinoin vahvistaa.

Naisilla oli sekä positiivisia että negatiivisia raskaus- ja synnytykskokemuksia. Raskaudesta tekivät negatiivisen kokemuksen erilaiset raskauteen liittyvät vaivat, etenkin raskauspahoinvointi, krooniset ja raskauteen liittyvät sairaudet sekä ennenaikainen supistelu. Synnytyksen käynnistäminen, äkillinen hätäsektio ja sairaan lapsen syntyminen olivat myös vaikuttaneet negatiivisesti synnytykskokemukseen. Sairaana lapsen syntyminen perheeseen aiheutti tunteiden myllerryksen ja tarpeen keskustella asiasta vertaisryhmän kanssa. Kaikki naiset ymmärsivät terveyden edistämisen merkityksen, mutta he ilmaisivat puutetta terveystiedoissa ja -taidoissa. Terveyden edistämisessä lapsen etu laitettiin etusijalle. Imetykseen suhtauduttiin positiivisesti, mutta täysimetys ei aina onnistunut. Haasteet liittyivät sekä imetystietoihin että siihen saatavaan tukeen. Lapsiperheen arkea, vanhemmuutta ja parisuhdetta kuvattiin avoimesti. Perheissä vallitsi perinteinen työnjako, mutta isät auttoivat sekä lapsen- että kodinhoidossa. Itkevän ja sairaan lapsen hoidon kuvauksissa nousi esille sosiaalisen tuen tarve. (Kuviot 7 ja 8.)

	Perhevalmennukseen osallistuneet	Perhevalmennukseen osallistumattomat
Raskaus	<p>Näkemykset valmennuksesta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valmentaa synnytykseen • Kohderyhmänä ensisynnyttäjät ja tukihenkilöt • Tyytyväisyys saatuun valmennukseen <p>Raskauskokemukset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiivinen kokemus • Negatiivinen kokemus <p>Näkemykset terveyden edistämisestä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sairauksien ehkäisy ja hoito • Terveellisen elintapojen ylläpitäminen • Kohtalousko ja toimintakyky 	<p>Näkemykset valmennuksesta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valmentaa synnytykseen ja vanhemmuuteen • Valmennetaan lapsen hoitoon • Valmennetaan perhe-elämään • Kohderyhmänä ensisynnyttäjät ja tukihenkilöt • Positiivinen suhtautuminen valmennukseen • Asiantuntijajohtoinen keskustelu <p>Perhevalmennuskokemuksen puute</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perhevalmennukseen osallistumattomuuden syyt • Osallistumattomuuden seuraukset <p>Raskauskokemukset</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiivinen kokemus • Negatiivinen kokemus <p>Näkemykset terveyden edistämisestä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveys on kokonaisuus • Terveyden edistämisessä lapsi etusijalla • Elintavat vaikuttavat terveyteen • Tietoinen oman terveytensä edistämisestä • Elintapojen muutoksen esteet • Hallinnan tunteen menetys

KUVIO 7 Yhdistävä luokka: somalinaisten näkemykset raskaudesta heijastelevat heidän kokemiaan perhevalmennustarpeita.

	Perhevalmennukseen osallistuneet	Perhevalmennukseen osallistumattomat
Syntyminen	<p>Positiivinen synnytyskokemus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääketieteellinen kivunlievitys • Tietoja ja taitoja riittävästi • Tuen saanti kättilöltä • Tukihenkilö mukana synnytyksessä • Äitiyteen herääminen • Odotettu vauva <p>Negatiivinen synnytyskokemus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kivulias synnytys • Tietojen ja taitojen puute • Kiire, jolloin ei tule kuulluksi • Synnytystoimenpide ja vaikeaksi koettu synnytys • Pelästyminen • Viivästynyt ensikontakti 	<p>Positiivinen synnytyskokemus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lääketieteellinen kivunlievitys • Ei-lääketieteellinen kivunlievitys • Onnistunut ensikontakti lapsen kanssa <p>Negatiivinen synnytyskokemus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Synnytyspelko • Synnytystoimenpide • Synnytyspituus • Synnytyskivut • Hallinnan tunteen menetys • Viivästynyt ensikontakti
Syntyneen jälkeinen aika	<p>Kokemukset lapsivuodeajasta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nopea toipuminen alatiesynnytyksestä • Hidas toipuminen keisarileikkauksesta • Synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät vaivat <p>Terveyden edistäminen synnytyksen jälkeen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sairauksien välttäminen • Terveelliset elintavat <p>Kokemukset lapsen hoidosta ja imetyksestä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positiiviset imetyksenteet • Positiiviset imetykskokemukset • Negatiiviset imetykskokemukset • Lapsen sairaudet • Sairaana ja itkevän vauvan hoito • Lapsen terveyden edistämisen keinot <p>Lapsiperheen arki</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toimiva perhe-elämä • Sosiaalisen tuen tarve ja saanti • Positiiviset tunteet perheen arjessa • Perinteinen roolijako perheessä 	<p>Kokemukset lapsivuodeajasta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nopea toipuminen alatiesynnytyksestä • Hidas toipuminen keisarileikkauksesta • Synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät vaivat • Suboptimaalinen hoito lapsivuodeosastolla <p>Kokemukset lapsen hoidosta ja imetyksestä</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helppohoitoinen vauva • Negatiiviset imetykskokemukset • Sairas lapsi aikaansaa tunteiden myllerryksen • Vastasyntyneen sairaudet • Sairaana vastasyntyneen tarpeisiin vastaaminen <p>Lapsiperheen arki</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toimiva perhe-elämä • Sosiaalisen tuen tarve ja saanti • Positiiviset tunteet perheen arjessa • Perinteinen roolijako perheessä

KUVIO 8 Yhdistävä luokka: somalinaisten näkemykset synnytyksestä ja synnytyksen jälkeisestä ajasta heijastelevat heidän kokemuksiaan perhevalmennustarpeista.

7.3 Kehittämistyöryhmän fokusryhmähaastattelun tulokset

7.3.1 Näkemykset perhevalmennuksen toteuttamiseen vaikuttavista tekijöistä

Fokusryhmähaastatteluun osallistui kuusi (N=6) perhevalmennusohjelmaa kehittämään osallistunutta terveydenhuollon ammattilaista, joista kaksi oli kättilöä ja neljä terveydenhoitajaa. Somaliyhteisöä kehittämistyöryhmässä edusti 1990-luvun alussa Suomeen muuttanut kättilökoulutuksen Suomessa saanut nainen. Kaikilla kehittämistyöryhmään kuuluvilla valtaväestöön kuuluvilla terveydenhoitajilla ja kättilöillä oli runsaasti kokemusta somaliasiakkaiden hoitotyöstä. Seuraavissa alaluvuissa haastattelun tulokset esitellään haastattelua ohjaavien kysymysten mukaisessa järjestyksessä.

Mitkä tekijät vaikuttavat kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen toteuttamiseen?

Tuloksista nousi esille kahdeksan tekijää, joiden koettiin vaikuttavan kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen toteuttamiseen: 1) perhevalmennus suunnataan ensisynnyttäjille, 2) terveydenhuollon henkilöstön aikaisemmat kokemukset perhevalmennuksesta, 3) kulttuurisokeus, 4) markkinoinnin haasteet, 5) jälkiviisaus, 6) ryhmän kokoonpano, 7) kommunikointiongelmien sekä 8) neuvolakäynneillä jaettu tieto unohtuu.

Perhevalmennus suunnataan ensisynnyttäjille

Somaliperheille suunnatut perhevalmennusryhmät lopetettiin, koska somalinaisista tuli uudelleensynnyttäjiä. Neuvoloissa on järjestetty myös tulkkien välityksellä henkilökohtaista valmennusta somaliperheille. Joissakin tilanteissa puoliso on toiminut tulkkina.

Th. Mitä sitten? Niistä tuli uudelleen synnyttäjiä. Tarvetta ei vaan enää ollut. Jäädään odottamaan uutta kierrosta. Siit on pidempi aika kun mä oon virallisesti valmentanut ketään.

Terveydenhuollon henkilöstön aikaisemmat kokemukset perhevalmennuksesta Terveydenhoitajat muistelivat, että 1990-luvulla perhevalmennusta järjestettiin yhdessä pääkaupunkiseudun neuvolassa ensimmäistä lastaan odottaville somalinaisille ja heidän tukihenkilöilleen. Ryhmän koko oli ollut vaihteleva. Isät eivät osallistuneet tuolloin valmennukseen. Tilaisuudet oli toteutettu somalian kielellä, ja niissä oli ollut mukana virallinen tulkki. Valmennuksen sisällöt ja opetusmenetelmät olivat olleet samat kuin valtaväestöllä.

Th. Ryhmätapaamiset olivat aina somalian kielellä, tulkki on kääntänyt.

Th. Perusasiat (raskaudesta) on läpi käyty sekä synnyttämiseen, kivunlievitykseen liittyvät asiat ja sitten vauvan hoitoon liittyvät asiat.

(Valmennuksen) perusajatus ja sisältö olivat samat (kuin valtaväestöllä).

Kulttuurisokeus

Ryhmässä nousi esille epäily siitä, että somalinaiset haluavat tahallaan unohtaa asioita tai tekeytyvät tyhmäksi. Epäiltiin myös, etteivät he halua ottaa neuvoja ja ohjeita vastaan.

Th. Oon myös monta kertaa miettiny, meneekö maahanmuuttajat herkästi sen taakse, ei oo kerrottu, vaik on kerrottu, vaikka omalla tavalla tietää ja tekee itsensä tyhmäksi.

Jälkiviisaus

Kehittämistyöryhmän mielestä suurin osa somaleista on asunut Suomessa jo yli 17 vuotta. Jos heidän valmentamisensa olisi aloitettu tuolloin, olisi äideille vuosien varrella kertynyt jo paljon osaamista.

Th. Jos elettäis vaikka 80-luvun 90-luvun alkupuolta, millon niit (somaliasiakkaita) enemmän tuli (Suomeen), silloin ois ollu ihana tilanne alkaa valmentaa, nythän se ois se pohja, niil on jo niin monta (lasta), et ...

Markkinoinnin haasteet

Neuvoloista lähetetään perhevalmennuskutsu kaikille ensimmäistä lastaan odottaville perheille. Somaliperheet, joissa on useita lapsia, eivät ole tiedustelleet terveydenhoitajilta perhevalmennusta.

Th. Jos yleensä on ensi lastaan odottava somaliperhe tai maahanmuuttajaperhe, niin onhan annettu valmennuskutsu.

Th. Kukaan ei oo kysynyt perhevalmennusta.

Pelkistä somaliryhmistä muodostuu liian pieniä ryhmiä

Esille nousi epäily siitä, että pelkistä somaliryhmistä muodostuu liian pieniä, joten järkevintä olisi koota maahanmuuttajia eri alueelta ja muodostaa heistä valmennusryhmiä. Keskustelua käytiin myös siitä, olisiko aiheellista perustaa pelkästään somaliperheistä koostuva perhevalmennusryhmä vai toteuttaa valmennusta yhdessä valtaväestön kanssa.

Th. Ehkä ne (somaliperheet) haluaakin kuulua siihen samaan (valmennus)ryhmään (kuin kantasuomalaiset).

Th. Et se on niin kuin se ongelma, et voiko yhdistää kaikkia maahanmuuttajia ehkä isommalta alueelta?

Kommunikointiongelmat

Tulosten mukaan myös kieliongelmat sekä tulkin käyttöön liittyvät kustannukset vaikuttavat perhevalmennuksen toteuttamiseen. Epävarmuutta haastateltavilla oli etenkin siitä, kuka maksaa tulkin kustannukset, jos ryhmiä muodostetaan laajalta alueelta.

Th. Kieli voi olla yksi ongelma, mutta monesti meillä on tulkkeja paikalla.

Neurolakäynneillä jaettu tieto unohtuu

Tulosten mukaan somalinaisilta unohtuu neuvolakäynneillä jaettu tieto. Myöskään monisyntyttäjät eivät muista neuvolasta saatuja ohjeita. Kun somaliäideillä ei ole tietoa ja lapsen vointi huolestuttaa, lapsi viedään herkästi sairaalaan. Kehittämistyöryhmä korosti somaliasiakkaiden oman vastuun tärkeyttä.

Th. Vaikka se ”peruspaketti” on käyty 1–3 lapsen kohdalla (asiakkaan kanssa läpi), niin mihin se (tieto) ”peruspaketti” on hävinnyt kahdeksannen lapsen kohdalla?

7.3.2 Näkemykset somaliperheiden perhevalmennustarpeista*Millaisia perhevalmennustarpeita Suomessa asuvilla somaliperheillä on?*

Tuloksista nousi esille seuraavia perhevalmennustarpeita: 1) pakolaisuuteen liittyvät ongelmat, 2) vanhemmuus ja parisuhde, 3) synnytysvalmennuksen tarve, 4) imetysohjauksen tarve, 5) voimavarojen tukeminen, 5) elintapoihin ja terveystietämiseen liittyvän neuvonnan tarve ja 7) suomalainen hoitokäytäntö vaikuttaa koko perheeseen.

Pakolaisuuteen liittyvät ongelmat

Suomessa asuvat somaliperheet kokevat juurettomuutta ja kansallisen identiteetin ohenemista. Perheillä on rasisminpelkoa, kieli ongelmia, sosiaalisen tuen puuttumista ja yksinäisyyttä.

Perheiden ongelmat liittyvät myös puutteellisiin terveystottumuksiin, masennukseen ja väsymykseen sekä perheen sisäisiin ongelmiin ja erilaiseen aikakäsitykseen. Ensisyntyttäjillä ja monisyntyttäjillä on erilaisia perhevalmennustarpeita. Monisyntyttäjillä on vaikeuksia osallistua perhevalmennukseen. Ongelmalliseksi nähtiin myös se, että somalinaiset suhtautuvat joustavasti aikaan; arkielämässä asiat laitetaan oman kulttuurin mukaiseen tärkeysjärjestykseen. Koska monisyntyttäjillä on useita pieniä lapsia hoidettavanaan, on heillä vaikeuksia osallistua perhevalmennukseen.

Neurolassa ongelmia aiheuttaa se, että tulkki on paikalla vain tärkeimmissä asioissa. Jos mies on mukana tilanteessa, nainen vaikenee. Kehittämissä ryhmän jäsenten mielestä somaliperheiden ongelmat johtuvat myös terveystiedoista, kuten virheellisistä uskomuksista, tiedon ja motivaation puutteesta ja elintavoista, kuten yksipuolisesta liikaenergisestä ravitsemuksesta ja liikunnan puutteesta sekä paino-ongelmista. Ongelmia aiheuttaa myös harrastusten puuttuminen sekä somalikulttuuriin kuuluva vaatetus ja Suomen kylmä ilmasto, jotka estävät liikunnan. Naiset jäävät helposti myös kotiin oleilemaan.

Samanlaiset tarpeet kuin valtaväestöllä

Somalinaisilla on samanlaiset perhevalmennustarpeet kuin valtaväestöllä, suomalaisilla ja muillakin lapsiperheillä. Perhevalmennustarpeista nimettiin erityisesti vanhemmuus ja parisuhde, somalinaisten tarvitsema synnytysvalmennus sekä imetysohjauksen tarve, somaliäitien voimavarojen tukeminen ja elintapoihin ja terveystietämiseen liittyvä neuvonta. Lisäksi esille nousi, että suomalainen hoitokäytäntö vaikuttaa koko perheeseen.

Kät. Aika samanlaiset tarpeet kuin suomalaisilla on, tai jotenkin kulttuurista riippumatta. Lapsiperheet menevät kulttuurista riippumatta samaa "viivaa" aika pitkälle.

Vanhemmuus ja parisuhde

Somaliperheiden valmennustarpeet liittyvät myös parisuhteeseen ja vanhemmuuteen – äitiyteen ja isyyteen, eritoten isyyteen. Tuloksissa korostettiin, että perheen perustaminen ja vanhemmuus on kaikille ihmisille uusi asia. Lisäksi korostettiin, että lapsi on vanhempien yhteinen projekti. Vanhemmuus- ja parisuhdeteemaan olisi haastateltavien mielestä hyvä liittää myös keskustelua tasa-arvokysymyksistä sekä lapsen syntymän vaikutuksista sisaruksiin, jotka somaliperheissä voivat olla hyvin eri-ikäisiä.

Th. Isänä tai äitinä, parisuhde ja tasa-arvo, et mitä ne ymmärtävät tasa-arvon. Se on ainakin yks aihe.

Synnytysvalmennukseen liittyvät tarpeet

Somalinaiset tarvitsevat paljon synnytysvalmennusta. Naiset ovat yleensä tyytyväisiä synnytykseen. Somalinaiset kokevat synnytyksen jälkeen itsensä kipeäksi. Somalinoisilla on erilainen, voimakkaampi tapa ilmaista kipua kuin suomalaisilla. Somalainisten oli havaittu toipuvan hyvin synnytyksestä. Tärkeäksi koettiin se, että mietitään, millä tasolla synnytyksestä puhutaan monisyntyäjille.

Tutkija. Synnytyshän on perinteinen (valmennusaihe), vai mitä?

Kät. Siitä tarvitaan paljon.

Th. Pitää just miettiä, millä tasolla puhuu, jos on synnyttänyt viis (lasta).

Imetysohjauksen tarve

Kehittämistyöryhmän mielestä somalinaiset imettävät hyvin lyhyen aikaa. Neuvolassa tehtyjen havaintojen mukaan somaliäidit tarjoavat lapselle herkästi äidinmaidon korviketta. Esimerkiksi itkevä lapsi rauhoitetaan herkästi maitopullolla. Ryhmä pohti syitä lyhyeen imetykseen. Arveltiin, että äidinmaidonkorviketta arvostetaan mutta imetystä ei. Somalinaiset imetyksen kestoon vaikuttavat myös äitien kiire ja stressi. Vaikka somalikulttuurissa lapsia halutaan imettää pitkään, jopa 2 vuotta, Suomessa lapsille tarjotaan herkästi korviketta, koska somaliäideillä on puutteelliset imetystiedot. Suomessa on vauvamyönteisiä sairaaloita, joissa ohjataan täysimetykseen myös somalinoisia.

Kät. Ei lapsi pitkään saa sitä äidinmaitoa.

Kät. Sairaalassa sen näkee, länsimainen vastike on niin hyvää.

Th. Se on niin hienoa.

Th. Ja pullo (on) neuvolassa mukana, vaikka lapsi on ihan täynnä niin tarjotaan (maitoa) pullosta. Jos vauva alkaa itkeä vaikka ennen rokottamista, niin se pullo laitetaan suuhun ja heti sen jälkeen, et nopeasti se maito tuo tyydytyksen, vaikka äiti osais muuten rauhottaa lastaan ja antaa hellyyttä. Se (tuttipullo) on jotenkin tärkeä symboli tai miksikä sitä sanois.

Kät. Äidit haluavat, että lapselle annetaan (sairaalassa) maitoa heti.

Kät. Äiti ei huomaa, että kyllä hän haluaa imettää, mutta edellytykset (puuttuvat)... jos lapselle annetaan kaikki valmiiksi, ei (imetus) välttämättä suju. Ehkä se on semmonen pointti, ikä pitäisi huomioida. Jonkinlainen perheneuvola (tieto-) paketti tehdä... imettäminen ei ole itsestään selvää, ei onnistu jos ei luoda sille edellytyksiä.

Voimavarojen tukeminen

Tulosten mukaan somalinaiset tarvitsevat tietoa sairaan lapsen hoidosta, imeytyksestä ja ravitsemuksesta. Jotkut äidit ovat kiireisiä ja stressaantuneita. Synnytysairaalaan kotiin paluun jälkeen joillakin somalinaisilla esiintyy itkuisuutta, haluttomuutta ja väsymystä. Äidin psyykkiset ongelmat näkyvät lapsen hoidosta selviytymisessä. Lapsen syntymä ja äidin vointi vaikuttavat koko perheeseen.

Kät. No synnytysairaalaan ei enää tarvitse olla kiireinen. Tehtävä on vaan synnyttää, kun mä katson äitii, hoitaja voi olla kiireinen.

Kät. Kun sitten on lapsia, kaksi kolme päivää on vietetty lapsen kanssa voi (äiti) olla itkuinen, haluton, ei halua, jaksaa tehdä mitään ja sitten hoitajat ihmettelevät mitä ihmeellistä? Kaikki muuttuu.

Th. Mitä meillä on asiakkailla vuosien saatossa ollut, niin samalla tavalla perhe toivoo konkreettista tietoa liittyen vauvan terveyteen, ravitsemukseen ja konkreettista ohjausta mitä apua miltäkin taholta voi saada.

Elintapoihin ja terveystietoisuuteen liittyvän neuvonnan tarve

Tulosten mukaan somalivanhempia on kannustettava ottamaan entistä enemmän vastuuta omasta terveydestään. Somaliperheet tarvitsevat terveysneuvontaa liikunnasta ja ravitsemuksesta, sokeriaineenvaihdunnan häiriöistä ja raskaudenaikaisesta painonhallinnasta, selkävaivojen ennaltaehkäisystä sekä puukeutumisen merkityksestä, etenkin jalkineiden. Lisäksi tärkeitä terveysneuvonnan aiheita ovat D-vitamiinin tarve, leikki-ikäisen lapsen painonhallinta sekä lasten hampaiden terveys.

Tutkija. Minkälaiset teemat ovat tärkeitä sekä äidin että lapsen terveyden kannalta?

Th. Et ehkä se vois olla enemmän terveyskasvatuksellisempaa, et ois eri aiheita tai teemoja.. sit taas se et kuinka ne saa sinne?

Th. Ja raskausaikana melkein kaikille somalirouville joutuu tekeä sokerirasituskokeen ja se on melkein kaikilla patologinen. Ja sit kun on oikeen huolellisesti niitä ohjaa ja muistuttaa ja kyselee siitä ruokavaliosta, tulokset alkavat näkymään.

Suomalainen hoitokäytäntö vaikuttaa koko perheeseen

Tuloksissa nousi esille Somalian ja Suomen terveydenhuollon välisiä eroja. Esille nostettiin havainto, että Somaliassa raskaus tulee esille vasta sitten, kun kohdun kasvu oli näkyvää. Somaliassa ei mainosteta, että nainen on raskaana. Suomessa taas käydään neuvolassa monta kertaa. Suomalainen äitiyshuollon hoitokäytäntö vaikuttaa koko perheeseen. Joskus isät ovat mukana neuvolaikäyneillä, jopa pakosta. Somaliassa isä ei voi olla mukana synnytyksessä, kos-

ka sairaalassa on samassa huoneessa monta sänkyä ja synnyttäjää. Suomessa isät osallistuvat synnytykseen. Lapsen hoidon todettiin olevan luonnollisempaa somalinaiselle kuin -miehelle.

Kät. Aika pitkälle kun Somaliassa sairaalassa syntyy lapsi, se ei ole mitään sellaista missä isä voisi olla mukana. Siellä on samassa huoneessa monta sänkyä. Ei ole isällä tilaa olla mukana. Täällä kun on synnytyshuoneet, voi olla mukana, ja isät ovat paljon mukana synnytyksessä.

7.3.3 Näkemykset kulttuurisesti sensitiivisestä perhevalmennuksesta

Millainen on kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus?

Tuloksista nousi kuusi erilaista kuvausta siitä, millainen on kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus: 1) somalinaiset ovat kaikkeen tyytyväisiä, 2) omakielinen valmennus tai asiasisällön tunteva tulkki, 3) perhevalmennusta keskustelemalla, 4) isäryhmät somalimiehille, 5) kulttuurin mukaisen oppimateriaalin ja ryhmien tarve, 6) perhevalmennuksesta on hyötyä kaikille perheille, myös somaliperheille ja 7) tieto perhevalmennukseen osallistuneiden kautta leviää muille perheille.

Somalinaiset ovat kaikkeen tyytyväisiä

Kehittämistyöryhmän mielestä somalinaiset ottavat vastaan kaikkea, mitä heille tarjotaan. Somalinaiset ovat tyytyväisiä suomalaisen terveydenhoitoon ja halukkaita yhteistyöhön. Somalinalaisia kuvattiin peruspositiivisiksi. Perhevalmennuksen keskeisin ongelma on kommunikointi.

Kät. Onneksi täällä, mitä on yksi positiivinen asia. Naiset ottaa vastaan kaikki mitä tarjotaan.

Th. Mun on helppo yhtyä siihen, et somalinainen on kaikkeen tyytyväinen, kaikki on aina hyvin. Mitä heille tarjotaan, kaikki kelpaa. Semmoinen peruspositiivisuus on kaikissa somaliäideissä.

Omakielinen valmennus tai asiasisällön tunteva tulkki

Kehittämistyöryhmän mielestä somaliperheet tarvitsevat somaliankielistä valmennusta. Toinen vaihtoehto on se, että paikalla on tulkki, jolla on terveydenhoidon koulutus.

Kät. Ja lisäksi somaliperheet tarvitsevat omakielisiä valmennuksia enemmän, jos tulkki saadaan paikalle se on ihan hyvä, ja materiaali erityisesti heille kohdistettu ja käytetään avuksi ja tarpeellista.

Kät. Voi olla sitten somaliankieliset, mutta meillä on vähän kulttuuri, että ei paljon lueta, koska meillä on sellainen kulttuuri tapa, kulttuurissa suullinen perinne. Koraanista luettukin on ulkoa opittu.

Perhevalmennusta keskustelemalla

Kehittämistyöryhmän mielestä valmennuksessa suurin ongelma on tulkkaus. Perhevalmennusta on tästä huolimatta hyvä toteuttaa keskustelemalla. Näin siksi, koska somalikulttuurissa on suullinen perinne. Tulosten mukaan soma-

liiyhteisössä luetaan vain se, mikä on pakko lukea. Jos joku kertoo, jää se parhaiten mieleen.

Th. Mun mielestä ihan samalla tavalla kun muillekin. Siis se toteuttaminen, keskustelua.

Kät. Keskustelun alleviivaan. Parhaiten menee tulkin avulla, ne menevät varmasti perille. Jos vain esitteet, niin niihin tarkat ohjeet.

Isäryhmät somalimiehille

kehittämistyöryhmän näkemyksen mukaan somali-isille on järjestettävä omia perhevalmennusryhmiä. Näin isät saataisiin kantamaan enemmän vastuuta lasten- ja kodinhoidosta. Esille nousi myös kysymys siitä, vaaditaanko suomalaisen kulttuurin mukaisesti kaikkia isiä osallistumaan valmennukseen. Somaliäidit osallistuvat usein valmennukseen naisystävän tai sisaren kanssa. Somali-isät osallistuvat raskauden aikana neuvolavastaanotoille. Synnytyksen jälkeen eivät valtaväestön eivätkä somaliyhteisön isät enää osallistu aktiivisesti neuvolakäynneille.

Th. Jotain isäryhmiä, isille suunnattuja ryhmiä, niin kun alussa sanoin parisuhteesta, jossa puhutaan äitiydestä ja isyydestä ja että ne isätkin kantaisi vastuunsa lastenhoidosta ja perheestä.

Th. Mulla tuli mieleen että miten ne isät, ovatko ne aidosti kiinnostuneita, vai olettaanko me meidän (oman) kulttuurin puolesta, että isien pitää olla mukana perhevalmennuksessa ja vauvan hoidossa.

Th. Tuleeko somali-isät mukaan valmennukseen?

Th. Aina nainen on tullut tukihenkilön kanssa, joko naisystävän tai sisaren kanssa tai jonkun muun naisen kanssa mutta ei puolison kanssa.

Kulttuurin mukaisen oppimateriaalin ja ryhmien tarve

Kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus edellyttää selkeiden somalinkielisten esitteiden jakamista asiakkaille. Suomenkielisiä esitteitä ei tarvita. Somali-perheet tarvitsevat myös laajemman omakielisen esitteen perhevalmennuksesta.

Th. Esitteiden antamista, vauvanhoitosysteemejä, mitä me ollaan luotu siellä.

Kät. Esitteitä minä voin kommentoida, jos esitteet yleensä somalikulttuurissa ei tarvi, varsinkin jos ne on suomen kielellä.

Tutkija. Millainen lukutaito somalinalaisilla on?

Kät. Suurin osa on lukutaitoisia.

Tutkija. Otit äsken esille ne esitteet?

Kät. Kyllä mulla semmonen olo, että jossain vaiheessa jotain kiinnostaa se jonkunlainen pieni projekti tän tutkimusten jälkeen. Pieni (tieto)paketti perhevalmennuksesta, joka tapahtuu somalinkielellä ja esite. Mun mielestä se ois erittäin kiitollinen asia.

Perhevalmennukseen tarvitaan somaliyhteisöön kuuluvan henkilön tekemä synnytysvideo. Ryhmässä myös ehdotettiin käynnistettäväksi somalinaisille suunnattuja rentoutus- ja lantionpohjalihasten harjoitustilaisuuksia. Tässä yhteistyötä olisi hyvä tehdä fysioterapeuttien kanssa. Haastattelun perusteella somalinaiset ovat kiinnostuneita osallistumaan rentoutukseen ja lantionpohjalihasharjoituksiin.

Th. Rentoutusharjoitukset on ollut jossain vaiheessa mukana, mutta ei varsinaiseen valmennukseen liittyen. Kerättiin naisryhmä, mukana oli ensisynnyttäjiä ja fysioterapian voimin oli varustauduttu rentoutukseen ja lantionpohjalihasharjoituksiin.

Kät. Mun mielestä erittäin tervetullut asia jos olisi (rentoutusharjoitukset), kyllä somalinaiset tulevat jos kutsutaan. Kyllä, kuten aikaisemminkin puhuttiin, varsinkin jos on oma ryhmä se on paljon helpompaa tulla siihen.

Perhevalmennuksesta on hyötyä kaikille perheille, myös somaliperheille

Tulosten mukaan perhevalmennuksesta on hyötyä kaikille perheille, myös somaliperheille. Somalinaisilla on samanlainen tarve perhevalmennukseen kuin muillakin naisilla. Viesti vaan ei mene perille.

Th. Onko sillä (perhevalmennuksella) oikeasti tarvetta? Tulee ensimmäisenä mieleen.

Th. Miksi? Löytyisikö joku syy? Mitä hyötyä siitä vois olla?

Kät. Kun suomalaisetkin osallistuvat (perhevalmennukseen) on todettu, on hyötyä käydä perhevalmennuksessa. Ei mitään huuhaa juttu, Suomessa on tutkittu ja todettu perhevalmennuksessa käyminen on hyödyllistä.

Kät. Suomessa suurin osa, melkein kaikki äidit käy, somali äidit ei käy.

Kät. Onko se, että ei oo tarve, vai ei oo tietoa, että on tarve. Se on aivan varma juttu et meidän naisilla on samanlainen tarve kuin muillakin naisilla. Viesti vaan ei mene perille.

Tieto perhevalmennukseen osallistuneiden kautta leviää muille perheille

Tuloksissa nousi esille neuvolasta saatujen ohjeiden unohtaminen sekä asiakkaiden oma vastuu. Tulosten mukaan jokainen somaliäiti haluaa lapsensa parasta. Ohjeiden ja neuvojen unohtaminen ei tarkoita vastuuttomuutta. Somalinaisille kaikki tieto on arvokasta. Naiset levittävät saamaansa tietoa muille vastaavassa tilanteessa oleville somalinaisille.

Kät. Minulla on semmoinen ajatus, että varmaan jokainen äiti haluaa lapsensa parasta. Kaikki tieto mitä saa ja ymmärtää on arvokasta.

Kät. Viimeinen lapsi, kun saa tiedon on jotain hyötyä. Ja toinen mitä mä haen, hän kertoo muille äideille. Tieto leviää, automaattisesti kaikki äidit menevät (perhevalmennukseen).

7.3.4 Näkemykset perhevalmennuksen edellytyksistä

Mitä kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus edellyttää?

Kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen edellytykset ryhmiteltiin seuraaviin luokkiin: 1) yhteistyö maahanmuuttajatyötä tekevien tahojen kanssa, 2) kulttuurinmukainen markkinointi, 3) suomalainen vetäjä ja kulttuuritulkki, 4) toimiva ryhmä ja lastenhoidon järjestäminen, 5) asiakkaiden oma vastuu ja 6) kulttuurinen kompetenssi ja sensitiivisyys.

Yhteistyö maahanmuuttajatyötä tekevien tahojen kanssa

Kulttuurisesti sensitiivisessä perhevalmennuksessa on toimittava läheisessä yhteistyössä maahanmuuttajatyötä tekevien tahojen kanssa. Haastateltavilla oli kokemusta perheleireistä, joissa oli käsitelty ympärileikkausasiaa. Havaintojen mukaan tieto ympärileikkauksesta oli mennyt tätä kautta hyvin perille.

Tutkija. Puhuit perheleiristä? Kuka järjestää perheleirijä?

Kät. Niitähän nykyään järjestetään. Voi olla, että siihen aikaan ei välttämättä kaikki ole raskaana, mutta mitä sitten jos tietää seuraavalla kerralla nää asiat valmiiksi. Monet äidit menevät kesäisin leirille, siinä yhteydessä jos olisi jonkinlainen (perhevalmennus).

Th. Toi on ihana avaruus-ajatus toi leirit, mut sehän ois ihana et ois maahanmuuttajille tämmöiset kesäleirit. Sit siel ois isät ja äidit ja lapset ja lastenhoitajat. Sit siel ois kenties terveydenhoitaja puhumassa synnytyksestä, lastenhoidosta, kehityksestä, mut eihän se oo (mahdollista), se on ehkä joskus.

Kät. Kyl me on joskus saatu sitäkin kautta esim. ympärileikkausjutut, sitä kautta ollaan puhuttu kun äidit oli leirillä reissaamassa siellä, joku monta kertaa kävi siellä puhuu. Sitä kautta on saatu asiat menemään perille.

Kulttuurinmukainen markkinointi

Myös perhevalmennuksen kulttuurinmukainen markkinointi on tärkeää. Tarvittaisiin kirjallinen esite perheneuvolasta ja perhevalmennuksesta. Kaikki suomalaisperheet eivät ymmärrä, mitä perhevalmennus tarkoittaa. Tietäminen mahdollistaa asioiden sisäistämisen ja toiminnan priorisoimisen.

Kät. Alussa voi olla sellainen esite, jota jaetaan ja asiat sitten sillä tavalla menisi vähän perille. Tässä vaiheessa se varmasti onnistuu. He tietävät mikä on perheneuvola ja perhevalmennus. Minä tiedän, että monet 7-5-6 lasta täällä synnyttäneet ei kertakaan käynyt. Jos edes viimeinen lapsi saadaan äiti käymään, niin se hyvä että hän kertoo muille äideille.

Th. Kyllä se kirjentaliteetillakin, mutta osallistuminen on ihan erilainen kun se menee sanallisesti muistuttaen ja naiset vielä muistuttaa toinen toisiaan.

Th. Ainakin se edellyttää aktiivista patistajaa. Sellainen joka kokoaa sen ryhmän ja uskoo kerta toisen jälkeen, että siitä jotain tulee.

Suomalainen vetäjä ja kulttuuritulkki

Perhevalmennusta järjestetään ensisynnyttäjille. Uudelleensynnyttäjät eivät ole koskaan osallistuneet perhevalmennukseen. Perhevalmennusta voi toteuttaa suomalainen asiantuntija yhdessä somalikulttuurin edustajan kanssa.

Th. Kyllä se vetäjä ilman muuta, suomalaisvetäjä ja mahdollisesti somalikulttuurin asiantuntijoita, jonkinlaista olettaisin et pitäis olla.

Th. Kuitenkin jos somaliäidit ovat asiakkaita. Valmennuksen tarpeessa olevien määrä on pieni. Miten sitä onnistuu saamaan niin sanotun toimivan hyvän ryhmän?

Toimiva ryhmä ja lastenhoidon järjestäminen

Perhevalmennukseen osallistuminen edellyttää aktiivista patistelijaa sekä toimivaa ryhmää. Monisynnyttäjien osallistuminen perhevalmennukseen edellyttää lastenhoidon järjestämistä. Somalinaisten on helpompi osallistua somaliasiakkaista koottuun ryhmään, mutta valmennuksen tarpeessa olevien määrä on pieni, joten voi olla vaikeaa saada muodostettua toimiva ryhmä.

Kät. Totta kai se on helpompaa käydä oman ryhmän mukana. Mä mietin vaan tänä päivänä, kun näitä...kun katsotaan ja niin... asioita katsotaan tärkeysjärjestyksessä ja jotakin semmosta. Kellä on niin paljon energiaa että saisi sitten käynnistää jokainen äiti joka tarvitsee, niin saisi tällaisen palvelun.

Th. Se mulla tuli mieleen noista, että mitä valmennuksen ohjelmoiminen edellyttää sehän se varmaan yks ongelma on kun niillä on jo niitä lapsia. ...Että pitäis olla lapsille kaitsijat, että ne ei ihan joka paikkaa hajota.

Asiakkaiden oma vastuu

Kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus edellyttää haastatteluaineiston perusteella sitä, että myös somaliperheet ottavat vastuun sekä omasta, lapsen että koko perheen terveydestä.

Kulttuurinen kompetenssi ja sensitiivisyys

Hoitohenkilökunnalta kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus edellyttää kulttuurista kompetenssia ja sensitiivisyyttä. Perhevalmennuksen suunnittelussa on hyvä ottaa huomioon myös terveydenhoitajan ja kättilön toimenkuva.

7.3.5 Näkemykset perhevalmennuksen toteuttamistavoista*Miten kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus tulisi toteuttaa?*

Tulokset kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen toteuttamisesta ryhmiteltiin seuraaviin luokkiin: 1) pelkästään somaliankielisiä valmennusryhmiä ei voida muodostaa, 2) osallistuminen valtaväestön perhevalmennustilanteisiin, 3) markkinoinnin kehittäminen, 4) valmennusta sekä ensi- että uudelleensynnyttäjille, 5) kannustaa ratkaisemaan ongelmia kotikonstein, 6) tärkeää kerrata ja varmistaa ymmärtäminen, 7) kotikäynti tehostaa perhevalmennuksen tavoitteiden saavuttamista ja 8) perhevalmennuksen toteuttajalta edellytetään pitkäjänteisyyttä.

Pelkästään somaliankielisiä valmennusryhmiä ei voida muodostaa

Kehittämistyöryhmän jäsenten mielestä somaliperheiden määrä on niin pieni, että pelkästään somaliankielisiä valmennusryhmiä ei voida muodostaa.

Osallistuminen valtaväestön perhevalmennustilanteisiin

Somaliperheet voivat osallistua valtaväestön perhevalmennustilanteisiin. Näissä tilanteissa somaliväestöön kuuluvat äidit voidaan "nostaa esiin", toisin sanoen somaliyhteisön äidit voisivat opettaa valtaväestön naisia. Valmennuksessa on käytettävä tulkkia aina silloin, kun siihen on tarvetta. Äitien lisäksi tukihenkilöitä tulee rohkaista osallistumaan valmennustilaisuuksiin. Esille nousi ehdotus myös neuvoloiden "avoimista ovista" ja tiukan aikataulutuksen höllentämisestä tai uudistamisesta. Ehdotettiin, että neuvoloihin terveydenhoitajien tueksi on hyvä saada mukaan maahanmuuttajataustaisia hoitajia tai hoitajaopiskelijoita "kulttuuritulkeiksi".

Markkinoinnin kehittäminen

Perhevalmennuksen onnistumisen kannalta tärkeää on se, että sitä markkinoitaisiin somaliyhteisössä ja siihen osallistuu somaliyhteisön arvostama henkilö, joka kokee perhevalmennuksen tärkeäksi.

Valmennusta sekä ensi- että uudelleensynnyttäjille

Perhevalmennusryhmiin on kehittämistyöryhmän mielestä saatava mukaan sekä ensi- että uudelleensynnyttäjiä.

Kannustaa ratkaisemaan ongelmien kotikonstein

Somalivanhemmille on annettava lisää tietoa ja heitä on motivoitava ja rohkaistava ratkaisemaan pieniä ongelmia, kuten lapsen flunssaa, kotikonstein.

Tärkeää kerrata ja varmistaa ymmärtäminen

Kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus mahdollistaa keskustelun ja kysymysten esittämisen. Siinä voidaan soveltaa varhaisen vuorovaikutuksen työmallia, joka on ennaltaehkäisevää hoitotyötä, jossa on keskeistä vauvan ja vanhemman välisen vuorovaikutussuhteen tukeminen ja hoitaminen.

Th. Kysymällä, kertaamalla, varmistamalla. Kädestä pitäen opettamalla.

Th. Saattaisi ehkä (olla hyvä antaa) lupa kysyä, et miten se olikaan? Jotenkin kuvaa (olisi saatava) siitä et mikä on se tietopohja, ei oikeen oo semmosta kuvaa. Aika paljon olettaa tosiaan, kun on monta lasta, niin tietoo varmaan on.

Th. Sehän ois se varhaisen vuorovaikutuksen työmalli, tosi hieno maahanmuuttajien kohdalla.

Kotikäynti tehostaa perhevalmennuksen tavoitteiden saavuttamista

Ennen synnytystä toteutettu kotikäynti tehostaa perhevalmennuksen tavoitteiden saavuttamista.

Kät. Kotikäynti ilahduttaa, perhe kokee paljon helpottavana varmaan, kun heidän luona käydään. Ei tarvitse mihinkään kiirehtiä ja nyt voi käyttää oman puheenvuoron miten haluaa, voi kysyä vapaasti, mikä on monelle äidille helpompaa, jos ja kun on vaan mahdollista.

Perhevalmennuksen toteuttajalta edellytetään pitkäjännitteisyyttä

Kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennuksen toteuttaminen edellyttää työntekijöiltä pitkäjännitteisyyttä.

Th. Pitkäjännitteisyyttä, vastoinkäymisten sietokykyä, kulttuurin tuntemusta.

7.3.6 Näkemykset perhevalmennuksen vaikutuksista

Millaisia vaikutuksia kulttuurisesti sensitiivisellä perhevalmennuksella on?

Tuloksista esille nousseet näkemykset perhevalmennuksen vaikutuksista luokiteltiin seuraavasti: 1) perheiden hyvinvointi lisääntyy, 2) perheiden tiedot lisääntyvät, 3) henkinen valmentautuminen mahdollistuu, 4) itsetunto ja turvallisuus lisääntyvät, 5) pelot vähentyvät ja synnytyskokemus on myönteinen, 6) vauvan vastaanottaminen kotiin helpottuu, 6) miesten sitoutuminen lapsen syntymään lisääntyy ja 7) koko perhe hyötyy perhevalmennuksesta.

Perheiden hyvinvointi lisääntyy

Haasteltavien mielestä perhevalmennus lisää somaliperheiden hyvinvointia ja perustietoja synnytyksestä ja vanhemmuudesta.

Th. Yleensä perheiden hyvinvointi paranee ja perustieto lisääntyy.

Perheiden tiedot lisääntyvät

Kät. Aina on etua, jos on etukäteen valmennettu, niin on sitä peruspohjaa ja tietoa ja sitten me taas täydennetään sitä. Että hyötyä ois ehdottomasti.

Henkinen valmentautuminen mahdollistuu

Perhevalmennus valmentaa somalinalaisia ja heidän kumppaneitaan henkisesti synnytykseen ja vähentää näin synnytykseen liittyviä pelkoja.

Kät. Ois siihen (synnytykseen) henkisesti valmistautunut ja ei olisi niin pelottavaa.

Itsetunto ja turvallisuus lisääntyvät

Perhevalmennus on lasta odottaville perheille hyödyllistä, koska se lisää synnyttäjien itsetuntoa ja turvallisuutta.

Th. Itsetunto ja turvallisuus lisääntyvät.

Pelot vähentyvät ja synnytyskokemus on myönteinen

Perhevalmennus vähentää synnytyospelkoja ja auttaa myönteisen synnytyskokemuksen muodostumisessa.

Th. Jos ajattelee sitten synnyttämistä, niin menee varmasti nopeemmin ja vähemmällä pelolla ja se kokemus on varmasti myönteisempi.

Vauvan vastaanottaminen kotiin helpottuu

Perhevalmennus vaikuttaa haastattelijoiden mielestä myös siihen, että vauvan vastaanottaminen kotiin synnytyksen jälkeen helpottuu.

Th. Vauvan vastaanottaminen olisi konkreettisempaa ja kotikäynnin vaikutus olisi ihan mieleton.

Miesten sitoutuminen lapsen syntymään lisääntyy

Perhevalmennus lisää isän sitoutumista synnytykseen. Perhevalmennuksen jälkeen valmennukseen liittyvistä aiheista on mahdollista keskustella kotona.

Th. Mut se miesten sitoutuminen siihen (lapsen syntymään) lisäksi, lisääntyisi ja tietoisuus mitä siellä tapahtuu ja synnytyksestä keskustelua pariskunnan välillä myös kotona.

Koko perhe hyötyy perhevalmennuksesta

Perhevalmennuksen todettiin myös vaikuttavan perheen kokonaisuuteen. Koko perhe hyötyy perhevalmennuksesta.

Kät. Vaikuttaa kokonaisuuteen. Koko perheen paljon myös hyviä asioita tullut.

7.3.7 Yhteenveto

Tulosten perusteella somalainien perhevalmennustarpeet liittyvät laajoihin maahanmuuttoon liittyviin asioihin, kuten juurettomuuteen, kansallisen identiteetin ohenemiseen, rasminpelkoon, kommunikointiongelmien, sosiaalisen tuen puuttumiseen, yksinäisyyteen sekä puutteellisiin terveystottumuksiin, masennukseen, väsymykseen, perheen sisäisiin ongelmiin, harrastusten puuttumiseen, erilaiseen aikakäsitykseen, kulttuurinmukaiseen vaatetukseen ja liikunnan vähäisyyteen.

Somalainien perhevalmennustarpeet ovat samanlaiset (mm. vanhemmuus ja parisuhde, synnytys, lapsenhoito ja imetykset) kuin valtaväestönkin naisilla. Suomalaisen kulttuurin uskottiin vaikuttavan somalainien käyttäytymiseen.

Somalainiset tarvitsevat valmennusta omalla äidinkielellään. Toisena vaihtoehtona on toteuttaa tilaisuudet asiassällön tuntevan tulkin avulla. Perhevalmennusta haluttaisiin toteuttaa kommunikointiongelmista huolimatta keskustelemalla. Haastatteluaineistosta nousi esille myös tarve perustaa isäryhmiä ja kehittää selkeitä somaliankielisiä perhevalmennusesitteitä ja tuottaa kulttuurin mukaista oppimateriaalia.

Kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen onnistuminen edellyttää yhteistyötä maahanmuuttajatyötä tekevien tahojen kanssa, lastenhoidon järjestämistä pienryhmien ajaksi, toimivaa pienryhmää, suomalaista ryhmänvetäjää ja kulttuuritulkin osallistumista tilaisuuksiin. Lisäksi korostettiin asiakkaiden omaa vastuuta ja hoitohenkilökunnan kulttuurista kompetenssia.

Somaliperheiden määrä ei riitä pelkästään somaliankielisten valmennusryhmien perustamiseen. Sekaryhmissä valtaväestöön kuuluvat naiset saisivat mahdollisuuden oppia somalinaisilta erilaisia asioita. Perhevalmennuksen us-

kottiin lisäävän muun muassa somaliperheiden hyvinvointia, tietoja, itseluottamusta, turvallisuuden tunnetta ja myönteisiä synnytyskokemuksia sekä mahdollistavan henkisen valmentautumisen synnytykseen.

Tuloksista nousi esille sekä hoitohenkilökuntaan (kulttuurisokeus ja markkinoinnin haasteet), asiakkaisiin (neuvojen unohtaminen) että hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden väliseen vuorovaikutukseen (kommunikaatio-ongelmat) liittyviä ongelmia, jotka vaikuttavat kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen toteuttamiseen.

7.4 Kartoitusten yhteenveto

Kaikkien kolmen kartoituksen perusteella perhevalmennustarpeet näyttäytyivät terveydenhuollon työntekijöille ja somalinoisille osaksi samanlaisina ja osaksi erilaisina. Taulukossa 28 kuvataan tiivistetty yhteenveto kartoitusten tuloksista nousseista perhevalmennusaiheista, kohderyhmästä ja menetelmistä. Taulukkoon valittiin mukaan aiheet, jotka saivat kyselyssä korkeimmat prosenttiosuudet sekä aiheet, jotka nousivat haastattelussa selkeimmin esille. Aiheet jäsenetään taulukossa kolmeen luokkaan: sisällöt (raskaus, synnytys, synnytyksen jälkeinen aika ja muuta aiheet) sekä menetelmät ja keinot toteuttaa perhevalmennusta).

Kaikkien kartoitusten yhteisiä perhevalmennusaiheita olivat valmentaminen synnytykseen ja vanhemmuuteen. Terveydenhoitajat ja kätilöt painottivat raskauteen valmentautumisessa raskauden normaalia kulkua ja kehittämistyöryhmän jäsenet elintapoja sekä terveyskäyttäytymistä raskauden aikana. Ne somalainaiset, jotka eivät olleet osallistuneet perhevalmennukseen, kuvasivat avoimesti raskauskokemuksiaan sekä terveellisten elintapojen ja hallinnantunteen säilyttämisen vaikeutta. Raskaus koettiin positiiviseksi, jos raskaana olevalla naisella ei ollut kipuja ja raskaus eteni ongelmitta. Raskauspahoinvointi ja oksentelu, päänsärky ja väsymys tekivät raskaudesta negatiivisen kokemuksen.

Terveydenhoitajien ja kätilöiden mielestä synnytykseen liittyvässä valmennuksessa on hyvä käsitellä synnytyksen kulkua, synnytyskipujen lievittämistä ja tapahtumia synnytyssairaalassa. Somalainisten mielestä synnytykseen valmentamisen lisäksi synnytyssairaalaan tutustuminen omalla äidinkielellä on tärkeää. Somalainisten haastattelussa nousi esille myös toive saada lisää tietoa suomalaiseseen kulttuuriin liittyvistä asioista.

Terveydenhoitajien ja kätilöiden mielestä somalainisten synnytyksen jälkeisessä perhevalmennuksessa on käsiteltävä vanhemmuutta, vastasyntyneen hoitoa, isän osuutta lapsen hoidossa, raskauden ehkäisyä sekä sosiaalipalveluita ja etuuksia. Somalainaiset sisällyttäisivät synnytyksen jälkeiseen valmennukseen vanhemmuuden tukemisen, terveen ja sairaan lapsen hoidon ja aiheita, jotka liittyvät perhe-elämään. Kehittämistyöryhmän mielestä tärkeitä synnytyksen jälkeisen perhevalmennuksen aiheita ovat imetystä, vanhemmuus ja parisuhdeasiat.

Terveydenhoitajien ja kätilöiden mielestä somalinaisten perhevalmennuksessa on käsiteltävä myös ympärileikkausta. Somalaiset korostivat kulttuuriin liittyvien asiasisältöjen käsittelyä perhevalmennuksessa, ja kehittämissyöryhmän jäsenet korostivat suomalaisen hoitokäytäntöön liittyvien asioiden sisällyttämistä perhevalmennukseen.

Kehittämissyöryhmän mielestä somalaisilla on pitkälti samanlaiset perhe- ja synnytysvalmennustarpeet kuin valtaväestön naisilla.

Kaikkien kolmen kartoituksen perusteella perhevalmennus on kohdistettava etenkin ensisynnyttäjille ja heidän tukihenkilöilleen ja se on toteutettava keskustelemalla.

TAULUKKO 28 Kartoitusten perusteella laadittu yhteenvedo perhevalmennuksen kohderyhmästä, aihealueista ja menetelmistä

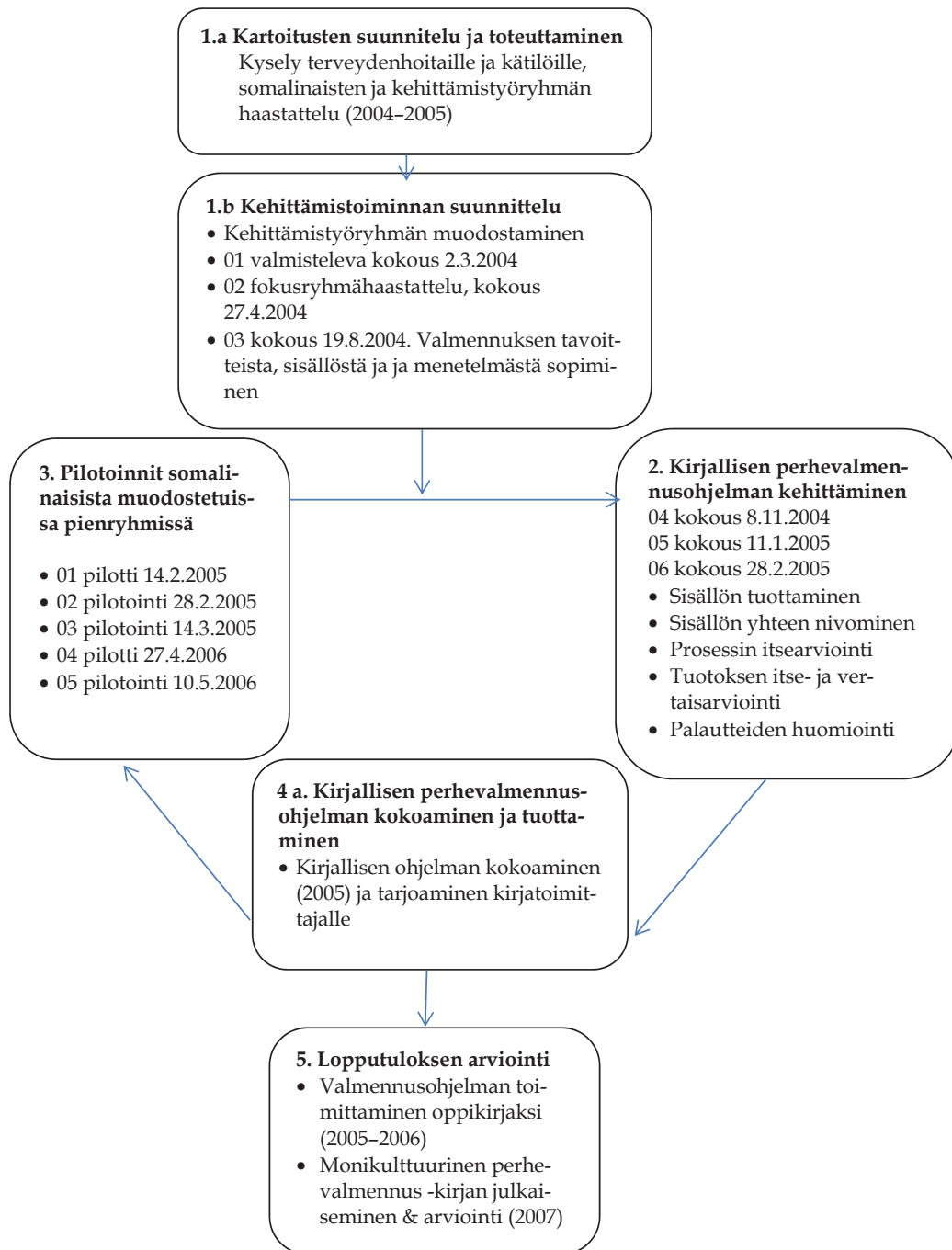
	Terveystenhoitajat ja kättilöt (N=70)	Somalinaiset (N=8) *	Kehittämistyöryhmä (N=6)
Kohderyhmä	Ensi- ja uudelleensynnyttäjät	Ensisynnyttäjät ja heidän tukihenkilönsä	Ensi- ja uudelleensynnyttäjät
Sisällöt			
Raskaus	<ul style="list-style-type: none"> Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset raskauden aikana Raskauden normaali kulku Raskauden aikainen terveydenhoito 	<ul style="list-style-type: none"> Positiiviset ja negatiiviset raskauskokemukset Terveellisten elintapojen ylläpitäminen ja esteet Raskauteen liittyvät vaivat ja hoitoa vaativat oireet 	<ul style="list-style-type: none"> Elintavat ja terveyskäyttäytyminen Voimavarojen tukeminen
Synnytys	<ul style="list-style-type: none"> Synnytysspelkojen ja ennakkoluulojen poistaminen Synnytys Synnytyssairaalan hoitokäytännöt ja tapahtumista sairaalassa 	<ul style="list-style-type: none"> Synnytystapahtuma Synnytyssairaalaan tutustuminen omalla äidinkielellä 	<ul style="list-style-type: none"> Synnytyssuunnittelu Suomalainen hoitokäytännöt
Synnytyksen jälkeinen aika	<ul style="list-style-type: none"> Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus Sosiaalipalvelut ja etuudet 	<ul style="list-style-type: none"> Vanhemmuus Terveen ja sairaan lapsen hoito Perhe-elämä 	<ul style="list-style-type: none"> Imetysohjaus Vanhemmuus ja parisuhde
Muut aiheet	<ul style="list-style-type: none"> Ympäri-ikäisyys 	<ul style="list-style-type: none"> Somalikulttuuriin liittyvät asiat 	<ul style="list-style-type: none"> Pakolaisuuteen ja maahanmuuttoon liittyvät ongelmat
Menetelmät ja keinot	<ul style="list-style-type: none"> Keskustelu Leppoisa tunnelma Vältetään käyttämästä vaikeita sanoja Ryhmän jäsenten on koettava toisensa tasavertaisiksi Isät voisivat olla äitien kanssa samoissa ryhmissä Perhevalmennus on toteutettava somalian kielellä tai tulkin välityksellä. Perhevalmennusta voidaan antaa henkilökohtaisen ohjauksen aikana ja pienryhmissä 	<ul style="list-style-type: none"> Keskustelu ja kysymysten esittäminen Synnytyssairaalaan tutustuminen omalla äidin kielellä Synnytyssuunnitteluvideon katsominen 	<ul style="list-style-type: none"> osallistuminen valtaväestön perhevalmennustilanteisiin markkinoinnin kehittäminen kannustetaan ratkaisemaan ongelmia kotikonstein, kerrataan ja varmistetaan ymmärtäminen kotikäynti tehostaa perhevalmennuksen tavoitteiden saavuttamista perhevalmennuksen toteuttajalta edellytetään pitkäjännittävyyttä.

* Huom.: Valmennukseen osallistuneet somalinaiset olivat tyytyväisiä olemassa olevaan valmennukseen. Heidän mielestään perhevalmennus valmentaa pääasiassa synnytykseen. Ne naiset, jotka kertoivat, etteivät osallistuneet perhevalmennukseen, korostivat, että perhevalmennus valmentaa raskauteen, synnytykseen ja vanhemmuuteen (lapsenhoitoon ja perhe-elämään).

8 SOMALINAISILLE SUUNNATUN PERHEVALMENNUSOHJELMAN KEHITTÄMISTOIMINTA JA SEN TULOS

Tässä luvussa kuvataan somalinaisille suunnattua ”kulttuurisesti sensitiivistä” perhevalmennusohjelmaa kehittämään kootun pienryhmän toimintaa ja kehittämistoiminnan tulosta sekä siitä saatua palautetta. Kehittämistyöryhmään kuului sekä terveydenhoitajia (n=4) että kättilöitä (n=2). Somalitaustainen kättilö toimi ryhmässä sekä kättilötyön asiantuntijana että oman kulttuurinsa tulkkina. Tutkija oli kehittämisryhmän jäsen ja ryhmän vetäjä. Kehittämistoimintaa kuvataan kokousmuistioissa, itse- ja vertaisarvioinneissa ja perhevalmennusohjelman pilotoinnin aikana kirjoitetuissa raporteissa.

Kehittämistoiminta eteni vaiheittain: suunnittelu, kirjallisen perhevalmennusohjelman yhteinen kehittäminen ja tuloksen pilotointi käytännössä sekä kehittämisprosessin ja tuotoksen arviointi. Jokainen vaihe sisälsi erilaisia syklejä (katso alaluku 8.6). Kehittämistyöryhmällä oli mahdollisuus hyödyntää kartoitusten alustavia tuloksia perhevalmennusohjelmaa kehittäessään (kuvio 9).



KUVIO 9 Kehittämistoiminnan vaiheet.

8.1 Kehittämistoiminnan suunnittelu

8.1.1 Tutustuminen ja kehittämistoiminnan käynnistäminen

Kehittämistyön alussa, valmisteleavassa kokouksessa (kuvio 9), ryhmän jäsenet tutustuivat toisiinsa ja ryhmän tehtävään sekä sopivat yhdessä ryhmän säännöistä. Ensimmäisen tapaamisen aikana hyväksyttiin ryhmän rakenne (3 terveydenhoitajaa, 2 kättilöä, joista yksi on somaliyhteisön edustaja, ja tutkija) ja luotiin seuraavat pelisäännöt: 1) Ryhmän jäsenet kokoontuvat 4–5 kertaa. 2) Yhteyttä kokousten välillä pidetään sähköpostin välityksellä. 3) Ryhmätapaamisten aikana laaditaan ehdotus perhevalmennusohjelman sisällöstä. 4) Ryhmän jäsenet laativat yhdessä perhevalmennusohjelman sisällön. 5) Sisällön tuotanto jaetaan ryhmän jäsenten kesken. 6) Yksittäisten ryhmänjäsenten tuotoksia kommentoidaan sähköpostilla ja ryhmätapaamisten aikana. 7) Valmiita yksittäisiä perhevalmennusohjelmien teemoja pilotoidaan neuvoloissa tai muissa sopivissa paikoissa. 8) Kerätään ulkopuolista arviointia kirjallisesta valmennusohjelmasta. 9) Tutkija toimii ryhmän vetäjänä ja sihteerinä ja toteuttaa valmennusohjelman kokonaisuuden.

Tutkija johdatteli ryhmän asetettuun tehtävään kahden kysymyksen avulla: Miksi somaliperheet eivät osallistu perhevalmennukseen? Miksi somaliperheille tulisi järjestää perhevalmennusta?

Kehittämistyöryhmän mielestä Suomessa asuvat somaliperheet eivät osallistu perhevalmennukseen, koska osalla heistä on heikko suomen kielen taito, suomalaisen ryhmään tuleminen saatetaan kokea vaikeaksi, ujoitellaan pukeutumista ja kantasuomalaisten suhtautumista ja tietämättömyys nolostuttaa ja lisää kynnystä osallistua valmennusryhmiin. Lisäksi mainittiin, että somalinaiset ovat ylpeitä ja pyrkivät välttämään nolostumista viimeiseen saakka. Kehittämistyöryhmän jäsenten mielestä somalialaisille on kertynyt positiivisia kokemuksia terveyspalveluista ja he ovat halukkaita osallistumaan perhevalmennukseen.

Kehittämistyöryhmän jäsenten mielestä somaliperheiden olisi hyvä osallistua perhevalmennukseen, koska tilaisuuksissa he voivat tutustua muihin lasta odottaviin perheisiin. Ryhmän mielestä somaliperheet haluavat kuulua ryhmään ja saada lisää tietoa vanhemmuudesta ja vauvan hoidosta.

Lisää tietoa halutaan, vaikka somaliyhteisössä useimmiten ajatellaankin, että *”jos lapsia syntyy, niin niitä pitää myös osata hoitaa”*. Lisäksi korostettiin, että somalinaiset tarvitsevat valmennusta samasta syystä kuin ketkä tahansa lasta odottavat vanhemmat. Valmisteleavan kokouksen lopussa ryhmässä käytiin spontaanisti keskustelua seuraavista aiheista: lasten suuri lukumäärä somaliperheissä, moniavioisuus ja avioerot sekä miesten välityksellä toteutuva viestintä.

Ryhmä antoi suostumuksensa siihen, että kehittämistyöryhmän toisen kokouksen aikana toteutetaan fokusryhmähaastattelu. Haastattelun tavoitteena oli suunnata kehittämistyöryhmän jäsenten mielenkiinto kehittämistehtävään sekä

tuottaa taustatietoa kehittämishankkeelle. Haastattelun tulokset esiteltiin luvussa 7.3.

Seuraavassa vaiheessa käynnistettiin valmennusohjelman suunnittelu ja vakiinnutettiin ryhmän toimintaa. Ryhmän jäsenet jatkoivat keskustelua somaliperheiden perhevalmennuksesta hyvin yleisellä tasolla ja vaikuttivat epätie-toisilta ja jopa jonkin verran erimielisiltä siitä, miten ryhmä saavuttaa sille asetetut tavoitteet. Tutkija pyrki selkiinnyttämään ryhmän tehtävää ryhmätyön avulla. Ryhmätehtävän käynnistämiseksi tutkija esitteli terveydenhoitajille ja kättilöille kyselynä toteutetun kartoituksen alustavia tuloksia. Lisäksi kaksi kättilö-opiskelijaa kuvasi kolmen haastattelemansa somalinaisen synnytykskokemuksia ja yksi sairaanhoidon opiskelija kirjallisuuden pohjalta monikulttuurista hoitotyötä. Ryhmän jäsenet jaettiin tämän jälkeen kahteen pienryhmään. Pienryhmille annettiin tehtäväksi keskustella seuraavista aiheista:

1. Millaisia tarpeita ja ongelmia Suomessa asuvilla somaliperheillä on?
2. Mistä tarpeet ja ongelmat johtuvat?
3. Millaisin keinoin ongelmia voitaisiin vähentää?
4. Millaiset tavoitteet perhevalmennukselle olisi asetettava?
5. Millaisia opetusmenetelmiä perhevalmennuksessa olisi hyvä käyttää?

Ryhmätyön tulokset kuvataan lyhyesti seuraavissa alaluvuissa.

8.1.2 Somaliperheiden perhevalmennustarpeiden määrittäminen

Kehittämistyöryhmän mielestä Suomessa asuvien somaliperheiden tarpeet ja ongelmat johtuvat sodan aiheuttamasta pakolaisuudesta ja perheiden hajoamisesta (sukulaiset ja ystävät ympäri maailmaa). Somaliperheiden ongelmaksi mainittiin myös koti-ikävä, sopeutumattomuus, erilaisuuden pelko ja heikko taloudellinen tilanne. Yhdeksi suureksi ongelmaksi mainittiin juurettomuus ja kansallisen identiteetin oheneminen. Suomessa ongelmia aiheuttavat rasismipelko, kieli-ongelmat, sosiaalisen tuen puuttuminen ja yksinäisyys. Somalinaisten, etenkin äitien, on vaikea osallistua suomen kielen kursseille perhesyiden, tiheiden raskauksien, lastenhoitovaikeuksien, motivaation puutteen ja väsymyksen vuoksi. Naisten kerrottiin pyytävän terveydenhoitajilta todistuksia, joiden avulla heidän on ollut helpompi kieltäytyä suomen kielen kursseista.

Kehittämisyöryhmän jäsenten mielestä somaliperheiden ongelmat liittyvät myös terveystietoihin, virheellisiin uskomuksiin ja motivaation puutteeseen. Ongelmaksi nähtiin myös virheelliset terveystottumukset ja elintavat, kuten yksipuolinen ja liikaenerginen ravitsemus ja liikunnan puute sekä tästä aiheutuvat ylipaino-ongelmat. Somalinaisten ongelmana on myös harrastusten puuttuminen, somalikulttuuriin kuuluva vaatetus ja Suomen kylmä ilmasto, jotka molemmat estävät liikunnan harrastamisen. Somalinaiset jäävät helposti kotiin oleilemaan. Somalinaisten ongelmaksi mainittiin myös masennus ja väsymys sekä perheen sisäiset ongelmat. Ongelmalliseksi nähtiin myös somalinaisten

joustava suhtautuminen aikaan: arkielämässä asiat laitetaan oman kulttuurin mukaiseen tärkeysjärjestykseen. Ensisynnyttäjillä ja monisyntyttäjillä on ryhmän mielestä erilaisia perhevalmennustarpeita. Monisyntyttäjillä, joilla on useita pieniä lapsia hoidettavanaan, on vaikeuksia osallistua perhevalmennukseen.

Neuvolassa ongelmia aiheuttaa se, että tulkki on paikalla vain tärkeimmissä asioissa. Jos mies on mukana neuvolatilanteessa, naiset vaikenivat.

8.1.3 Somalinaisille suunnatun perhevalmennuksen tavoitteiden asettaminen

Kehittämisryhmä asetti perhevalmennukselle tavoitteet, jotka oli mahdollista jäsentää seuraaviin luokkiin: asiakkaiden terveystietoisuuden lisääntyminen, vanhempien vahvistuminen sekä tietojen ja taitojen lisääntyminen.

Uuden perhevalmennusohjelman ensimmäinen tavoite oli *terveystietoisuuden lisääntyminen* (health awareness): vanhemmat ymmärtävät raskaudenaikaisen terveydenhoidon ja perhevalmennuksen merkityksen. Osatavoitteina oli, että vanhemmat rohkaistuvat osallistumaan perhevalmennukseen ja keskustelemaan perhe-elämästä, parisuhteesta ja vanhemmuudesta sekä pohtimaan asioiden tärkeysjärjestystä. Lisäksi osatavoitteisiin kuului, että vanhemmat rohkaistuvat myös tutustumaan muihin samassa elämäntilanteessa oleviin perheisiin, luottavat itseensä ja selviytymiseensä arkielämän ongelmatilanteissa, rohkaistuvat luomaan uusia verkostoja ja hakemaan vertaistukea sekä rohkaistuvat käyttämään perheille tarkoitettuja palveluja asianmukaisella tavalla.

Toinen päätavoite oli *vanhempien vahvistuminen* (parents self-empowering): Vanhemmille muodostuu mahdollisimman onnistunut synnytyskokemus, ja heidän luottamuksensa itseensä ja terveystietoisuutensa vahvistuu. Vanhemmat innostuvat löytämään itsestään, perheestään, läheisistään ja asuinyhteisöstään voimavaroja, jotka auttavat löytämään ratkaisuja arkielämän ongelmiin. Toiseen päätavoitteeseen kuului osatavoitteina, että vanhemmat rohkaistuvat keskustelemaan raskaudesta, synnytyksestä ja lapsenhoidosta pienryhmissä, kuuntelemaan toinen toistaan ja arvioimaan omaa toimintaansa sekä jatkamaan hyväksi havaittuja toimintatapojaan. Osatavoitteena oli myös, että vanhemmat rohkaistuvat tarvittaessa muuttamaan toimintatapojaan myönteisten muutosten aikaansaamiseksi sekä antamaan rakentavaa palautetta.

Kolmas päätavoite oli *taitojen lisääntyminen* (improving skill): raskaana olevat naiset osaavat edistää omaa, sikiön ja tulevan lapsen sekä koko perheen terveyttä. Kolmannen päätavoitteen osatavoitteita oli, että vanhemmat osaavat edistää omaa terveyttään, hoitaa vauvaa ja edistää tämän terveyttä, ratkaista arkipäivän terveysongelmia itsenäisesti kotikonsteja käyttäen ja löytää ratkaisuja arkielämän ongelmiin sekä hakea apua ongelmatilanteissa.

Neljäs päätavoite oli *tietojen lisääntyminen* (improving and knowledge): vanhemmat innostuvat uudessa elämäntilanteessaan jatkuvaan oppimiseen ja omiin asioihin vaikuttamiseen. Sen osatavoitteena oli, että vanhemmat tietävät parisuhteeseen ja vanhemmuuteen liittyvistä asioista ja osaavat soveltaa tietojään käytäntöön sekä tietävät raskauteen, synnytykseen, lapsivuodeaikaan ja

lapsen hoitoon ja kehitykseen liittyvistä asioista ja osaavat soveltaa tietojaan käytäntöön.

8.1.4 Somaliperheille suunnatun perhevalmennuksen menetelmistä sopiminen

Kehittämistyöryhmän mielestä kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus olisi hyvä toteuttaa keskusteluna, toinen toistaan opettamalla. Esille nousi ehdotus, että monisyntyisiä houkuteltaisiin mukaan perhevalmennustilaisuuksiin. Tällöin olisi mahdollista keskustella heidän kokemustensa pohjalta. Somaliperheille olisi mahdollista järjestää myös tutustumiskäyntejä synnytyssairaalaan ja laatia omalla äidinkielellä kirjallinen tietopaketti perhevalmennuksesta. Keskustelussa nousi esille myös ajatus, että erityistukea tarvitsevat ensisyntyvät voisivat hyötyä loppuraskauden aikana toteutetusta ylimääräisestä kotikäynnistä.

Ryhmän jäsenten mielestä haasteena on kuitenkin se, ettei somaliperheiden määrä riitä pelkästään somaliankielisten valmennusryhmien perustamiseen. Perhevalmennuksen onnistumisen kannalta olisi tärkeää, että sitä markkinoitaisiin somaliyhteisössä ja siihen osallistuisi somaliyhteisön arvostama henkilö, joka kokee perhevalmennuksen tärkeäksi. Perhevalmennusryhmiin olisi hyvä saada mukaan sekä ensi- että uudelleensyntyttäjiä ja heidän tukihenkilöitään. Somalivanhemmille olisi syytä tarjota lisää tietoa, ja heitä olisi hyvä motivoida ja rohkaista ratkaisemaan pieniä ongelmia, kuten lapsen flunssaa, kotikonstein.

Ryhmän mielestä somaliperheet voivat osallistua myös valtaväestön perhevalmennustilanteisiin. Näissä tilanteissa somaliväestöön kuuluvat äidit olisi mahdollista "nostaa esiin" ja he voisivat "opettaa" valtaväestön naisia. Valmennuksessa olisi ryhmän mielestä hyvä käyttää tulkkia aina silloin, kun siihen on tarvetta. Esille nousi myös ehdotus neuvoloiden "avoimista ovista" ja tiukan aikataulutuksen höllentämisestä tai uudistamisesta. Lisäksi ehdotettiin, että neuvoloissa terveydenhoitajien tukena voisi olla maahanmuuttajataustaisia hoitajia tai hoitajaopiskelijoita "kulttuuritulkkeina".

8.2 Perhevalmennusohjelman kehittäminen yleensä

8.2.1 Perhevalmennuksen sisällöistä sopiminen

Ryhmä käynnisti perhevalmennusohjelman sisällön tuotannon sovittuaan ensin somalinaisten perhevalmennustarpeista, tavoitteista ja menetelmistä. Ryhmä tuotti yhdessä keskustellen perhevalmennusohjelman sisältörungon, jossa oli seuraavat aiheet:

1. parisuhde ja vanhemmuus
2. raskauden eteneminen ja raskaudenajan terveydenhoito

3. synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus
4. lapsivuodeaika, lapsen hoito ja imetys
5. vauvaperheen arki
6. raskauteen liittyvät tunteet, synnytyskokemus, vauvan tarpeet ja vuorovaikutus vauvan kanssa.

Seuraavaksi kehittämistyöryhmä päätti, että jokainen ryhmän jäsen, myös tutkija, tuottaa yhdestä aiheesta kirjallisen sisällön. Tässä vaiheessa kehittämistyöryhmässä sovittiin, että tutkija huolehtii perhevalmennusohjelman kokonaisuuden tuottamisesta. Seuraavaksi tutkija esitteli kehittämistyöryhmälle perhevalmennuksen dynaamisen mallin (a dynamic approach), joka perustuu asiakaiden ja valmennusta toteuttavien väliseen dialogiseen vuoropuheluun (Nolan 1998). Keskustelun jälkeen ryhmän jäsenet päättivät käyttää dialogia perhevalmennusohjelman opetusmenetelmänä.

Perhevalmennusaiheita päätettiin työstää itsenäisesti tutkijan laatiman ohjeen mukaisesti myös kokousten ulkopuolisena aikana. Kirjallisissa ohjeissa mainittiin, että jokainen aihe sisältö kirjoitetaan seuraavaan muotoon: valmennuksen ajankohta, valmennuksen aika, mahdolliset huomautukset, valmennuksen tavoite, keinot tavoitteiden saavuttamiseksi, valmennuksen sisältö ja tilaisuuden eteneminen dialogina (esim. kerro, järjestä ryhmätyö, tee yhteenveto ryhmätoiminnasta). Dialogisesti etenevän perhevalmennuksen aikana somalinnaisia voidaan rohkaista omien näkemystensä, tunteidensa ja toiveidensa esiintuomiseen. Dialogia saadaan aikaiseksi esimerkiksi osallistuvien opetusmenetelmien, porinaryhmän, parityöskentelyn ja ryhmätöiden avulla. Perhevalmennuksessa dialogin avulla pyritään nostamaan somalinnainten tietämys valmennusryhmän yhteisen tietämyksen pohjaksi, ja sitä voidaan yhdessä perhevalmennusryhmässä kehittää edelleen.

8.2.2 Perhevalmennuksen sisältöjen kirjoittaminen

Seuraavassa vaiheessa jokainen ryhmän jäsen, myös tutkija, työskenteli oman aiheensa parissa itsenäisesti. Tutkija ohjasi itsenäistä kirjoittamisvaihetta itse- ja vertaisarviointien avulla. Ohjauksessa korostettiin sitä, että perhevalmennustilanteet suunnitellaan neuvontakeskustelun muotoon. Näistä saaduista tuloksista keskusteltiin kahden kokouksen aikana. Kehittämistyön lopussa ryhmän jäsenet esittelivät toisilleen ensimmäisen kerran laatimiaan valmennusohjelman sisältöteemoja. Esittelyjen perusteella havaittiin, että joissain sisällöissä oli päällekkäisyyttä. Tässä vaiheessa kaikkia teemoja ei ollut vielä jäsenelty myöskään dialogin mukaisesti. Tutkija lupasi tutustua kaikkiin suunnitelmiin tarkemmin ja karsia teemojen päällekkäisyyksiä ja auttaa dialogin muodostamisessa. Ryhmän jokainen jäsen jatkoi kokouksen jälkeen itsenäistä työskentelyä.

Kun kaikki ryhmän jäsenet olivat saaneet tuotoksensa valmiiksi, arvioi jokainen jäsen omaa tuotostaan ja sen suhdetta muiden ryhmän jäsenten tuotoksiin (liite B 1). Arvioinnin kohteena olivat perhevalmennuksen ajankohta, ta-

voitteet, sisältö, valmennuksen opetusmenetelmät, oppimateriaali ja valmennusaiheen käyttökelpoisuus käytännön perhevalmennustilanteessa. Ryhmä tuotti itsearvioinnit valmennusohjelman kolmesta teemasta: raskauden eteneminen ja raskauden aikainen terveydenhoito, synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus sekä parisuhde ja vanhemmuus. Itsearvioinnit nostivat esille ainoastaan yksittäisiin asiasisältöihin ja perhevalmennuksen ajankohtiin liittyviä päällekkäisyyksiä.

Sisältöjen valmistuttua kehittämistyöryhmän jäsenet arvioivat myös toinen toisensa tuotoksia (vertaisarviointi). Arviointi oli vapaamuotoista. Kirjalliset vertaisarviointit tuotettiin kolmesta valmennusteemasta. Teemat olivat raskauden aikainen terveydenhoito, synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus sekä lapsivuodeaika, lapsen hoito ja imetys.

Vertaisarvioinnissa teemasta raskauden aikainen terveydenhoito nousi esille 12 kommenttia. Kommentit koskivat sisältöjä, muun muassa aiheen parisuhde ja vanhemmuus päällekkäisyyttä. Valmennuksessa toivottiin käsiteltävän tarkemmin erilaisten vaivojen tiedostamista ja sietämistä, normaaleja raskaudenaikaisia vaivoja, lantionpohjan lihasten kuntouttamista sekä ympärileikkausta ja synnytyspelkoja. Kommentit koskivat myös valmennuksen ajankohtaa ja opetusmenetelmiä. Teemasta synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus nostettiin esille kuusi sisältöaluetta, joita on hyvä korostaa valmennuksessa: kivunlievitysmenetelmiä kohtaan tunnettujen ennakkoluulojen hälventämistä, epänormaalia ja sektiosynnytystä, ensi-imetyksen merkitystä, vauvantahista imetystä sekä varhaista vuorovaikutusta. Teemasta lapsivuodeaika, lapsen hoito ja imetys esitettiin kuusi sisältöön liittyvää kommenttia. Kommenttien perusteella valmennuksessa tulee korostaa elämäntilanteen muuttumista, äitien väsymystä, mielialan muutoksia sekä puolison roolia.

Lisäksi toivottiin lapsenhoitovideoita, maltillista WHO:n ohjeiden mukaista imetysohjausta sekä uudenlaista näkökulmaa asiakkaiden ja hoitajien kohtaamisongelmien selittämiseksi.

Ongelmia valtaväestön terveydenhuoltohenkilökunnan suhteen...

Näkisin tämän seuraavalla tavalla: "ongelmia valtaväestön terveydenhoitokäytäntöjen tai -näkemysten suhteen", siten tämä asia/ongelma ei personoidu henkilökuntaan vaan erilaisiin näkemyksiin asioista. TH

Palautteiden mukaiset sisältöjen muokkaukset jäivät kunkin ryhmän jäsenen omalle vastuulle. Jokainen ryhmän jäsen lähetti tutkijalle valmiin ja korjatun kirjallisen tuotoksensa liitetiedostona sähköpostin välityksellä. Tutkijan havaintojen perusteella palautteiden tuottamaa tietoa käytettiin niukasti hyödyksi perhevalmennusohjelman edelleen kehittämisessä.

8.2.3 Kehittämistoiminnan itsearviointi

Tutkija pyysi kehittämistyöryhmän jäseniä pohtimaan kokemuksiaan ja oppimistaan (liite B 1). Kehittämistyöryhmän itsearvioinnit omasta toiminnastaan jäseneltiin SWOT-analyysin avulla.

Hankkeen vahvuuksiksi nähtiin kulttuurisen tietoisuuden lisääntyminen. Mahdollisuutena mainittiin monikulttuuristen tietojen ja taitojen lisääntyminen sekä asiantuntijoiden välisen yhteistyön lisääntyminen yli kuntarajojen.

Kehittämistoiminnan arvioinnissa tuotiin esille myös kehittämiskohteita. Kehittämiskohteeksi nostettiin kehittämistyölle varatun ajan riittämättömyys. Lisäksi somaliyhteisön edustajia toivottiin enemmän mukaan kehittämistoimintaan.

Uhkaksi nousivat hankkeen ajankohta sekä työryhmän jäsenten jaksaminen ja kiire. Sitoutumista kehittämistyöhön tuki aiheen kokeminen tärkeäksi. (Taulukko 29, liite B 1.)

TAULUKKO 29 Kehittämistyöryhmän jäsenten arvioinnit omasta toiminnastaan.

Vahvuudet	Mahdollisuudet
<p>Kulttuurisen tietoisuuden lisääntyminen <i>"Kiinnostus somaliäitejä kohtaan 'kulttuurisensitiivisestä näkökulmasta' lisääntynyt omassa työssä".</i> <i>"Nyt pitää pohtia ehkä perusteellisemmin, miten voisi paremmin vastata somaliäitien tarpeisiin heidän oman kulttuurinsa näkökulmasta."</i></p>	<p>Tietojen ja taitojen lisääntyminen <i>"Olen saanut uutta tietoa somaliperheiden elämäntavoista, taustoista, heidän käyttäytymiseensä vaikuttavista tekijöistä ja monista muistakin tekijöistä."</i></p> <p>Asiantuntijoiden välisen yhteistyön lisääntyminen <i>"Tällainen tieto on aina tarpeen käytännön työssä samoin kuin asiantuntijoiden välisen yhteistyön lisääntymisenä yli kuntarajojen."</i></p>
<p>Kehittämiskohteet</p> <p>Kehittämistyöhön varatun ajan riittämättömyys <i>"Aikaa omalta työnantajalta olisi pitänyt saada enemmän. Olisi tärkeä sekä itselle että tutkijalle, että asiaan pystytään paneutumaan kunnolla."</i></p> <p>Somaliyhteisön jäsenten osallistumisen vähäisyys <i>"Olin odottanut ja toivonut useampien somaliväestön edustajien osanottoa. Työskentelymme olisi tuntunut jotenkin todellisemmalta ja aidommalta."</i></p>	<p>Uhat</p> <p>Hankkeen ajankohta <i>"Turha projekti. Somalivalmennuksen suunnittelu on toki tärkeää, mutta projekti on noin 10 vuotta liian myöhään."</i></p> <p>Kiire ja jaksaminen <i>"Minulla alkaa olla niin monta rautaa tulella, eli ihan jaksamisen kannalta täytyy ns. 'turhin' projekti jättää pois."</i></p>

8.3 Perhevalmennusohjelman pilotoinnit

Perhevalmennusohjelman pilotointien tavoitteena oli selvittää, miten työryhmän kehittämä perhevalmennusohjelma soveltuu somalinaisille. Pilotointeja toteutettiin viisi kertaa somaliasiakkaista (N=35) muodostetuissa pienryhmissä

(taulukko 30). Tavoitteena oli hyödyntää pilotointien tuloksia perhevalmennusohjelman edelleen kehittämisessä.

Ensimmäisen pilotoinnin toteutti kehittämistyöryhmään kuulunut terveydenhoitaja osana Väestöliiton Kotipuu -hanketta. Pilotoinnit toteutettiin kolmen eri kerran aikana 14.2.2005, 28.2.2005 ja 14.3.2005 Suvelan lastentalon avoimessa päiväkodissa. Pilotointiin osallistui yhteensä 23 somalinaista: ensimmäiseen pilotointiin osallistui 3, toiseen 7 ja kolmanteen 13 somaliäitiä, joista 2 oli isoäitejä. Pilotoidut teemat olivat tutustuminen ja raskauteen liittyvät tunteet sekä synnytyskokemus, vauvan tarpeet ja vuorovaikutus vauvan kanssa.

Toisen pilotointikerran toteutti kaksi valmistumisvaiheessa olevaa kättilöopiskelijaa. Pilotoinnit toteutettiin 27.4.2006 ja 10.5.2006 somaliperheiden kotona ja maahanmuuttajien toimintakeskuksessa Espoossa. Pilotointiin osallistui yhteensä 12 somalinaista. Ensimmäiseen ryhmään osallistui 2 ja toiseen ryhmään 10 somalinaista. Kättilöopiskelijat toteuttivat perhevalmennuksen pilotoinnit aiheista synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus. (Taulukot 30, s. 182 ja 31, s. 184.)

8.3.1 Terveydenhoitajan toteuttamat pilotoinnit

Terveydenhoitaja toteutti pilotoinnit kolme kertaa Suvelan lastentalon avoimessa päiväkodissa (14.2., 28.2. ja 14.3.2005). Osallistujia oli yhteensä 23. Terveydenhoitajan mielestä valmiin ja tarkasti suunnitellun valmennuskerran sisältöjä joutuu käytännössä muokkaamaan ja tarkistamaan kaiken aikaa. Ryhmää on osattava tulkita, ja sen tarpeisiin on vastattava. Nuorten ensisynnyttäjien puuttaminen oli testauksen toteuttaneen terveydenhoitajan mielestä todella ikävä asia. Terveydenhoitajan mielestä juuri ensisynnyttäjille perhevalmennuksesta olisi hyötyä.

Terveydenhoitaja kuvasi perhevalmennusryhmiä toimiviksi, hyviksi vertaisryhmiksi. Perhevalmennus ei aina suju suunnitelmien mukaisesti. Valmennuksen aikana tuli esiin myös sellaisia asioita, joihin terveydenhoitaja ei ollut osannut varautua, mutta hän osasi muuttaa suunnitelmiaan ja toteuttaa valmennuksen ryhmän haluamalla tavalla.

Terveydenhoitajan mielestä somalinalaisille suunnatun perhevalmennuksen toteuttajan tulee olla herkkä ja hänen on osattava havainnoida ryhmää. Lisäksi hänen on tehtävä asiakkaiden esille nostamille uusille asioille tilaa sekä kyettävä tarttumaan oleellisiin asiakkaan esille nostamiin asioihin. Tilaisuuksissa on myös eduksi se, että somalikulttuuri oli valmentajalle entuudestaan tuttu.

TAULUKKO 30 Terveydenhoitajan toteuttamien pilotoitien keskeisimmät tulokset.

Perhevalmennusohjelman ensimmäinen testaus (toteuttajana kokenut terveydenhoitaja)					
Aika	Paikka	Aihe	Äitien määrä	Toteuttajat	Palaute
Ensimmäinen ryhmä 14.2.2005	Espoo, Suvelan avoin päiväkotiti	Tutustuminen, raskauteen liittyvät tunteet sekä synnytyskokemus	3	Terveydenhoitaja. Miespuolinen perheyöntekijä. Avoimen päiväkodin lastenhoitaja.	Yksi äiti mukana kummin roolissa. Synnytyskokemuksesta ei haluttu keskustella pienryhmässä. Ryhmä ehdotti uudeksi aiheeksi sairastuneen lapsen hoitoa: flunssan ja kuumeen hoito sekä vauvan ja leikki-ikäisen vaateutus.
Toinen ryhmä 28.2.2005	Espoo, Suvelan avoin päiväkotiti	Vauvan tarpeet ja vuorovaikutus vauvan kanssa	7	Terveydenhoitaja. Miespuolinen perheyöntekijä.	Sanoma perhevalmennuksesta oli kiirinyt somaliäitien keskuudessa, ja terveydenhoitajat olivat nyt muistuttaneet äitejä ryhmään osallistumisesta. Ryhmässä oli kuulovammainen jäsen. Tilaisuus alkoi kello 10.00. Osa äideistä halusi olla kotona kello 12.15-13, jolloin pienimmät lapset saapuvat koulusta kotiin. Tilaisuus oli onnistunut ja ilmapiiri iloinen. Ryhmä oli avoin, keskusteleva ja hyvin osallistuva. Ensisynnyttäjien mielestä valmennus olisi hyvä toteuttaa kello 14 eikä kello 10. Osallistujien vähäiseen määrään saattoi vaikuttaa se, että vauvan viemistä ulos 10-15 asteen pakkasessa aristeltiin. Poissaoloja myös lapsen sairastumisen vuoksi.

(jatkuu)

TAULUKKO 30 (jatkuu)

Kolmas ryhmä 14.3.2005	Espoo, Suvelan avoin päiväko- ti	Raskaus- ja synnytys- kokemus	13	Terveys- hoitaja. Miespuoli- nen perhe- työntekijä.	<p>Äideistä kaksi oli isoäi- tejä. Avoimen päiväko- din lastentarhanopettaja hoiti kuutta 1,5-6- vuotiasta lasta perhe- valmennuksen aikana, vauvat olivat äitiensä mukana valmennukses- sa.</p> <p>Ryhmä oli aktiivinen ja innostunut. Kaikilla osallistujilla oli synny- tyskokemuksia Suomes- sa ja osalla myös Soma- liassa. Yhdellä äidillä oli synnytyskokemus myös venäläisessä sairaalassa. Isoäidit olivat olleet tyttäriensä tukena syn- nytyksissä, joten heillä- kin oli kokemusta suo- malaisista synnytyssai- raaloista. Synnytysko- kemusten käsittelyyn käytettiin aikaa 60 mi- nuuttia. Esitys noudatti pääosin ennalta suunnit- teltua valmennuksen sisältöä, ainoastaan draamaosuus jätettiin pois, koska terveyden- hoitajalla ei ollut tällai- sesta opetusmenetel- mästä aikaisempaa ko- kemusta. Käytettävissä oleva aika riitti hyvin, mutta ohjaaja sai olla tarkkana saadakseen keskustelun rajattua ja pidettyä aiheessa.</p>
Yhteensä			23		

TAULUKKO 31 Kättilöopiskelijoiden toteuttaminen pilotointien keskeisimmät tulokset.

Perhevalmennusohjelman toinen pilotointi (toteuttajana kättilöopiskelijat)					
Aika	Paikka	Aihe	Äitien määrä	Toteuttajat	Palaute
Ensimmäinen ryhmä 27.4.2006	Somaliperheen koti	Synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus	2	Kättilöopiskelijat	Valmennustilaisuus onnistui hyvin. Keskustelua syntyi runsaasti. Osallistujat olivat hyvin motivoituneita ja innostuneita. Äidit puhuivat sujuvaa suomen kieltä. Keskustelu ohjautui ja kasvoi siihen suuntaan, mihin äitien kiinnostus ja lisätiedon tarve sitä ohjasivat. Osallistujilla oli mahdollisuus tuoda tilaisuudessa esille kokemuksiaan, pelkojaan sekä ajatuksiaan. Osallistujien tieto käsiteltävästä aiheesta lisääntyi.
Toinen ryhmä 10.5.2006	Maa-hanmuuttajien toimintakeskus Espoossa	Synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus	10	Kättilöopiskelijat	Ryhmässä mukana kahdeksan (8) monisyntyttäjää, joilla oli 2-8 lasta sekä kaksi (2) raskaana olevaa, joista toinen ensisyntyttäjää. Valmennusryhmän kokoonpanon takia ohjelmaa jouduttiin muokkaamaan, muun muassa osiota, jossa järjestetään aivoriihi aiheesta "Millainen vauvasi on tällä hetkellä". Koska osallistuneista naisista valtaosa ei ollut raskaana, aivoriihen järjestäminen aiheesta ei olisi ollut järkevää. Vaikka valmennukset oli suunniteltu alun perin ensisyntyttäjille, testaajat huomasivat, että monisyntyttäjien osallistumien ryhmään mahdollisti mielenkiintoista keskustelua mm. synnytyskokemuksista.
Yhteensä			12		

Pilotoinnin toteuttanut terveydenhoitaja nosti esille valmennukseen osallistuneiden somalinaisten vahvuuksista esimerkiksi sen, että ryhmään osallistui uudelleensyntyttäjiä, joilla oli positiivisia synnytyskokemuksia, sekä sen, että ryhmäläisten kesken vallitsi hyvä vuorovaikutus (taulukko 32). Omiksi vahvuuksikseen terveydenhoitaja nimesi esimerkiksi sen, että hän tunsu entuudestaan somalikulttuurista ja somaleita ja hänellä oli omassa työssään valmiita ver-

kostoja. Hän oli myös innostunut ryhmätyöstä sekä työskentelystä maahanmuuttajien kanssa (taulukko 33, s.186).

Perhevalmennuksen kehittämishaasteeksi nousivat tiedottaminen, nuorten äitien motivoiminen sekä kuulovammaisen äidin huomioiminen (taulukko 32). Omiksi kehittämishaasteikseen terveydenhoitaja nimesi muun muassa esiintymisvarmuuden, uusien visioiden löytämisen sekä parityöskentelyn harjoittamisen (taulukko 32).

TAULUKKO 32 Osallistujien kokemuksia perhevalmennuksesta, SWOT-analyysi. Terveydenhoitajan toteuttamat pilotoinnit 14.2., 28.2. ja 14.3.2005. Suvelan lastentalon avoin päiväkot. Osallistujia yhteensä 23.

<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uudelleensynnyttäjiä, joilla positiiviset synnytyskokemukset. - Innostuneisuus, positiivinen suhtautuminen aiheeseen. - Hyvä vuorovaikutus ryhmäläisten kesken. - Sitoutuminen ryhmään. 	<p>Osallistujien kehittämiskohteet ja tarpeet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parempi tiedottaminen perheille, jotta mahdollisimman moni äiti osallistuisi. - Nuorten äitien motivoiminen mukaan ryhmään. - Kuulovammaisen äidin huomioiminen, viestintäongelmainen, kuvat avuksi. - Ryhmänjäsenten valinta ja kohderyhmän rajaaminen – miten suhtautua mm. isoäitien mukanaoloon?
<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Osallistuja jää yksin ryhmässä. Ryhmä ei ryhmäydy. - Omat toiveet ryhmän suhteen eivät toteudu. - Huolet, mm. lasten sairastelu – epävarmaa, pääsevätkö seuraavalla kerralla mukaan. - Kuulovammainen äiti – miten saada viesti perille, kun ei ole mitään yhteistä ”kieltä” – motivoituuko jatkokertoihin – kyetäänkö luomaan hänelle ”tukiverkosto”? 	<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saa tukea oman kulttuurinsa edustajilta. - Vertaisryhmästä tukea. - Saa kompaktia tietoa. - Saa lisää luottamusta itseensä ja taitoihinsa.

TAULUKKO 33 Terveydenhoitajien kokemuksia perhevalmennuksesta, SWOT-analyysi. Ensimmäinen pilotointi: 14.2., 28.2. ja 14.3.2005. Paikka Suvelan lasten avoin päiväkot. Osallistujia yhteensä 23.

<p>Vahvuuteni Kulttuurin tuntemus - Somalikulttuurin tuntemus entuudestaan. - Tunnen somaleja. Ryhmäläisistä monet olivat tuttuja, vaikka eivät olleetkaan asiakkaitani. - Kompakti tieto käsiteltävistä asioista.</p> <p>Motivaatio - Innostuneisuus ja halu tehdä ryhmätyötä ja työtä maahanmuuttajien kanssa.</p> <p>Valmiit verkostot - Omassa työssäni minulla on valmiit verkostot.</p>	<p>Kehittämiskohteeni ja tarpeeni Ryhmän vetämisen taidot - Uusien visioiden löytäminen ja hyödyntäminen ryhmätilanteissa. - Parityöskentelyn harjoittelu. - Oman "tilan" löytäminen ohjaajana. - "Miten rajata tai 'pitää kurissa' yliaktiiviset tai dominoivat osallistujat." "Rohkeutta ja varmuutta esiintymiseen, kielenkäyttö, jännittäminen."</p>
<p>Uhkani Parityöskentely - Parina työskennellessä jään ja jättäydyn helposti taka-alalle.</p>	<p>Mahdollisuuteni Ammattitaidon lisääntyminen - Moniammatillinen yhteistyö. - Lisää näkemystä ohjaukseen.</p> <p>Uuden työvälineen saaminen - Somaleihin suuntautunut perhevalmennusohjelma on hyvä ja tarkoituksenmukainen. - Kokeiluna ollut ohjelma on hyvä työväline: se antaa suuntaviivat, mutta jättää tilaa omalle luovuudelle sen toteutuksessa. - Valmennusohjelma on ainakin itselläni käytössä tulevaisuudessa.</p>

8.3.2 Kätilöopiskelijoiden toteuttamat pilotoinnit

Kaksi valmistumisvaiheessa olevaa kätilöopiskelijaa toteutti kaksi pilotointia (27.4 ja 10.5.2006), joihin osallistui yhteensä 12 somalinaista. Ensimmäisen ryhmän kokoamisessa auttoi imaamin vaimo ja toisen ryhmän ko koamisessa maahanmuuttajien toimintakeskus (taulukko 31).

Yhteydenotto moskeijaan

Ensimmäiseen ryhmään kätilöopiskelijat lähtivät tavoittelemaan somaliperheitä moskeijan kautta. Imaamin vaimo oli ottanut asiakseen kerätä halukkaita naisia ja perheitä yhteen ja kutsua heidät kotiinsa. Opiskelijat laativat perhevalmennuksesta mainoksen ja antoivat sen jaettavaksi perheille.

Ensimmäiseen tilaisuuteen osallistui kaksi somalinaista: yksi raskaana oleva äiti ja tilaisuuden järjestäjä, joka oli monisyntyttävä. Keskustelua saatiin heidän kanssaan mukavasti aikaiseksi. Seuraavaa tapaaminen sovittiin viikon

kuluttua, ja tarkoitus oli nyt tavoittaa lisää naisia ja perheitä, joita voitaisiin kutsua paikalle. Sekä imaamin vaimo että valmennukseen osallistunut nainen tunsivat paljon somaliperheitä, joten he lupasivat tiedottaa asiasta eteenpäin. Toisella kerralla osallistujia oli paikalla saman verran kuin ensimmäisellä kerralla, joten tilaisuutta ei toteutettu.

Opiskelijat sopivat, että seuraavalle viikolle he yrittäisivät vielä kerran koota uuden ryhmän. Tähän tilaisuuteen osallistujia olisi tullut enemmän somalinalaisia, mutta tilaisuus jouduttiin perumaan osallistujien sairastumisten takia. Tässä vaiheessa opiskelijat laativat vielä kolmannen suunnitelman ryhmien koostamiseksi. Koska kyseessä oli dialogiin perustuva perhevalmennus, kättilöopiskelijat pyrkivät saamaan paikalle riittävästi osallistujia. He toivoivat myös isien osallistuvan ryhmiin.

Yhteydenotto maahanmuuttajien toimintakeskukseen

Seuraavaksi opiskelijat soittivat espoolaiseen toimintakeskukseen, jossa maahanmuuttajaryhmiä kokoontuu. Toimintakeskuksessa innostuttiin perhevalmennuksista ja pyydettiin tarkempaa tietoa asiasta. Toimintakeskuksesta kerrottiin opiskelijoille, että heillä oli käynnistymässä toimintaa kymmenen somaliäitien ryhmälle. Valtaosa ryhmään osallistuvista naisista oli monisyntyttäjiä, joukossa myös iäkkäitä naisia ja nuoria äitejä sekä raskaana olevia naisia. Opiskelijat sopivat käytännön järjestelyistä henkilökunnan kanssa sähköpostin välityksellä. Toimintakeskus lupasi järjestää tilaisuuteen tulkin sekä kutsua isiä mukaan valmennuksiin.

Valmennusten toteuttaminen

Opiskelijat toteuttivat kahdelle eri ryhmälle valmennuksen teemasta synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus. Ensimmäiseen tilaisuuteen osallistui kaksi somalinaista ja toiseen kymmenen somalinaista.

Opiskelijat valmentautuivat valmennukseen huolella käymällä läpi perhevalmennuksen aiheisältöjä sekä varaamalla tilaisuuksiin mukaan tarvittavia opetusvälineitä, kuten videoita sekä jaettavaa oppimateriaalia.

Perhevalmennuksen lopullisiin keskusteluaiheisiin vaikuttivat osallistujien mielipiteet sekä se, että ryhmän jäsenenä oli myös yli 50-vuotiaita synnyttäneitä naisia, joista yksi oli raskaana ja yksi oli juuri synnyttänyt.

Kättilöopiskelijoiden mielestä molemmat heidän toteuttamansa perhevalmennustilaisuudet onnistuivat hyvin ja niiden aikana kyettiin toimimaan tavoitteiden suuntaisesti. Opiskelijat havaitsivat, että somalinalaiset luottavat edelleen vanhempiin naisiin, joilla on kokemusta synnytyksistä ja lasten hoidosta, ja kysyvät mielellään heiltä neuvoja. Perhevalmennuksen onnistumisen kannalta on opiskelijoiden antaman palautteen mukaan tärkeää saada koottua sopivan kokoinen valmennusryhmä.

Kättilöopiskelijat nostivat esille somalinaisten vahvuutena muun muassa sen, että he ovat aiheesta kiinnostuneita ja motivoituneita oppimaan, sekä sen, että he ovat kulttuurilleen ominaisella tavalla avoimia ja puheliaita. Osallistuji-

en kehittämiskohteiksi nostettiin äitien sekä isien motivoiminen osallistumaan valmennusryhmään (taulukko 34).

Omina vahvuuksinaan opiskelijat toivat esille muun muassa sen, että he olivat perusteellisesti valmistautuneet valmennustilanteisiin sekä motivoituneita ja aiheesta kiinnostuneita (taulukko 35). Omiksi kehittämiskohteikseen kättilöopiskelijat nostivat ryhmän kokoamisen taidon sekä monikulttuurisen perhevalmennusryhmän vetämisen taidon sekä kokemuksen kartuttamisen (taulukko 35).

TAULUKKO 34 Osallistujien kokemuksia perhevalmennuksesta. Kättilöopiskelijoiden toteuttamat pilotoinnit 27.4. ja 10.5.2006. Paikka: somalinainen koti ja maahanmuuttajien toimintakeskus. Osallistujia yhteensä 12.

<p>Osallistujien vahvuudet</p> <p>Motivaatio ja tietopohja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kiinnostuneet aiheesta. - Motivoituneet oppimaan. Kokemuspohjainen tieto. <p>Kommunikointitaidot</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikaatiotaitoja – yhteinen kieli. - Kulttuurille ominainen avoimuus ja puheliaisuus. <p>Osallistujat ja toimintaympäristö</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuttu ympäristö – koti. - Riittävästi osallistujia. - Osallistujat ennestään tuttuja toisilleen. 	<p>Osallistujien kehittämiskohteet tai tarpeet</p> <p>Osallistumaan motivoituminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivoituminen osallistumaan ryhmään. - Isien motivoiminen osallistumaan valmennusryhmään.
<p>Osallistujien uhat</p> <p>Ympäristö ja osallistujat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutun ympäristön häiriötekijät (kotioloissa lapset). - Liian vähän osallistujia. <p>Motivaation puute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aiheeseen liittyvä motivaationpuute. <p>Kommunikaatiovaikeudet ja kulttuurin erilaisuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikaatiovaikeudet – yhteisen kielen puuttuminen. - Perhevalmennuksen toteuttajien erilainen kulttuuritausta. 	<p>Osallistujien mahdollisuudet</p> <p>Tietojen lisääntyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mahdollisuus lisätä tietoaan ja oppia uutta. - Kokemusten jakaminen. <p>Vertaistuen saaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutustuminen uusiin samassa tilanteessa oleviin ihmisiin. - Vertaistuen saaminen.

TAULUKKO 35 Osallistujien kokemuksia perhevalmennuksesta. Kätilöopiskelijoiden toteuttamat pilotoinnit 27.4. ja 10.5.2006. Paikka: somalinainen koti ja maahanmuuttajien toimintakeskus. Osallistujia yhteensä 12.

<p>Vahvuuteni</p> <p>Valmistautuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perusteellinen valmistautuminen valmistautumistilanteisiin. <p>Motivaatio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivoituneita, kiinnostus aiheeseen sekä uuteen menetelmään. <p>Parityöskentely</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaksi perhevalmennuksen toteuttajaa, "vetäjää". 	<p>Kehittämiskohteeni tai tarpeeni</p> <p>Taidot koota ryhmä ja vetää ryhmää</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taito kerätä ja koota ryhmä - Taito vetää ryhmää. <p>Kokemuksen kartuttaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kokemuksen tuoma varmuus käsiteltävistä aiheista.
<p>Uhkani</p> <p>Kokemattomuus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kokemattomuus käsiteltävistä aiheista. - Uusi valmistusmenetelmä. <p>Monikulttuurinen ryhmä</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vieraskulttuurinen ryhmä. - Kieliongelmat. 	<p>Mahdollisuuteni</p> <p>Kulttuurisen kompetenssin lisääntyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppia uutta vieraasta kulttuurista ja heidän tavoistaan. <p>Perhevalmennukseen liittyvän tiedon lisääntyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laajentaa tietoa eri perhe- ja synnytysvalmennusmenetelmistä.

8.4 Kirjallisen perhevalmennusohjelman kokoaminen ja tuottaminen

Tutkija kirjoitti kehittämistyöryhmän tuottamista yksittäisistä valmennustee- moista perhevalmennusohjelman kokonaisuuden. Ryhmä asetti uuden perhe- valmennusohjelman päätavoitteeksi terveystietoisuuden lisääntymisen, van- hempien vahvistumisen ja sekä tietojen ja taitojen lisääntymisen. Perhevalmen- nuksen tavoitteet toimivat punaisena lankana kaikille perhevalmennuksen osa- puolille ja sidosryhmille.

Perhevalmennuksen keskeisimmiksi sisältöalueiksi valittiin 1) raskauden eteneminen ja raskaudenajan terveydenhoito, 2) synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus, 3) lapsivuodeaika, lapsen hoito ja imetys, 4) raskau- teen liittyvät tunteet, synnytyskokemus, vauvan tarpeet ja vuorovaikutus vau- van kanssa, 5) vauvaperheen arki sekä 6) parisuhde ja vanhemmuus.

Perhevalmennustilaisuuksien suunniteltiin toteutuvan seuraavasti: 5 tilai- suutta viikoilla 15–35 sekä yksi synnytyksen jälkeen. Perhevalmennuksen to- teuttamisessa noudatetaan monikulttuurisen terveyden edistämisen periaatteita. Opetusmenetelmiksi valittiin dialoginen vuoropuhelu ja erilaiset ryhmän jäse- niä osallistavat menetelmät (porinaryhmät, ryhmätyöt, roolileikki).

Perhevalmennusohjelma on tarkoitettu sekä ensi- että uudelleen synnyttä- jille, ja sitä voidaan toteuttaa sekä terveydenhuollossa, päiväkodeissa että maa- hanmuuttajien toimintakeskuksissa. Sopiva perhevalmennuksen ryhmäkoko on

7–13 henkilöä. Kouluttajana valmennuksessa voivat toimia terveydenhoitajat, kätilöt ja valmistumisvaiheessa oleva kätilöopiskelijat (opettajansa ohjauksessa). Perhevalmennusta suositellaan tehtävän yhteistyössä maahanmuuttotyötä tekevien tahojen ja moskeijan kanssa. Perhevalmennustilanteisiin voi ottaa mukaan kulttuuritulkin (somalisyhteisön edustaja, joka on vanhempi synnyttänyt nainen) ja tarvittaessa virallisen tulkin.

Kehittämistyöryhmän mielestä perhevalmennusta kannattaa markkinoida tehostetusti somalisyhteisön jäsenille, muun muassa selkokielisen esitteen avulla, tehostamalla suullista markkinointia ja tiedottamalla perhevalmennuksesta suoraan moskeijaan ja maahanmuuttotyötä tekeville tahoille sekä paikoissa, jossa somalinaiset luonnollisesti kokoontuvat. (Taulukko 36.)

TAULUKKO 36 Kehittämistyöryhmän tuottaman perhevalmennusohjelman kokonaisuus.

Kehittämistyöryhmän tuottama monikulttuurinen perhevalmennusohjelma	
Kohderyhmä	Raskaana olevat somalinaiset, ensi- ja uudelleen synnyttäjät. Tukihenkilöt, ns. doulat. (7–13 somalinaista.)
Periaatteet ja menetelmät	Kulttuurinmukainen markkinointi. Monikulttuurisen terveyden edistämisen periaatteiden noudattaminen. Dialoginen vuoropuhelu ja erilaiset ryhmän jäseniä osallistavat opetusmenetelmät. Lastenhoidon järjestäminen. Yhteistyö maahanmuuttotyötä tekevien tahojen ja moskeijan kanssa.
Kouluttajat	Terveydenhoitajat, kätilöt, valmistumisvaiheessa oleva kätilöopiskelijat (opettajansa ohjauksessa), kulttuuritulkki ja tarvittaessa virallinen tulkki.
Päätavoite 1: Terveystietoisuuden lisääntyminen	Vanhemmat ymmärtävät raskaudenaikaisen terveydenhoidon ja perhevalmennuksen merkityksen.
Osatavoitteet	Vanhemmat osallistuvat perhevalmennukseen ja rohkaistuvat <ul style="list-style-type: none"> keskustelemaan perhe-elämästä, parisuhteesta ja vanhemmuudesta sekä pohtimaan asioiden tärkeysjärjestystä tutustumaan muihin samassa elämäntilanteessa oleviin perheisiin luomaan uusia verkostoja ja hakemaan vertaistukea käyttämään perheille tarkoitettuja palveluja asianmukaisella tavalla. Vanhemmat luottavat itseensä ja selviytymiseensä arkielämän ongelmatilanteissa.
Päätavoite 2: Vanhempien vahvistuminen	Vanhemmille muodostuu mahdollisimman onnistunut synnytyskokemus ja heidän luottamuksensa itseensä ja terveyspalvelujärjestelmään vahvistuu. Vanhemmat innostuvat löytämään itsestään, perheestään, läheisistään ja asuinyhteisöstään voimavaroja, jotka auttavat löytämään ratkaisuja arkielämän ongelmiin.
Osatavoitteet	Vanhemmat osallistuvat perhevalmennukseen, keskustelevat perhe-elämästä, parisuhteesta ja vanhemmuudesta sekä pohtivat asioiden tärkeysjärjestystä. Vanhemmat tutustuvat muihin samassa elämäntilanteessa oleviin perheisiin, luottavat itseensä ja selviytymiseensä arkielämän ongelmatilanteissa, luovat uusia verkostoja ja hakevat vertaistukea sekä rohkaistuvat käyttämään perheille tarkoitettuja palveluja asianmukaisella tavalla.
Päätavoite 3: Taitojen lisääntyminen	Raskaana olevat naiset edistävät omaa, sikiön ja tulevan lapsen sekä koko perheen terveyttä.
Osatavoitteet	Vanhemmat edistävät omaa terveyttään, osaavat hoitaa vauvaa ja edistää tämän terveyttä, ratkaista arkipäivän terveysongelmia itsenäisesti kotikonsteja käyttäen ja löytävät ratkaisuja arkielämän ongelmiin sekä osaavat hakea apua ongelmatilanteissa.

(jatkuu)

TAULUKKO 36 (jatkuu)

Päätavoite 4: Tietojen lisääntymisen	Vanhemmat innostuvat uudessa elämäntilanteessaan oppimaan uutta ja osaavat vaikuttaa omiin asioihinsa.
Osatavoitteet	Vanhemmat tietävät <ul style="list-style-type: none"> • parisuhteeseen ja vanhemmuuteen liittyvistä asioista ja osaavat soveltaa tietojaan käytäntöön • raskauteen, synnytykseen, lapsivuodeaikaan ja lapsen hoitoon ja kehitykseen liittyvistä asioista ja osaavat soveltaa tietojaan käytäntöön.
Sisältö ja ajoitus	<ul style="list-style-type: none"> • Raskauden eteneminen ja raskaudenajan terveydenhoito 15–18 rv. • Vauvaperheen arki 20 rv. • Parisuhde ja vanhemmuus 24–32 rv. • Synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus 35–36 rv. • Lapsivuodeaika, lapsen hoito ja imetys 30–35 rv. • Raskauteen liittyvät tunteet, synnytyskokemus, vauvan tarpeet ja vuorovaikutus vauvan kanssa (toteutuu synnytyksen jälkeen). rv=raskausviikkoa
Arviointi	Ryhmän vetäjä laatii SWOT-analyysin osallistujien ja ohjaajien näkökulmista.

8.5 Kirjallisen perhevalmennusohjelman loppuarvioinnin tuloksia

8.5.1 Kehittämistoimintaan osallistuneiden itsearvioinnin tulokset

Uuden perhevalmennusohjelman vahvuudet

Kehittämistyöryhmän jäsenten oman arvion mukaan Monikulttuurinen perhevalmennus -kirja (Koski 2007) on onnistunut kokonaisuus. Kirja antaa hyvän pohjan perhevalmennusta toteuttaville ammattilaisille suunnitella ja toteuttaa kulttuurisesti sensitiivistä perhevalmennusta. Kirjassa esitetty perhevalmennus soveltuu myös valtaväestön perhevalmennuksen tueksi. Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjassa on riittävästi tietoa. Pirstävää oli etenkin somaliasiakkaiden ajatusten esille tuominen.

Selkeä ja tyylikäs kirja. Hyvä apuväline perhevalmennuksen pitäjälle.

Kirja on mielestäni selkeä ja johdonmukaisesti etenevä. Siinä on hyvät rungot ja vinkit perhevalmennusta toteuttaville.

Sopii myös valtaväestön perhevalmennusten avuksi, lisäksi siinä on mukavasti tietoa ja ”oikeiden” somaliasiakkaiden ajatuksia.

Kirjassa on myös luonnollisista ja oikeista tilanteista otettuja valokuvia, joista välittyy äidinrakkaus ja hellyys sekä lapsen turvan hakeminen. Arviointien perusteella valokuvat ovat kulttuurisesti sopivia, niissä ei näy paljasta pintaa ja ne ovat muutenkin somalikulttuurisesti asianmukaisia eivätkä millään tavalla ärsyitä lukijoita. Kirja viestittää tekijöiden mielestä värikkyyttä, iloisuutta ja läm-

pöä ja etenkin kaikkea sitä positiivisuutta, mitä lapsen syntymään somaliperheissä liittyy.

Kirjassa on luonnollisista ja oikeista tilanteista otettuja valokuvia, joista välittyy äidin rakkaus ja hellyys sekä lapsen turvan hakeminen.

Kirjan ulkoasu oli hyvä, kauniit ja aiheeseen hyvin sopivat kuvat.

Kirjan sisältö ja rakenne ovat selkeät. Myös kirjan yksittäiset teema-alueet ovat sisällöllisesti loogisessa järjestyksessä. Kirjassa on hyvä sisältörunko ja ohjeet siitä, miten perhevalmennusta voidaan toteuttaa. Kirja on helposti luettava ja tietyllä tavalla rento, mutta asiallinen. Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjasta voi oppia perhevalmennuksen sisältöaiheisiin liittyviä asioita ja kulttuurintuntemusta. Kirja tarjoaa kaikille perhevalmennusta toteuttaville ammattilaisille uusia toimintamalleja sekä keinoja kohdata ja ymmärtää somaliperheitä. Siitä saa tietoa myös perhevalmennuksen toteuttamisesta ja siksi se on hyvä apuväline etenkin ensimmäisiä valmennuksia toteuttaville ammattilaisille.

Kehittämistyöryhmän jäsenten mielestä etenkin raskauteen liittyvien muutosten ymmärtäminen on somalinaisille tärkeää. Tärkeää on myös se, että somaliäidit saavat oikeaa tietoa raskaudesta ja elimistön fysiologisista muutoksista ja esimerkiksi siitä, että raskauspahoinvointia voidaan hoitaa myös kotona. Arvioinneissa painotetaan, että synnytys on aina hyvin yksilöllinen tapahtuma, mutta mahdollisuus tutustua esimerkiksi videon avulla synnytykseen ja erilaisiin synnytysasentoihin on somalinaisille hyvä asia.

Kirjassa esitellään Vagiigo-vauvan kehtolaulu, jossa somaliäiti tyynnyttelee itkevää vauvaa. Äiti kyselee vauvalta, itkeekö tämä köyhyyttä, ruuanpuutetta, isän poissaoloa vai rintamaidon tyrehtymistä. Laulu Vagiigosta on somalinaisille tuttu. Arviointien perusteella laulun avulla on mahdollista avata äitien ja perheiden maailma muille perhevalmennukseen osallistujille sekä rohkaista somaliäitejä puhumaan ja avautumaan perhevalmennustilanteessa. Se voisi yhdistää hienolla tavalla perhevalmennustilanteessa somaliäitejä ja valtaväestöön kuuluvia äitejä sekä työntekijöitä.

Tärkeää on se, että äidit saavat oikeaa tietoa raskaudesta ja elimistön fysiologisista muutoksista.

Synnytys on hyvin yksilöllinen tapahtuma, mahdollisuus tutustua videon avulla synnytykseen ja erilaisiin synnytysasentoihin on hyvä asia.

Laulu Vagiigosta on somalinaisille tuttu, se avaa äitien ja perheiden maailman osallistujille, rohkaisee äitejä puhumaan ja avautumaan perhevalmennustilanteessa.

Kokonaisuutena valmis kirja vastaa hyvin kehittämistyöryhmän odotuksia.

Perhevalmennusohjelman haasteet

Kehittämistyöryhmän mielestä kirjan todellinen haaste on se, miten kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennus vastaanotetaan ja miten sitä aletaan toteuttaa terveydenhuollossa.

Perhevalmennusohjelman mahdollisuudet

Kehittämistyöryhmän mielestä Monikulttuurinen perhevalmennus -kirja sopii monikulttuurisen perhevalmennuksen opetukseen. Se auttaa sekä neuvoloissa että synnytysairaaloissa perhevalmennusta toteuttavia terveydenhuollon työntekijöitä ottamaan entistä paremmin huomioon erilaisten perheiden tarpeita perhevalmennusprosessin kaikissa vaiheissa. Valmennusohjelmaa on mahdollista toteuttaa sellaisenaan tai omaan työyhteisöön ja asiakaskuntaan soveltaen sekä koulutukseen parhaiten soveltuvalla tavalla.

Uuden perhevalmennuskirjan uhat

Kehittämistyöryhmän jäsenet tarkistaisivat vielä perhevalmennusteemojen ja raskausviikkojen etenemisjärjestyksen. He myös pohtivat sitä, että osa perhevalmennusteemoista on sisällöllisesti laajoja ja käytettävissä oleva aika on vain kaksi tuntia. Jos tilanteessa tarvitaan tulkin apua, aikaa tarvitaan kaksi kertaa enemmän.

8.5.2 Ulkopuolinen arviointi

Kehittämistyöryhmän tuottamasta Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjasta kerättiin myös ulkopuolisia arviointeja. Arvioinnit pyydettiin harkinnanvaraisesti henkilöiltä, joilla oletettiin olevan monikulttuurista osaamista, käytännön kokemusta somalinoisista ja perhevalmennuksesta tai monikulttuurisen perhevalmennuksen opettamisesta. Arvioitsijoista 4 oli terveydenhuollon opettajia, 1 sosiaalialan opettaja, 1 terveydenhoitaja, 1 ennaltaehkäisevän terveydenhuollon esimies ja 1 kulttuurintutkija. Palautteet jäseneltiin SWOT-analyysin mukaisesti luokkiin: monikulttuurisen perhevalmennuskirjan vahvuudet, mahdollisuudet, haasteet ja kehittämiskohteet.

Uuden perhevalmennusohjelman vahvuudet

Ulkopuolisten arvioitsijoiden mielestä Monikulttuurinen perhevalmennus -kirja on tarpeellinen teos, etenkin pääkaupunkiseudulla. Monikulttuurinen perhevalmennus -kirja on hyvä lähtökohta, ”pelinavaus”, aihealueelle, joka on jäänyt liian usein käsittelemättä. Monikulttuurisesta terveyden- ja sairaanhoidosta tarvitaan kipeästi suomenkielistä lisämateriaalia.

On loistavaa, että tällaisia kirjoja kirjoitetaan! Monikulttuurisuutta on tärkeää käsitellä ja tehdä tutuksi, niin väistämätön se etenkin pääkaupunkiseudulla on.

Varmasti tarpeellinen teos, monikulttuurisesta terveyden- ja sairaanhoidosta tarvitaan kipeästi suomenkielistä lisämateriaalia.

Hyvä lähtökohta aihealueelle, joka on jäänyt valitettavasti liian usein käsittelemättä.

Palautteissa korostettiin, että kirjan alussa on selkeästi selitetty kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen lähtökohdat. Kirjan johdannossa esitellään kirjan kohderyhmä: somalialaiset maahanmuuttajat, joiden tarpeet on ensisijaisesti otettu kirjassa huomioon. Johdannossa kuvataan myös niitä moninaisia arjen haasteita, joihin somalialaiset maahanmuuttajat tarvitsevat tukea. Samat arjen ongelmat ovat tuttuja kaikille lasta odottaville perheille. Lisäksi kirjassa korostetaan, että kaikilla vanhemmilla on kulttuuritaustasta riippumatta samanlaisia odotuksia samassa elämäntilanteessa.

Hyvä, että tuotiin esiin se, että vanhemmilla on kulttuuritaustasta riippumatta samanlaisia odotuksia samassa elämäntilanteessa.

Kirja vastasi arvioitsijoiden odotuksia. Erityisesti vauvaperheen arjen huomiointi on palautteiden perusteella kirjassa ansiokkaasti mukana. Kirjassa kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus on esitetty niin laajasti, että sitä on helppoa soveltaa moniin eri kulttuureihin.

Vaikkakin lähtökohta on yhden meille vieraamman kulttuurin näkökulmasta, on asia esitetty sillä tavoin laajasti, että sitä on helppoa soveltaa moniin eri kulttuureihin.

Sisällöllisesti kirjaa voi soveltaa kaikkeen perhe- ja synnytysvalmennukseen, ei vain eri kulttuureista tuleviin raskaana olevien perheiden ryhmiin.

Kirja käy hyvin myös kantasuomalaisille, voi jättää vain joitain osioita pois. Mielenkiintoinen kirja, jota voi käyttää myös suomalaisten äitien valmennuksessa.

Arviointien perusteella Monikulttuurinen perhevalmennus -kirja on erittäin hyvä ja siinä on otettu asiat esille monipuolisesti. Kirjaa arvioitiin myös hyväksi peruspaketiksi, jossa on ajankohtaisia asioita, jotka kattavat aika lailla kaikki perhevalmennukseen kuuluvat asiasisällöt. Kirjan sisältö ja rakenne arvioitiin myös johdonmukaiseksi ja tiiviiksi. Arvioitsijoiden mielikuva oli, että kirja perustuu tutkittuun tietoon ja on siten luotettava.

Kirja yllätti arvioitsijansa suurella asiasisällöllä ja ohjeilla.

Tiiviissä muodossa yksityis- ja ajankohtaista tietoa perhevalmennuksesta.

Monikulttuurisen perhevalmennusohjelman mahdollisuudet

Arvioitsijoille esitettiin myös kysymys ”Mitä Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjasta voi oppia”. Saatujen palautteiden perusteella kirjasta voi oppia raskauteen, synnytykseen ja lastenhoitoon liittyviä asioita, etenkin sitä, mitä maahanmuuttaja-asiakkaat tarvitsevat.

Oli hyvä saada näkemystä siitä, mitä maahanmuuttajat tarvitsevat.

Perustarpeet ja -kysymykset ovat lapsiperheillä melko lailla samat.

Arvioitsijat pohtivat, että kirjasta voi oppia myös kulttuurien tuntemusta, suomalaisia tapoja ja kulttuuria sekä sen, mitä kulttuurisesti sensitiivinen perhe-

valmennus tarkoittaa. Kirja auttaa myös pohtimaan omaa kulttuurin tiedostamisen astettaan. Kirjan esitystapa saa lukijan huomaamaan, että maahanmuuttajaäitien perhevalmennuksen ei loppujen lopuksi tarvitse suuresti poiketa suomalaisäitien vastaavasta – ei tarvitse lamaantua ”kulttuurin” edessä!

Arviointien perusteella kirja auttaa perhevalmennustilaisuuksien järjestämisessä ja rohkaisee perhevalmennuksen toteuttajia käyttämään osallistavia ohjausmenetelmiä ja luottamaan perhevalmennukseen osallistuvien omaan aktiivisuuteen ja haluun saada tarvitsemaansa valmennusta. Liiallinen tiedon tuuttaminen on korvattu keskeisellä aihepiirillä, vaikka perhevalmennuksen toteuttajan on toki tiedettävä paljon enemmän kuin tämän kirjan sisältö.

Monikulttuurisen perhevalmennuksen haasteet

Arviointien perusteella perhevalmennuksen kokonaistavoite olisi voitu esittää selkeämmin. Perhevalmennuksen kokonaistavoitteeksi ehdotettiin ”terveet vastasyntyneet ja perheet”. Kehittämisehdotuksia annettiin myös kirjan sisällöstä. Arvioinneissa mainittiin, että synnytyksen jälkeistä masennusta on 10–15 prosentilla synnyttäjistä, joten äitien masennusta voisi kirjassa tuoda selkeämmin esille. Lisäksi todettiin, että monikulttuurisessa perheessä sana masennus on tabu, joten siitä olisi hyvä keskustella. Kirjassa toivottiin näkyvän selkeämmin myös raskauden eteneminen ja raskauden ajan terveydenhoito. Lisäksi kirjaan toivottiin asiantuntijan näkemystä suuhygieniasta sekä tietoa ympärileikkauksesta ja ehkäisystä. Myös keisarileikkauksesta toivottiin lisää tietoa.

Koska kyse on somalinoisista, ympärileikkausta olisi pitänyt käsitellä perusteellisemmin. Tämä on kuitenkin vahvasti raskauteen, synnytykseen ja toipumiseen vaikuttava tekijä. Myös keisarileikkauksista voisi keskustella enemmän.

Jäin miettimään, miten ympärileikkausta tulisi käsitellä perhevalmennuksen yhteydessä, miten yhteisen kielen puute vaikuttaa luottamuksen rakentamiseen ja miten motivoida eritaustaisia ihmisiä keskustelemaan näin henkilökohtaisista asioista, mikäli se ei ole heille kulttuurisesti ominaista.

Arvioinneissa toivottiin kirjaan myös selkeämpää perhe-käsitteen määrittelyä. Näin siksi, koska selkeämpi määrittely olisi valaissut sitä, miten somalimiesten osallistumiseen perhevalmennuksessa olisi suhtauduttava. Arvioitsijat kommentoivat, että erilliset mies- ja naisryhmät voisivat helpottaa joidenkin aiheiden käsittelyä.

Palautteissa korostettiin myös sitä, että Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjassa maahanmuuttajien erityisyys sekä se, että monet tulevat toisenlaisesta palvelujärjestelmästä ja yhteiskunnallisesta, kulttuurisesta ja uskonnollisesta kontekstista, voitaisiin ottaa käsiteltävissä aiheissa ja teemoissa paremmin huomioon.

Monikulttuurisen perhevalmennusohjelman uhat

Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjan suurimmaksi ongelmaksi mainittiin maahanmuuttajaerityisyyden häivyttäminen. Kirja perustuu arviointien perusteella liiaksi suomalaisille käsityksille parisuhteesta ja perheestä. Myös somaliäitien synnytykseen liittyvät kulttuuriset kysymykset jäivät taka-alalle.

Uusi perhevalmennusohjelma pyrkii myös liikaa yleistämään asioita, jolloin kulttuuriset kysymykset ja maahanmuuttajien kokemukset ja ihmettelyt eivät tule riittävästi esille. Arvioinneissa mainittiin, että naisten ympärileikkaus on ilmeisesti ”haluttu jättää vähemmälle”, koska on pyritty luomaan yleisempää ohjeistusta, mutta juuri tämä nähtiin yhdeksi keskeiseksi teoksen ongelmaksi (ts. erityisen ja yleisen välisen suhteen ongelma). Kritiikki kohdistui myös suomalaisten perhevalmennuskäytäntöjen itsestänselvyytenä pitämiseen.

Kirjan suurimpana ongelmana on se, että siinä ”maahanmuuttajaerityisyys” on ikään kuin häivytetty.

Entä suomalaisten käytäntöjen kulttuurisuus ja itsestänselvyys - mitä voisimme tehdä toisin?

Palautteen perusteella monikulttuurisuutta olisi voitu käsitellä niin johdattelevien tekstien kuin itse perhevalmennuksen käytännön toteutuksen yhteydessä enemmän. Kirjan alussa olisi voitu kysyä: Onko olemassa jotakin erityistä monikulttuurista perhevalmennusta? Miksi monikulttuurisuuden huomioon ottaminen on tärkeää? Miten monikulttuurisuus vaikuttaa perhevalmennukseen? Millaisia ongelmia se on aikaisemmin saanut aikaan? Tämänkaltaisiin kysymyksiin liittyvät vinkit olisivat voineet lisätä työntekijöiden ymmärrystä ja uskallusta käsitellä joskus vaikeitakin monikulttuurisuuteen liittyviä asioita ja tilanteita. Olisi ollut myös kiinnostavaa lukea siitä, miten eri kulttuurit mahdollisesti eroavat toisistaan.

Arvioinneissa pohdittiin myös perhevalmennuksen kokoontumiskertojen lukumäärää ja somaliäitien ja -isien mahdollisuutta osallistua valmennukseen.

Perhevalmennuksen kokoontumisia on aika monta - epäilen, että moni äiti/isä ei jaksaa osallistua näin moneen kertaan.

Uhkana nähtiin myös kirjan tiivis luettelomainen esittämistapa, toisaalta näissä kohdin voi opetuksessa pysähtyä keskusteluihin ja yhteisiin pohdintoihin.

Kirjan rakenne on oikein selkeä ja tema kertakaikkisen ajankohtainen. Pidän ranskalaisien viivojen käyttämistä oppikirjoissa hyvänä lähestymistapana, koska se lisää selailtavuutta. Tässä niitä tosin käytettiin niin paljon, että sisällön esiin tuominen saattoi hieman kärsiä.

8.6 Yhteenveto perhevalmennusohjelman kehittämisestä

Tutkijan mielestä kehittämistoiminta eteni suunnittelun, kehittämisen, pilotoinnin, kirjallisen perhevalmennusohjelman kokoamisen ja tuottamisen sekä arvioinnin kehänä. Kehittäminen eteni sykleittäin ja niihin sisältyi keskustelua, reflektointia ja erilaista toimintaa.

Vaihe 1: Kehittämistoiminnan suunnittelu. Alussa ryhmän jäsenet tutustuivat toisiinsa ja ryhmän tehtävään sekä sopivat yhdessä ryhmän perussäännöistä

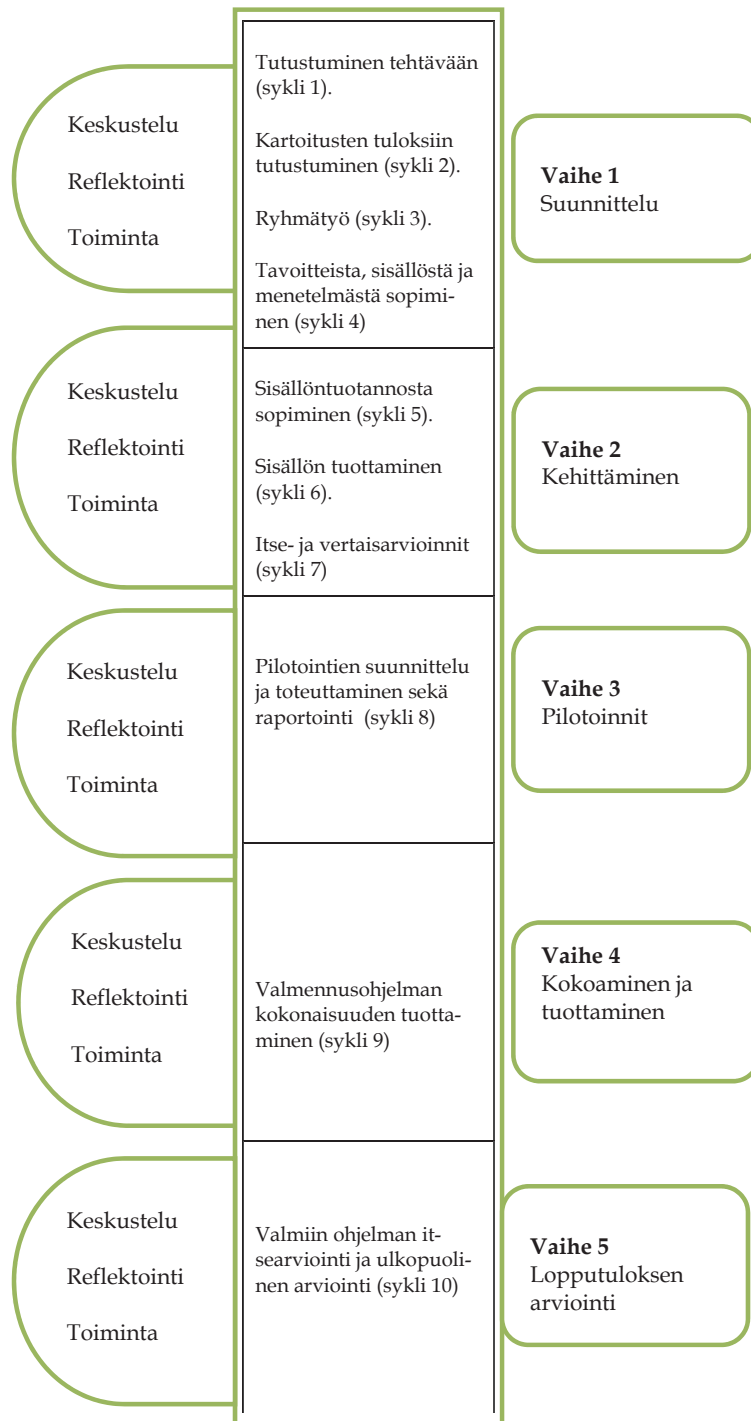
(sykli 1). Kartoitusten alustavat tulokset, joiden toivottiin tuottavan pohjatietoa ja virikeaineistoa perhevalmennusta kehittävän työryhmän toimintaan, esiteltiin ryhmän jäsenille (sykli 2). Ryhmätyö, kokousten aikana käydyt keskustelut ja fokusryhmähaastattelu motivoivat ja suuntasivat työryhmän jäsenten huomion kehittämistoimintaan (sykli 3). Suunnitteluvaiheessa kehittämistyöryhmän jäsenet määrittelivät somaliperheiden perhevalmennustarpeet, perhevalmennusohjelman tavoitteet ja sisältörungon. Opetusmenetelmänä päätettiin käyttää dialogia (sykli 4).

Vaihe 2: Perhevalmennusohjelman kehittäminen. Ryhmän jäsenet jakoivat perhevalmennusohjelman sisällöntuotannon keskenään (sykli 5). Työnjaon perustana oli kunkin jäsenen subjektiivinen kokemus omasta osaamisestaan. Seuraavaksi jokainen ryhmän jäsen uppoutui tehtäväänsä eli kirjoittamaan perhevalmennusohjelman yksittäisiä teemoja itsenäisesti (sykli 6). Tutkija ohjasi itsenäistä kirjoittamisvaihetta kirjallisen ohjeen ja itse- ja vertaisarviointien avulla (sykli 7).

Vaihe 3: Perhevalmennusohjelman pilotoinnit. Tutkija kannusti kehittämistyöryhmän jäseniä toteuttamaan itse pilotoinnit. Tämä ei ollut kuitenkaan mahdollista, koska ryhmän jäsenillä ei ollut riittävästi aikaa tähän ja heidän omaan työhönsä kuuluneet valmennukset oli jo toteutettu. Yhteisen päätöksen jälkeen ensimmäisen pilotoinnit toteutti yksi kehittämisryhmään kuulunut terveydenhoitaja ja tutkijan kouluttamat kättilöopiskelijat (sykli 8). Pilotointien toteuttajat laativat tutkijan ohjeiden mukaisesti kirjallisen raportin pilotoinneista (liite B, 3–4). Arviointia annettiin toteuttajan ja osallistujien näkökulmasta. Lisäksi tutkija keskusteli pilotoinneista toteuttajien kanssa.

Vaihe 4: Perhevalmennusohjelman kokoaminen ja tuottaminen. Tutkijan tehtäväksi jäi koota kehittämistyöryhmän yksittäisistä kirjallisista tuotoksista ja palautteiden pohjalta perhevalmennusohjelman lopullinen kokonaisuus ja neuvotella kirjantoimittajan kanssa kirjan julkaisemisesta. Kukin kehittämistyöryhmän jäsen antoi kirjallisen luvan kirjan toimittamiseen (sykli 9).

Vaihe 5. Lopputuloksen eli kirjallisen perhevalmennusohjelman loppuarviointi. Kehittämistyöryhmän jäsenet arvioivat tuottamaansa Monikulttuurinen perhevalmennus -oppikirjaa. Kirjasta pyydettiin myös ulkopuolisten asiantuntijoiden arvioinnit. (sykli 10.) (Kuvio 10.)



KUVIO 10 Toimintatutkimuksena edenneen kehittämistyön syklit ja vaiheet.

9 LUOTETTAVUUDEN POHDINTA

9.1 Luotettavuuden käsitteestä

Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan erilaisten kriteereiden avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Määrällisessä tutkimuksessa validiteetilla (pätevyys, engl. validity) viitataan siihen, miten hyvin tutkimuksessa käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti (luotettavuus, engl. reliability) ilmaisee puolestaan sen, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa haluttua ilmiötä. (Heikkilä 2008, Metsämuuronen 2008, LoBiondo-Wood & Haber 2010.)

Laadullisen tutkimuksen keskeisimpiä luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus eli totuusarvo (credibility), pysyvyys (dependability), vahvistettavuus (confirmability), siirrettävyys (transferability) ja autenttisuus (authenticity). Uskottavuus viittaa siihen vastaako saadut tulokset tutkittavien käsityksiä. Vahvistettavuus liittyy tutkimusprosessin kirjaamiseen niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua ja saada samat tulokset. Pysyvyys tarkoittaa sitä, voidaanko samat tulokset saada esille, jos tutkimus toteutetaan jonain toisen ajankohtana. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, voidaanko tutkimuksen tuloksia yleistää. (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.)

Myös Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009) sekä Eskolan ja Suorannan (2008) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden keskeisimmät kriteerit ovat uskottavuus (credibility) ja siirrettävyys (transferability). Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009) viittaavat edellä mainittujen Lincolnin ja Cuban (1985) esittämien kriteereiden lisäksi teoreettiseen herkkyyteen ja autenttisuuteen sekä metodologiseen, käsitteelliseen, kontekstuaaliseen ja kielelliseen perusymmärrykseen sekä loogiseen ajatteluun

Uskottavuus edellyttää tutkimuksen tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyyden varmistaminen edellytetään aina huolellista tutkimuskontekstin kuvaamista, osallistujien valinnan ja taustojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvaamista. Teoreettisella

herkkyydellä he tarkoittavat tutkijan kykyä nähdä aineistosta keskeiset asiat ja tulkita niitä oikein. Autenttisuus liittyy siihen, miten hyvin tutkimuksessa on onnistuttu kuvamaan erilaisia tutkimukseen osallistuneiden todellisuuksia. Autenttisuuden lisäämiseksi laadullisessa tutkimuksessa käytetään tuloksia esiteltäessä suoria lainauksia esimerkiksi haastatteluteksteissä.

Eskolan ja Suorannan (2008) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuuden (credibility) ja siirrettävyyden (transferability) lisäksi varmuus (dependability) ja vahvistettavuus (confirmability). Tärkeää on myös sen myöntäminen, että tutkijalla on eleyistä elämästä muodostuneita omakohtaisia kokemuksia ja käsitykseksi tutkittavasta aiheesta (tutkijan subjektiivisuuden myöntäminen). Uskottavuuden lisäämiseksi tutkijan on tarkistettava myös se, vastaavatko hänen käsitteellistyksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä. Laadullisen tutkimuksen tulosten siirrettävyys on mahdollista tietyin ehdoin. Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleesta tutkimuksesta. (Eskola ja Suoranta 2008.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä erilaisten triangulaatioiden (menetelmä, tutkija, analyysi), sekä tutkimuspäiväkirjan, pitkitettyjen analyysien ja vertaispalautteiden avulla. (Patton 2002; Tuomi & Sarajärvi 2002; Polit & Peck 2014.)

Toimintatutkimuksen laadun ja luotettavuuden arvioinnista on olemassa paljon erilaisia näkemyksiä. Laurin (1997) mukaan toimintatutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia arvioitaessa huomio on kiinnitettävä tutkimukselliseen lähenytymistapaan, tutkimusongelmien määrittelyyn, tutkimusprosessin etenemiseen ja käytettyihin arviointimenetelmiin, saatuun tutkimusaineistoon ja lopputulokseen. Heikkisen ja Syrjälän (2007) mukaan toimintatutkimukseen suositellaan kokonaan muita käsitteitä kuin validiteetti ja reliabiliteetti. He nimeävät toimintatutkimuksen laadun kriteereiksi historiallisen jatkuvuuden (principle of historical continuity), refleksiivisyyden (principle of reflectivity), dialektisuuden (principle of dialectics), toimivuuden (principle of workability) ja havahduttavuuden (principle of evocativeness).

Eskolan ja Suorannan (2008) mukaan toimintatutkimuksessa tietoa konstruoidaan erilaisina diskursseina tutkijan ja toimijoiden kanssa. Tästä syystä luotettavuuskysymyksissä on tärkeää tarkastella tutkittavien tutkimukseen osallistumisessa välisenä yhteistoimintaa. Toimintatutkimuksessa luotettavuuden arviointikriteerit muuttuvat mittaustulosten validiteetista kohti tutkijan reflektiivistä keskustelua - sekä itsensä että muiden kanssa.

Toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös 1) katalyyttisen, 2) dialogisen, 3) demokraattisen ja 4) prosessivaliditeetin (Herr & Anderson 2005) sekä historiallisen jatkuvuuden (Heikkinen ym. 2007) näkökulmista.

Maahanmuuttajiin kohdistuvan tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös kulttuurisen sensitiivisyyden eli herkkyyden näkökulmasta. Kulttuurisella herkkyydellä viitataan kahteen asiaan: kulttuurien välisen vuoropuhelun onnistumiseen sekä toisen kulttuurin omasta kulttuurista poikkeavien

piirteiden tunnistamiseen ja kunnioittamiseen, mutta myös samanlaisuuden havaitsemiseen. (Papadopoulos 2006; Abdelhamid ym. 2009).

9.2 Tarvekartoitusten luotettavuuden arviointia

9.2.1 Kyselyjen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus perustuu ensisijaisesti tutkittavan ilmiön mittaamisen onnistumiseen, mikä tarkoittaa luotettavan mittarin, sopivien tutkimusmenetelmien ja aineiston käsittelytapojen valintaa. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa sitä, että onnistutaan mittaamaan juuri sitä, mitä on ollut tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti eli mittauksen pysyvyys viittaa siihen, että mittaus on luotettavaa ja ei-sattumanvaraista. (Metsämuuronen 2008.)

Kyselylomakkeella kartoitettiin terveydenhoitajien ja kättilöiden näkemyksiä somaliperheiden perhevalmennuksesta ja perhevalmennustarpeista.

Tutkijan laatimassa kyselylomakkeessa hyödynnettiin sellaisten aikaisempien tutkimusten kysymyksiä ja summamuuttujia, joiden reliabiliteettikertoimet olivat olleet kohtalaisen hyviä (Reuna 1998; Laitakari ym. 1994; Tarkka 1996, Vehviläinen-Julkunen ym. 1995).

Luotettavuuden takaamiseksi kyselylomake esiteltiin kymmenellä terveydenhoitajalla, kättilöllä ja terveydenhoidon opettajalla ennen sen varsinaista käyttöä. Näin haluttiin varmistaa se, että vastaajat ymmärtävät kysymysten sisällön ja väittämät ovat riittävän konkreettisia ja helppotajuisia. Esitestauksen jälkeen lomaketta lyhennettiin ja kysymysten järjestystä muutettiin vastaajaysvällisemmäksi.

Muutamia erityisesti somalikulttuuriin liittyviä kysymyksiä lisättiin ja joidenkin valtaväestön äideille tai asiantuntijoille suunnattujen kysymysten sanamuoto muutettiin vastaajina oleville kättilöille ja terveydenhoitajille soveltuvaan muotoon. Mittareiden sisältö pyrittiin säilyttämään mahdollisimman samanlaisena kuin aikaisemmissa tutkimuksissa.

Tarkan (1996, 115) tutkimuksessa synnytyskokemusta ja lapsen hoidosta selviytymistä mittasivat useat kysymykset, joista muodostettiin summamuuttujat, ja niiden homogeenisuus oli osoittautunut hyväksi. Tässä tutkimuksessa useat kysymykset mittasivat somalinaisten synnytys-, vauvanhoito- ja imetykokemuksia sekä synnytyksen jälkeistä mielialaa ja terveyteen liittyviä tietoja (kysymykset 14, 15, 16, 18, 19) sekä sosiaalisen tuen tarvetta ja omaisilta saatua tukea (kysymykset 35 ja 36) (liite B, kyselylomake terveydenhoitajille ja kättilöille). Näistä muodostettiin summamuuttujat. Summamuuttujien reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfa -kertoimien avulla. Summamuuttujien alfat olivat kaikki hyvällä tasolla, ja vain kaksi kerrointa (0,72 ja 0,78) oli alle 0,80:n.

Kahdeksan summamuuttujan Cronbachin alfa oli 0,97–0,99, mitä voidaan pitää liian suurena arvona. Näihin summamuuttujiin vastatessaan terveydenhoitajat ja kättilöt eivät ilmeisesti enää jaksaneet paneutua yksittäisiin kysymyksiin kovin tarkasti, koska hyvin monet olivat antaneet kaikkiin summamuuttu-

jien osioihin (6–9 osiota/summamuuttuja) saman vastauksen. Samalla tavalla kaikkiin osioihin vastanneiden osuus vaihteli summamuuttujittain 44 ja 76 prosentin välillä. Tämän vuoksi pienin kahden osion välinen korrelaatiokerroin kaikissa kahdeksassa summamuuttujassa oli 0,62 ja suurin osa osioiden välisistä korrelaatioista summamuuttujien sisällä oli 0,7–0,9. Näiden summamuuttujien tuloksiin on tästä syystä suhtauduttava varovaisuudella.

Tavoitteena oli kerätä joukko terveydenhoitajia ja kättilöitä, joilla on kokemusta somaliasiakkaista. Satunnaisotoksen poimintaan soveltuvan otantakehikon puuttuessa päädyttiin valitsemaan harkinnanvarainen otos pääkaupunkiseudun terveydenhoitajista ja kättilöistä. Aineiston valinnassa luotettiin tutkimukseen valittujen yhdyshenkilöiden asiantuntemukseen siitä, kenellä kohdejoukosta oli kokemusta somaliperheistä asiakkaina. Lähetetyistä 140 kyselylomakkeesta palautettiin 70 kappaletta, joten tavoiteltava joukko saatiin kokoon. Vastaajien määrää pyrittiin parantamaan karhuamalla vastauksia Kättilöopiston sairaalasta. Lisäksi palautui kaksi lomaketta, joissa vastaajat totesivat, että heillä ei ole kokemusta somaliperheistä asiakkaina. Tämän perusteella voidaan olettaa, että osa muistakin vastaamatta jättäneistä oli vailla tätä kokemusta, mutta varmaa tietoa tästä ei ole.

Kyselyyn vastanneiden terveydenhoitajien ja kättilöiden osuus oli yhtä suuri. Näin saatu tulos kuvasi tasapuolisesti kummankin vastaajaryhmän näkemyksiä. Mitä yhtenevämmät vastaajien näkemykset kysytyistä asioista ovat, sitä luotettavampana saatua tulosta voidaan pitää. Kyselylomakkeen kysymyksiin vastattiin huolella, ja puuttuvien vastausten osuus pysyi pääosin korkeintaan 10–20 prosentin vaiheilla. Alkoholien ja tupakan käyttöön liittyvän neuvonnan vaikutusten arviointi oli vastaajille vaikeaa, koska puuttuvien tietojen osuus oli 50 %:n luokkaa, joten näihin tuloksiin on suhtauduttava varovaisuudella.

Joidenkin somaliperheisiin ja heille suunnattuun perhevalmennukseen kohdistuneiden väitteiden kohdalla ei osaa sanoa -vastausten osuus oli suuri (22–43 %). Silloin kun vastaajat eivät tunne riittävästi äitiyshuollossa asioivia somaliperheitä, on tietenkin vaikea sanoa mitään heidän elämästään ja heille suunnatun perhevalmennuksen kehittämishaasteista.

Kyselylomakkeen pituus saattoi osaltaan vähentää vastaamishalua. Testaamisesta huolimatta kyselylomakkeesta tuli pitkä, ja lomakkeen kaikki kysymykset eivät olleet onnistuneita (mm. mattojen tamppaaminen, joka on hyvin suomalainen tapa). Jälkikäteen arvioiden kyselylomakkeessa olisi voinut olla enemmän somalikulttuuria mittaavia kysymyksiä. Analyysivaiheessa tutkittiin muuttujien jakaumat ja käytettiin jakauman muodon mukaan joko parametrisiä tai epäparametrisiä testejä. Tulkinnanvaraisissa tilanteissa tulos varmistettiin käyttäen molempia testejä.

9.2.2 Haastattelujen luotettavuus

Somalinaisten haastattelu

Somalinaisten teemahaastattelun luotettavuuden arvioinnissa käytetään laadullisen tutkimuksen arviointikriteereitä: 1) uskottavuus eli totuusarvo (credibility), 2) vahvistettavuus (confirmability), 3) siirrettävyys eli sovellettavuus (transferability) ja 4) pysyvyys (dependability (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014). Arviointikriteerinä käytetään myös kulttuurisen sensitiivisyyden periaatteen toteutumista (Papadopoulos 2006; Abdelhamid ym. 2009).

Uskottavuus eli totuusarvo viittaa siihen vastaako somalinaisten haastattelun tulokset tutkittavien käsityksiä. Autenttisuus liittyy puolestaan siihen, miten hyvin tuloksissa on onnistuttu kuvamaan tutkittavien todellisuutta (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.) Tulosten *uskottavuutta* varmistettiin sillä, että haastattelut nauhoitettiin. Nauhoitukset sujuivat varsin huomaamattomasti. Kätilöopiskelijat kirjoittivat haastatteluaineistot puhtaaksi sanatarkasti ja litte-roivat tekstin. Tutkija tutustui alkuperäiseen aineistoon huolella ja analysoi haastatteluaineiston useita kertoja varmistaakseen sen, että käsitteellistykset ja tulkinnat vastaavat tutkittavien. Nauhoitukset mahdollistavat tiedonkeruutilanteisiin palaamisen jälkeinpäin. Tämä helpotti myös aineiston analyysii. Vaikka tutkija tuntee hyvin tutkimusaiheen, uskottavuutta saattaa heikentää se, ettei aineiston analyysissä käytetty ulkopuolista luokittelijaa, joka tuntee tutkimusaiheen ja jolla olisi ollut aikaa syventyä haastattelun yksityiskohtiin. Tutkija kuvaa tulokset mahdollisimman elävästi ja luotettavasti. Sitaatteja käytettiin perustelemaan aineistosta tehtyjä tulkintoja.

Vahvistettavuuden arvioimiseksi tutkimusprosessi kuvataan niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.) Haastattelussa informanteiksi valikoitui lumipallomenetelmällä kahdeksan pääkaupunkiseudulla asuvaa somalinaista, joilla on subjektiivista tietoa ja/tai kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä. Yhtä lukuun ottamatta kaikki haastateltavaksi valikoituneet somalalaiset osasivat hyvin suomea. Hänen haastattelussaan käytettiin apuna tulkkia.

Somalinaisten toivomuksesta kaikki haastattelut toteutettiin haastateltavien kotona. Haastattelut onnistuivat hyvin, vaikka ajoittain kodin arki vei haastateltavan ja haastattelijan huomiota haastattelutilanteesta. Toisaalta kotiympäristössä naisten oli helppo puhua vapaasti. Aviomies ei ollut kotona haastattelujen aikana, mutta joissain tilanteissa haastattelu sovittiin puolison välityksellä.

Haastattelut toteutettiin jokaiselle somalalaiselle vain kerran. Haastattelujen toteuttaminen useampaan kertaan olisi antanut mahdollisuuden tarkentaa edellisen haastattelun tuloksia. Näin olisi saatu syvällisempi ja laadukkaampi aineisto. Useampi haastattelu ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollista siinä ajassa, joka haastatteluihin oli varattu.

Kommunikointi haastateltavien ja haastattelijoiden välillä oli onnistunutta. Haastattelun alussa somalalaiset vaikuttivat varautuneilta, mutta haastattelun edetessä keskustelu vapautui. Se, että haastateltavien äidinkieli ei ollut suomi, on voinut vaikuttaa haastatteluaineiston syvyyteen. Myös haastattelijoiden ja haastateltavien kulttuuritausta on saattanut vaikuttaa haastattelutilanteissa.

Tulkin välityksellä toteutettu haastattelu tuotti niukasti aineistoa siitä huolimatta, että haastattelun toteutti tutkija, jolla on kokemusta tulkin käytöstä.

Haastateltavat kuvasivat avoimesti kokemuksiaan raskaudesta, synnytyksestä, lapsen hoidosta ja perheen arjesta. Myös kokemuksia ja toiveita perhevalmennuksesta tuotiin avoimesti esille. Saattaa kuitenkin olla, että haastateltavat pyrkivät jossakin määrin vastaamaan myös niihin odotuksiin, joita he kuvittelivat haastattelijalla olevan. Haastattelutilanteissa ei noussut esille arkoja seksuaalisuuteen liittyviä asioita, kuten ympärileikkaus. Tähän saattoivat vaikuttaa sekä käytetty haastattelumenetelmä että haastattelijoiden osaaminen. Toisaalta ympärileikkaus on arka asia, joten avoin keskustelu haastattelutilanteessa ei ole helppo kummallekaan osapuolelle (Dundek 2005).

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, voidaanko tutkimuksen tuloksia yleistää. (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.) Haastattelun tuloksia ei voida yleistää, mutta tuovat esille myös sellaisia asioita, jotka saattaisivat toistua myös yleisemmän tason tarkastelussa.

Pysyvyys tarkoittaa sitä, voidaanko samat tulokset saada esille jos tutkimus toteutetaan jonain toisen ajankohtana (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.) Somalinaisten haastattelu voidaan toteuttaa uudestaan samoilla teemoilla, mutta tulokset voivat olla toisenlaiset, koska ihmisten näkemykset asioista muuttuvat ajan kuluessa. Tämän haastattelun tulokset kuvaavat vain haastatteluun osallistuneiden somalinaisten näkemyksiä ja kokemuksia tutkimusaiheesta.

Kehittämistyöryhmän jäsenten fokusryhmähaastattelu

Myös kehittämistyöryhmälle toteutetun fokusryhmähaastattelun luotettavuuden arvioinnissa käytetään laadullisen tutkimuksen arviointikriteereitä: 1) uskottavuus eli totuusarvo (credibility), 2) vahvistettavuus (confirmability), 3) siirrettävyys eli sovellettavuus (transferability) ja 4) pysyvyys (dependability) (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014). Arviointikriteerinä käytetään myös sekä kulttuurisen sensitiivisyyden periaatteen toteutumista (Papadopoulos 2006; Abdelhamid ym. 2009).

Uskottavuus eli totuusarvo viittaa siihen vastaako kehittämistyöryhmän haastattelun tulokset keskusteluun osallistuneiden käsityksiä. Autenttisuus liittyy puolestaan siihen, miten hyvin tuloksissa on onnistuttu kuvamaan ryhmän jäsenen keskusteluissa esille tuomaa todellisuutta (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.)

Fokusryhmähaastattelulla tarkoitetaan tutkijan ylläpitämää kehittämistyöryhmälle toteutettua ryhmäkeskustelua. Kaikilla kehittämistyöryhmän jäsenillä oli kokemusta somalinaisten ja -perheiden kohtaamisesta. Luotettavuuden lisäämiseksi ryhmähaastattelussa käytettiin apuna videointia. Videointi sujui huomaamattomasti ja haastateltavien suostumus videointiin perustui vapaaehtoisuuteen. Teknisistä rajoituksista keskeinen oli äänentoisto, joka oli videoidussa aineistossa ajoittain heikkoa. Videointi ei vaikuttanut ryhmän jäsenten käyttäytymiseen eikä keskustelun sisältöön. Videointi mahdollisti haastatteluun palaamisen aineiston analyysivaiheessa.

Tutkija pyrki huomioimaan haastattelutilanteessa täsmentämisen eli lisäkysymysten tekemisen tilanteissa, joissa se oli välttämätöntä. Tutkija pyrki myös aineiston toteennäytettävyyteen eli kuvaamaan aineiston analyysin tarkasti. (Krueger 2002; Krueger & Casey 2009; Mäntyranta & Kaila 2008.)

Fokusryhmähaastattelu onnistui toivotulla tavalla. Ryhmän keskustelu oli avointa, ja vastakkaisia mielipiteitä esitettiin rohkeasti. Kehittämisyryhmässä ei ollut dominoivia henkilöitä, jotka olisivat pyrkineet määräämään keskustelun suunnan. Toisaalta yksi ryhmän jäsenistä puhui vähemmän kuin ryhmän muut jäsenet. Koska somaliyhteisön jäseniä oli ryhmässä vain yksi, hänen äänensä jäi haastattelussa vähäisemmäksi kuin valtaväestön edustajien. Tutkijan havaintojen mukaan ryhmä auttoi jäseniään muistamaan asioita ja korjaamaan väärinymmärryksiä. Saattaa olla, että ryhmähaastattelu esti ryhmän kannalta kielteisten asioiden esiintulon. Fokusryhmähaastattelun uskottavuutta vahvistettiin keskustelemalla haastattelutilanteessa riittävän kauan kehittämistyöryhmän jäsenten kanssa.

Kätilöopiskelijat kirjoittivat ryhmähaastatteluaineiston puhtaaksi. Videointi auttoi puhtaaksi kirjoittamista etenkin silloin, kun ääni oli jostain syystä hiljainen. Fokusryhmähaastattelussa haastateltavien yksilölliset erovaisuudet ja subjektiiviset, henkilökohtaiset tuntemukset suodattuivat pois. Ryhmähaastattelussa haastattelijan rooli oli vähemmän keskeinen kuin yksilöhaastattelussa. Fokusryhmähaastattelu tuotti monipuolisen ja riittävän rikkaan aineiston, jota muilla tutkimusmenetelmillä ei olisi saatu esille.

Vahvistettavuuden lisäämiseksi ryhmähaastattelujen analyysi kuvattiin niin, että sitä voidaan seurata vaihe vaiheelta (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.) Aineisto analysoitiin mahdollisimman tarkasti sisällönanalyysin keinoin. Aineiston analyysi tuotti kategorioita ja luokkia, joiden sisältö kuvattiin ja joihin poimittiin esimerkkejä, jotka kuvaavat luokkien sisältöä. Tekstilainauksista lukijan ei ole mahdollista tunnistaa haastatteluun osallistunutta. Raportissa on esimerkkejä aineiston analyysistä, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen neutraalisuutta eli analyysin, päätelmien ja tulkintojen oikeellisuutta.

Siirrettävyydellä viitataan siihen, voidaanko ryhmähaastattelulla esille saatuja tutkimuksen tuloksia yleistää tai soveltaa (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014). Saatuja tuloksia ei voida yleistää. Tiedon sovellettavuuden arvioimiseksi ryhmähaastattelun olosuhteet kuvataan niin, että perhevalmennuksen toimintaympäristön tunteva lukija voi päätellä, ovatko tulokset siirrettävissä siihen.

Pysyvyys tarkoittaa sitä, voidaanko samat tulokset saada esille jos tutkimus toteutetaan jonain toisen ajankohtana (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.) Menetelmänä fokusryhmähaastattelu soveltui hyvin kehittämistyöryhmän haastattelemiseksi, ja se käynnisti toivotulla tavalla kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen kehittämistyön. Kehittämistyöryhmän jäsenten haastattelu voidaan toteuttaa uudestaan samoilla teemoilla, mutta tulokset voivat olla toisenlaiset, koska ryhmän jäsenten kulttuurinen tiedostaminen on voinut vuosien kuluessa kehittyä. Tämän haastattelun tulokset kuvaavat haastatteluun

osallistuneiden kehittämistyöryhmän jäsenten näkemyksiä ja kokemuksia tutkimusaiheesta.

Kulttuurisensitiivisyyden huomioiminen haastatteluissa

Somalinaisten ja kehittämistyöryhmän haastattelut kuvataan niin, että aiheen tunteva lukija voi itse päätellä kuinka hyvin *kulttuurisen sensitiivisyyden* periaate toteutuu haastattelutilanteissa, aineiston analyysissä ja tulosten esittämisessä.

Somalinaisten haastattelun suunnittelussa ja haastattelutilanteissa otettiin huomioon somalinaisten kielitaito, kulttuuriset arvot, yksilölliset tarpeet, soveliaisuussäännöt ja tapa kommunikoida (Papadopoulos 2006; Abdelhamid ym. 2009).

Kulttuurinen sensitiivisyys pyrittiin varmistamaan haastattelutilanteissa huomioimalla haastattelutilanteissa seuraavat asiat: vuorovaikutuksen onnistuminen, empatia, somalinaisten kunnioittaminen ja erilaisuuden hyväksyminen (Papadopoulos 2006; Abdelhamid ym. 2009).

Koska kulttuurien välisessä viestinnässä on paljon tahattomia väärynmärryksen riskejä, toteutettiin haastattelutilanteet haastateltavia kunnioittaen ja tarkkaan kuunnellen. Haastattelutilanteille varattiin myös riittävästi aikaa ja rauhaa. Haastatteluihin osallistuneita ei kohdeltu samalla tavalla vaan jokaista kullekin sopivalla tavalla. Erilaisuus haastattelutilanteissa nähtiin voimavaraksi.

Kulttuurisen sensitiivisyys edellyttää myös, että aineiston analyysissä tehdyt ratkaisut kuvataan niin, että ne vastaavat mahdollisimman aidosti tutkimukseen osallistuneiden somalinaisten ja kehittämistyöryhmän jäsenten omia käsityksiä tutkimusilmiöstä. Tämä edellytti sitä, että tutkija pyrki tietoisesti pääsemään pois omakulttuurikeskeisyydestä eli omaan kulttuuriin sopivien ajattelumallien soveltamisesta toiseen kulttuuriin.

9.2.3 Kehittämistyön aikana kerätyn laadullisen aineiston luotettavuus

Myös kehittämistyön aikana kerätyn aineiston luotettavuuden arvioinnissa käytetään laadullisen tutkimuksen arviointikriteereitä: 1) uskottavuus eli totuusarvo (credibility), 2) vahvistettavuus (confirmability), 3) pysyvyys (dependability) ja 4) siirrettävyys eli sovellettavuus (transferability) (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014) sekä kulttuurisen sensitiivisyyden periaatetta (Papadopoulos 2006; Abdelhamid ym. 2009).

Uskottavuuden lisäämiseksi kehittämistoiminnan aikana hyödynnettiin aineiston keruussa monimentelmällisyyttä. Aineistoa kerättiin kokousmuistioiden, kehittämistyöryhmän ja pilotointien toteuttajien tuottaman kirjallisen aineiston sekä kehittämistyöryhmän kirjallisen itse- ja vertaisarviointien avulla. Kehittämistyöryhmän tuottamasta kirjallisesta perhevalmennusohjelmasta palautteet kerättiin tutkijan tuottaman kyselylomakkeen avulla.

Uskottavuus liittyy myös kehittämistyön aikana kerätyn aineiston laatuun. Tutkija kirjoitti mahdollisimman tarkat muistiinpanot kehittämistyöryhmän kokouksista. Itse- ja vertaisarviointit tuottivat melko suppeasti, mutta totuudenmukaista tietoa kehittämistyöryhmän jäsenten näkemyksistä ja kokemuksis-

ta. Pilotoinneista kerätty aineisto oli riittävän syvää, mutta tutkija osallistumisen pilotointeihin olisi antanut tutkijalle vielä syvällisempää ymmärrystä pilotoitien kulusta. Tutkija varmisti pilotoinneista kirjoitettujen raporttien sisällöt keskustelemalla pilotoitien toteuttajien kanssa henkilökohtaisesti. Kirjallisen perhevalmennusohjelman arviointiin käytettyä lomaketta ei esitettävä ennen lomakkeen varinaista käyttöönottoa, mutta sillä saatiin selkeitä vastuksia kyselyyn osallistuneilta.

Vahvistettavuuden arvioimiseksi tutkimusprosessi kuvataan niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.) Kaikista kehittämistyön aikana kerätyistä aineistoista saadut tulokset pyrittiin kuvaamaan niin, että lukija ymmärtää, millaisen analyysin keinoin tulokset on saatu aikaiseksi. Kaikki tutkijan tekemät tulkinnat perustuvat kerättyihin aineistoihin. Autenttisten lainausten avulla pyritään vahvistamaan tulosten luotettavuutta.

Siirrettävyydellä viitataan siihen voidaan toimintatutkimuksen tuloksia yleistää tai soveltaa (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014). Toimintatutkimuksen tuloksia ei voida yleistää. Tiedon sovellettavuuden arvioimiseksi ryhmähaastattelun olosuhteet kuvataan niin, että perhevalmennuksen toimintaympäristön tunteva lukija voi päätellä, ovatko tulokset siirrettävissä vastaavanlaisiin tilanteisiin.

Pysyvyydellä laadullisen tutkimuksen arviointikriteerinä viitataan siihen, voidaan samat tulokset saada esille jos tutkimus toteutetaan jonain toisen ajankohtana (Lincoln & Cuba 1985; Polit & Beck 2014.) Tämän tutkimuksen tutkimusasetelma on mahdollista siirtää toiseen vastaavanlaiseen kontekstiin huomioiden kaikki kehittämistoimintaan ja sen aikana kerättyihin aineistoihin ja niistä analysoituihin tuloksiin vaikuttaneet tekijät. Voidaan myös olettaa, että tutkimuksen tuloksissa nousi esille sellaisia asioita, jotka saattaisivat toistua myös yleisemmän tason tarkastelussa.

9.2.4 Monimenetelmällisyyden anti luotettavuudelle

Tässä tutkimuksessa hyödynnettiin eli monimenetelmällisyyttä (multi method) eli menetelmätriangulaatiota (method triangulation) (Sparatt, Walker & Robinson 2004). Tutkimuksessa somaliperheiden perhevalmennustarpeita kartoitettiin terveydenhoitajien, kätilöiden ja somalinaisten näkökulmista. Aineiston keruussa käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä (taulukko 28). Raportin tulososiossa tulokset kuvattiin erikseen ja ne yhdistetään, niiltä osin kuin se oli mahdollista, tutkimuksen lopussa tuloksia pohdittaessa (luku 10). Moninäkökulmaisuus soveltui hyvin tähän tutkimukseen, koska somalinaisten ongelmat ovat monisyiset ja perhevalmennuksen konteksti kompleksinen. Monimenetelmällisyys mahdollisti somalinaisten perhevalmennustarpeiden ja perhevalmennuksen tarkastelun laajasti, eri toimijoiden ja valmennukseen osallistuvien somalinaisten ja perheiden näkökulmasta. Monimenetelmällisyys mahdollisti erilaisten menetelmien käytön myös kehittämistyön aikana. Laadullisten aineistojen avulla oli mahdollista tuottaa tietoa terveydenhoitajien, kätilöiden, somalinaisten ja kaikkien kehittämistyöhön osallistuneiden

den näkökulmasta. Kyselyn avulla saatiin esille tietoa suuremman ihmisjoukon, tässä terveydenhoitajien ja kätilöiden, toiminnasta tai näkemyksistä. Monimenetelmällisyys toi esille eroja ja yhtäläisyyksiä näkemyksissä perhevalmennuksen kohderyhmästä, tavoitteista ja perhevalmennuksen toteuttamisesta ja menetelmistä.

Haasteena monimenetelmällisyydessä oli kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen lähestymistavan erilaiset lähtökohdat. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostui otoksen määrittely, numeerinen mittaaminen, tutkijan ja tutkittavien välinen etäinen suhde ja yleispätevyyden tavoittelu. Kvalitatiivinen tutkimus edellytti puolestaan yksilöllisyyttä ja tutkimusasetelmien joustavuutta sekä tutkijan ja tutkittavien läheistä suhdetta. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit eroavat myös toisistaan (luku 9.2.1 ja luku 9.2.2).

9.3 Toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointia

Koska tämä tutkimus, alkukartoituksessa käytetyistä menetelmistä huolimatta, edustaa toimintatutkimusta, tutkimuksen kokonaisuutta arvioidaan toimintatutkimuksen kriteereiden avulla. Toimintatutkimuksissa on käytetty hyvin erilaisia tapoja arvioida luotettavuutta (Hopia ym. 2004). Arviointia on tehty muun muassa tiedonkeruun ja aineiston analyysin (Kontio 2000), projektijohdattamisen (Routasalo & Arve 2002), laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereiden (Loppela 2004) ja tutkijan roolin (Flinck 2005) näkökulmista. Hopia (2004) arvioi toimintatutkimuksensa luotettavuutta tutkimusprosessin ja grounded theory- menetelmään liittyvien luotettavuuskysymysten kautta. Kriteereinä hän käytti osallistujien voimaantumista, tutkimustulosten hyödyllisyyttä, tutkimuksen johdonmukaisuutta ja seurauksia työyhteisössä sekä ja tutkijan roolia (Bradbury & Reason 2004). Sormunen (2012) arvioi tutkimuksensa luotettavuutta kuuden arviointikriteerin kautta: tutkimuksen suunnittelu, mukaan lukien mittareiden kehittäminen ja pilotointi, aineiston keruu, intervention suunnittelu, prosessin arviointi, yleistäminen ja tulosten levittäminen sekä osallistujien rooli. Kriteerivalintojaan hän perusteli sillä, että toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida toteutuneen toiminnan ja osallistujien itsemääräämisoikeuden näkökulmista (Swantz 2008; Kingdon ym. 2009; Creswell & Palano Clarck 2011).

Hopia ym. (2004) viittaavat artikkelissaan Watsoniin (2003), jonka mukaan toimintatutkimus ei täytä tieteellisyyden vaatimuksia, koska toimintatutkimuksessa tutkija on läsnä subjektina vaikuttamassa tutkittaviin toimimalla heidän kanssaan yhteistyössä. Turusen ym. mukaan (2008) osallistavan toimintatutkimuksen luotettavuuden tarkastelu perustuu samoihin kriteereihin kuin tutkimuksessa yleensä kohdentuen tutkimusprosessiin ja prosessin aikana toteutettuihin tutkimuksiin.

Tässä raportissa toimintatutkimuksen aikana kerättyjen alkukartoitusaineistojen luotettavuutta tarkasteltiin edellisessä luvussa (luku 9.2) laadullisen ja määrällisen tutkimuksen kriteerein. Toimintatutkimuksena edenneen perhe-

valmennusohjelman kehittämistä arvioidaan seuraavissa alaluvuissa viidestä näkökulmasta: 1) katalyyttisen, 2) dialogisen, 3) demokraattisen ja 4) prosessi-validiteetin (Herr & Anderson 2005) sekä 5) historiallisen jatkuvuuden (Heikkinen ym. 2007) näkökulmista.

9.3.1 Katalyyttinen validiteetti

Katalyyttinen validiteetti (catalytic validity) kuvaa sitä, miten tutkimus- ja kehittämisprosessi onnistui ohjaamaan tutkittavien huomion muutoksen kohteena olevaan kehittämiskohteeseen ja muuttamaan sitä (Herr & Anderson 2005).

Kirjallisen perhevalmennusohjelman kehittämisen katalyyttina toimivat useat tekijät. Yksi tärkeimmistä kehittämistyön katalyyteista oli se, että kehittämisryhmään valikoitui sellaisia henkilöitä, joilla oli kokemusta monikulttuurisesta terveydenhoito- ja hoitotyöstä, somaliasiakkaista ja perhe- ja synnytysvalmennuksesta.

Kehittämistyön käynnistämisen katalyyttina käytettiin kehittämistyöryhmälle toteutettua fokusryhmähaastattelua sekä alkukartoitusten tuloksia. Kehittämisryhmän haastattelu näytti ohjaavan ryhmään osallistuneiden huomiota kehittämiskohteeseen. Terveystoimijain ja kättilöiden kyselyaineiston ja somalainien haastatteluaineiston alustavien tulosten esittely vaikutti stimuloivan ryhmän jäsenten välistä keskustelua ja reflektointia.

Somalitaustainen kättilö pyrki toimimaan kehittämistyöryhmässä kulttuuritulkkina. Somalitaustainen kättilö kertoi ryhmälle, mitä somalainiset ja -perheet ajattelevat perhevalmennuksesta ja sen sisällöistä sekä käytännön järjestelyistä. Ideana oli auttaa kehittämistyöryhmän jäseniä ymmärtämään paremmin somalikulttuuria. Tässä ei kuitenkaan täysin onnistuttu, koska kehittämistyöryhmän kokoonpano ei ollut tasapainoinen. Työryhmään olisi tarvittu enemmän somaliyhteisön edustajia. Heitä ei kuitenkaan saatu enempää mukaan työryhmään yrityksistä huolimatta.

Tutkija pyrki myös itse toimimaan kehittämistyön katalyyttina osallistumalla perhevalmennusohjelman kehittämiseen ryhmän yhtenä aktiivisena jäsenenä. Perhevalmennusohjelman osien pilotointien uskottiin mahdollistavan somalainien kokemusten huomioon ottamisen kehittämistoiminnassa. Pilotoinnit toteutettiin, mutta niistä saatiin melko vähän asiakaslähtöistä sisältöä kehittävästä palautteesta. Pilotoinnit toivat perhevalmennuksen kuitenkin lähemmäksi somalainien arkea, ja niistä saadut tulokset olivat rohkaisevia.

Myös osallistava johtaminen näytti toimivan katalyyttina. Se vaikutti tukevan ryhmän jäseniä sekä heidän sitoutumistaan kehittämistoimintaan. Kehittämistyön katalyyttina toimi myös ryhmän jäsenten roolien tunnistaminen ja vastuiden jakaminen perhevalmennusohjelman sisällön suunnittelussa. Tutkijan havaintojen perusteella yksi tärkeimmistä katalyyteista kehittämistyössä oli ryhmän jäsenten omien ajatusten huomioiminen ja mahdollisuus reflektoida vapaasti.

Viitteitä oli myös siitä, että kehittämistyöryhmällä oli vaikeuksia irtautua omasta ammatillisesta ja kulttuurisesta taustasta sekä järjestää riittävästi aikaa kehittämistyötä varten.

9.3.2 Dialoginen validiteetti

Toimintatutkimuksessa dialogisella validiteetilla (dialogic validity) viitataan tutkimuksen aikana toteutuneeseen dialogiin vertaisten kanssa (Herr & Anderson 2005).

Tutkimusraportissa kuvatut dialogit ankkuroituvat lujasti perhevalmennusta kehittäneen työryhmän kokouksissa käytyihin keskusteluihin. Tutkija ohjasi ryhmän jäsenten välistä keskustelua ja antoi kokouksissa avoimelle ja keskustelulle ja reflektoinnille runsaasti tilaa. Kehittämistyöryhmän jäsenet ja pilotointien toteuttajat olivat aidosti kiinnostuneita somaliperheistä, ja heillä oli kykyä olla vuorovaikutuksessa ja kommunikoida keskenään.

Dialogissa taitavalla keskustelijalla on kyselevä ja tutkiva ote. Aktiivinen, osallistuva kuuntelu on myös tärkeää. Vuorovaikutuksen tavoitteena on pikemminkin selittää asiaa muille kuin taistella oman näkökulman puolesta. (Bohm 1996.) Kehittämistyön aikana käydyt dialogit olivat ajoittain onnistuneita, mutta niihin liittyi myös haasteita. Tutkijan tekemien havaintojen perusteella kehittämistyöryhmän jäsenillä oli kyky kuunnella toisten ajatuksia ja kärsivällisyyttä pysyä dialogissa. Ajoittain ryhmän yksittäiset jäsenet pyrkivät kuitenkin puolustamaan omia ajatuksiaan pikemminkin kuin näkemään asioita mahdollisimman monesta eri näkökulmasta. Jälkeenpäin ajateltuna tutkija olisi voinut tehokkaammin edistää ryhmän jäsenten esittämien ajatusten tietoista tarkastelua kysymällä ryhmältä esimerkiksi ”Mitä te muut ajattelette tuosta, mitä X sanoi?” tai ”Mitä ajattelet käymästämme keskustelusta?”

Onnistunut dialogi vaatii osallistujiltaan avoimuutta ja ennakkoluulottomuutta sekä kykyä kuunnella ilman, että yrittää vakuuttaa toisille omaa näkökulmaansa (Bohm 1996). Kehittämistyöryhmän jäsenet arvioivat omia sekä vertaistensa tuottamia perhevalmennusteemoja. Arvioinnit näyttivät edistävän kokonaiskuvan saamista kehitteillä olevasta kirjallisesta perhevalmennusohjelmasta. Niiden avulla pystyttiin välttämään myös päällekkäisyyksiä asiasisällöissä. Tutkijan havaintojen mukaan myös arviointien tuloksista keskusteltaessa osa ryhmän jäsenistä pyrki pikemminkin puolustamaan omaa tuotostaan kuin ottamaan palautteita vastaan ja katsomaan tuotostaan uudesta näkökulmasta.

Dialogin luonteeseen kuuluu, että keskustelun edetessä aiheen sisältö ja merkitys syvenevät. Dialogissa kaikki osallistujat hyötyvät syntyvästä keskustelusta (Bohm 1996). Ryhmän itsearviointien perusteella keskustelut lisäsivät kehittämistyöryhmän jäsenten ymmärrystä somalinaisten perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisestä perhevalmennuksesta.

9.3.3 Demokraattinen validiteetti

Demokraattista validiteettia (democratic validity) voidaan arvioida sen perusteella, millaista yhteistyötä kehittämistoiminnan aikana tehtiin (Herr & Anderson 2005). Tässä tutkimuksessa perhevalmennusta kehitettiin yhdessä somalinaisten, terveydenhoitajien ja kättilöiden sekä kättilöopiskelijoiden kanssa.

Terveydenhuollossa työskentelevät yhdyshenkilöt toimivat tutkijan ja työyhteisöjen välisenä linkkinä tutkimuksen käytännön asioissa. He auttoivat

tutkijaa hankkeeseen liittyneiden kartoitusten toteuttamisen lisäksi perhevalmennuksen kehittämistyöryhmän perustamisessa. Yhdyshenkilöt valitsivat kehittämistyöryhmään sellaisia kättilöitä ja terveydenhoitajia, joilla oli monikulttuurisen äitiyshuollon kokemusta ja osaamista.

Kehittämistyöryhmän muodosti 4 terveydenhoitajaa ja 2 kättilöä. Toinen kättilöistä oli somalitaustainen Suomessa kättilökoulutuksen saanut nainen. Demokraattista validiteettia olisi lisännyt se, että kehittämissryhmässä olisi ollut mukana enemmän somaliyhteisön edustajia. Yhden somaliyhteisön jäsenen vaarana kehittämistyöryhmässä oli se, että hänen mielipiteitään ei oteta riittävästi huomioon päätöksiä tehtäessä.

Tutkijan näkemyksen mukaan kehittämistyöryhmän jäsenten yhteistyö oli sujuvaa. Suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuivat kaikki kehittämistyöryhmän jäsenet. Tältä osin demokraattinen validiteetti on hyvä.

Kehittämistyöryhmän mielestä työnantajat eivät antaneet riittävästi resursseja kehittämistoimintaan. Aikaa oli annettu ainoastaan kokouksia varten. Tilannetta pyrittiin korjaamaan ottamalla perhevalmennusohjelman pilotointeihin mukaan kättilöopiskelijoita. Kättilöopiskelijoiden rekrytoinnista pilotointien toteuttajiksi tehtiin kokouksessa demokraattinen päätös.

Pilotointien suunnittelu ja toteuttaminen jäivät tutkijan ja yhden kehittämistyöryhmään kuuluneen terveydenhoitajan sekä tutkijan ohjaamien kättilöopiskelijoiden vastuulle. Kehittämistyöryhmään kuulunut terveydenhoitaja ja kättilöopiskelijat saivat pilotointeihin mukaan moskeijan, maahanmuuttajatyötä tekeviä tahoja ja useita pääkaupunkiseudulla asuvia somalinalaisia.

Palautteet valmennukseen osallistuneiden somalinalaisten vahvuuksista, heikkouksista, uhkista ja mahdollisuuksista nostivat esille pilotointeja toteuttanut terveydenhoitaja ja kättilöopiskelijat. Demokraattista validiteettia olisi lisännyt se, että arviointia pilotoinneista olisi kerätty somalinalaisilta itseltään.

Tutkija sai kirjallisen perhevalmennusohjelman kehittämiseen mukaan kirjantoimittajan, valokuvaajan ja graafikon. Tutkija tuotti kehittämistyöryhmän tuottamasta kirjallisesta perhevalmennusohjelmasta oppikirjan. Tutkija valitsi valokuvaajan tuottamat kuvat ja neuvotteli graafikon ja kirjantoimittajan kanssa kirjan ulkoasusta. Kehittämistyöryhmän jäsenet osallistuivat tähän vaiheeseen antamalla tietoisien suostumuksen kirjan toimittamisesta ja osallistumalla työryhmän tuottaman kirjan arviointiin.

Tutkija kutsui tutkimuksen ohjausryhmään organisaation yhdyshenkilöiden lisäksi kaksi monikulttuurista työtä tekevää henkilöä, jotka ovat ansioituneet monikulttuurisen tutkimuksen alalla. Heidän tehtävänään oli tukea perhevalmennuksen kehittämistä ja auttaa perhevalmennusteemojen testaamisen järjestelyissä sekä osallistua lopullisen kehittämistyöryhmän tuottaman perhevalmennusohjelman arviointiin. Yhteistyö ohjausryhmän jäsenten ja tutkijan välillä muodostui "väljäksi". Onnistunut yhteistyö olisi edellyttänyt ohjausryhmän säännöllisiä kokoontumisia ja ohjausryhmän todellista sitoutumista hankkeeseen. Koska kokouksia ei pidetty, ei ohjaus- ja projektiryhmän välillä syntynyt riittävästi tiedon ja mielipiteiden vaihtoa eikä myöskään hankkeen toimintaa ohjaavia päätöksiä. Palautetta ohjausryhmältä saatiin kehittämistyön

lopputuloksesta. Palautetta on mahdollista hyödyntää kehitettäessä jatkossa Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjassa kuvattua perhevalmennusohjelmaa.

9.3.4 Prosessivaliditeetti

Prosessivaliditeetissa (process validity) kysytään, missä määrin tutkimustehtävät ratkaistaan niin, että toiminta johtaa yksilöiden tai systeemien oppimiseen (Herr & Anderson 2005).

Tutkimus aloitettiin vuonna 2004 tarvekartoituksilla, koska haluttiin saada lisää tietoa somalinaisten perhevalmennustarpeista. Kehittämistyöryhmä koontui ja kehitti kirjallisen perhevalmennusohjelman syksyllä 2004 ja alkuvuodesta 2005. Kartoitusten tuottamia alustavia tuloksia esiteltiin kehittämistyöryhmälle ja käytettiin pohjatietona somaliperheille suunnatun kirjallisen perhevalmennusohjelman kehittämistyössä. Kartoitusten alustavien tulosten avulla myös motivoitiin kehittämistyöryhmän jäseniä kehittämistyöhön.

Keskustelujen perusteella kehittämistyöryhmällä oli kykyä keskustella somalinaisten erilaisuudesta ja pyrkimys ymmärtää heidän käyttäytymistään. Keskustelut auttoivat ryhmän jäseniä tarkastelemaan somalinaisten tarpeita eri näkökulmista. Tutkijan tekemää havaintoa tukevat kehittämistyöryhmän itsearviointien tulokset, joiden perusteella työryhmän jäsenten kiinnostus somaliäitejä ja -perheitä kohtaan lisääntyi kehittämistyön aikana. Kehittämistyöhön osallistuneet kokivat saaneensa lisää tietoa somaliperheiden taustoista, elämäntavoista ja käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Myös keskustelut somaliasiakkaiden kohtaamisesta, osallistumisesta ja ohjaamisesta lisäsivät kehittämistyöryhmän osaamista. Tällaista oppimista toimintatutkimuksessa parhaimmillaan juuri tavoitellaankin (Kemmis & McTaggart 1990; Masters 1995).

Kehittämistyöryhmän itse- ja vertaisarvioinnit sekä toteuttajien ja osallistujien antamat palautteet perhevalmennusohjelman pilotoinneista olivat rohkaisevia. Vasta ulkopuolisen asiantuntija-arviointien perusteella havaittiin, että kehittämistyöryhmä onnistui tuottamaan vain osaksi kulttuurisesti sensitiivisen somalinaisille soveltuvan perhevalmennusohjelman. Syynä tähän saattaa olla kehittämistyöryhmän jäsenten kulttuurisen kompetenssin (Gastro, Gota & Vega 1999; Huff & Kline 1999; Chin 2000) ja transnationaalisten taitojen puute (Koehn & Rosenau 2002; Sainola-Rodrigues 2007). Ulkopuolinen arviointiaineisto toi näkyväksi niitä kulttuurisidonnaisia haasteita, joita uuden perhevalmennusohjelman kehittämiseen sisältyy etenkin silloin, kun kehittämistyötä toteuttavista asiantuntijoista suurin osa on valtakulttuuria edustavia terveydenhuollon työntekijöitä. Arviointien perusteella uusi kirjallinen perhevalmennusohjelma perustuu vielä voimakkaasti suomalaisiin perhevalmennuskäytänteisiin. Siinä ei myöskään oteta riittävästi huomioon somalinaisten erityisyyttä.

Tutkijan kokouksissa ja haastatteluissa tekemien havaintojen perusteella kehittämistyöryhmän jäsenet olivat kuitenkin aidon kiinnostuneita somalinaisista ja osasivat olla vuorovaikutuksessa ja kommunikoida heidän kanssaan. Heillä oli tietoa somalinaisten ja perheiden erilaisuudesta ja samanlaisuudesta. Vaikutti myös siltä, että kehittämistyöryhmä tunsi kohderyhmän kulttuuritau-

taa ja pyrki ottamaan sen huomioon uudessa perhevalmennusohjelmassa, mutta ei vielä täysin tiedostanut omaa kulttuurisidonnaisuuttaan. Aikaisemman tutkimuksen mukaan omasta kulttuurisidonnaisuudesta vapautuminen on terveyskasvattajan vaikeimpia tehtäviä (Foster 1969; Laitakari 1992; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005).

9.3.5 Historiallinen jatkuvuus

Toimintatutkimuksessa tuotettu tieto ja toiminnan kehittyminen on aina sidottu johonkin historialliseen, poliittiseen ja ideologiseen kontekstiin. Historiallista jatkuvuutta voidaan arvioida sekä historiallisen yhteyden että kertomuksen näkökulmasta. (Heikkinen & Syrjälä 2007.)

Perhevalmennusta on Suomessa jo vuosikymmenten ajan tutkittu ja kehitetty yhtenäiskulttuurin näkökulmasta (Vehviläinen-Julkunen 1987; Leinonen ym. 1992; Vehviläinen-Julkunen & Teittinen 1993; Vehviläinen-Julkunen ym. 1995; Mikkanen 2000). Tässä tutkimuksessa perhevalmennusta kehitettiin pääkaupunkiseudulla asuvien somalainien näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin vuosina 2004–2008 pääkaupunkiseudulla, koska siellä asuu yli puolet Suomen maahanmuuttajista (Forsander 2012).

Tutkimus tuotti käytännönläheistä tietoa somalainien perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisen, monikulttuurisen perhevalmennuksen kehittämistä. Tutkimus tuotti tietoa myös siitä keskustelusta, jota tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien, kättilöiden ja somalainien sekä alan muiden asiantuntijoiden keskuudessa käytiin vuosina 2004–2008 somalainisille soveltuvasta perhevalmennuksesta.

Maahanmuuttajille suunnattujen palveluiden kehittämiseen vaikuttaa lainsäädännön, asetusten ja suositusten lisäksi yleinen asennoituminen maahanmuuttajiin. Tutkimuksessa pyrittiin ottamaan huomioon ne lait, asetukset ja suositukset, jotka olivat voimassa kehittämistyön aikana.

Tämän tutkimuksen alkuvaiheessa, vuosina 2004–2006, julkinen maahanmuuttokeskustelu vaikutti melko maltilliselta. Vuoden 2007 eduskuntavaalien ja vuoden 2008 kunnallisvaalien jälkeen maahanmuuttajia koskevan keskustelun sävy jyrkkeni. Keskusteluryhmissä ja internetin blokeissa alkoi väittely erityisesti muslimimaahanmuuttajien kulttuurista ja arvoista. Myös vuonna 2009 alkanut lama alkoi jyrkentää maahanmuuttajista käydyn keskustelun sävyä. Maahanmuuttoon kriittisesti suhtautuvat näkevät monikulttuurisuuden Suomessa huonommaksi vaihtoehdoksi kuin monokulttuurisuuden.

Vuonna 2013 maahanmuutosta käydyssä julkisessa keskustelussa esiintyy vielä paljon harhaluuloja. Yksi yleisimmistä harhakäsityksistä on se, että maahanmuuttaja tarkoittaisi samaa kuin pakolainen. Moni myös luulee, että sosiaalietuudet ovat se, mikä saa ihmiset muuttamaan Suomeen. Kritiikin ääni on maahanmuuttajia kohtaan koventunut (Jaakkola 2009; Tahkokorpi 2013; HS 21.9.2013.) Yhteiskunnan taloudellinen tilanne on yhteydessä maahanmuuttoon liittyvään sosioekonomisen uhkan kokemukseen. Sosioekonomiset uhkakuvat ovat puolestaan yhteydessä kielteisiin asenteisiin maahanmuuttajia kohtaan. Tämä näkyi jo 1990-luvun laman aikana, jolloin ulkomaalaisten maahanmuut-

toon liittyvät uhkakuvat yleistyivät sekä pääkaupunkiseudulla että muualla Suomessa. (Jaakkola 2009.)

Tämä tutkimus toteutettiin ajanjaksolla, jolloin maahanmuuttokeskustelu oli vielä maltillista, ja julkaistaan aikakautena, jolloin maahanmuuttoa koskevat mielipiteet ovat koventuneet. Historiallinen konteksti ja etenkin suhtautuminen maahanmuuttajiin vaikuttavat myös tähän tutkimukseen.

Tähän tutkimukseen vaikuttavat myös kehittämistyöhön ja sen tuloksen arviointiin osallistuneiden asiantuntijoiden omat näkemykset monikulttuurisuudesta ja vähemmistöryhmien oikeuksista, esimerkiksi monikulttuurisen perhevalmennuksen tarpeesta. Tämä näkyy tarkasteltaessa kartoitusten tuloksia, kehittämisprosessia ja sen tuloksena tuotettua kirjallista perhevalmennusohjelmaa. Kehittämisstyöhön ja sen tulokseen, kirjana toimitettuun ”Monikulttuuriseen perhevalmennusohjelmaan”, vaikuttivat myös kehittämistyöhön osallistuneiden koulutustausta sekä terveydenhuollon toimintaympäristö ja ajankohta, jona kehittämistyötä tehtiin.

Tämä tutkimus vahvisti näkemystä kulttuurista mielen ohjelmointina. Tällä tarkoitetaan sitä, että ihmiset kantavat mukanaan elämän aikana opittuja ajattelun, tuntemisen ja käyttäytymisen malleja. Ne ovat vakiintuneet yksilön mieleen, joten ihminen joutuu oppimaan niistä pois pystyäkseen oppimaan jotain totutusta poikkeavaa. Alkuperäinen oppiminen on helpompaa kuin poisoppiminen (Hofstede 1993).

9.4 Tutkijan positio toimintatutkimuksessa

Toimintatutkimuksessa tutkijan position tarkasteleminen on välttämätöntä tutkimuksen tuottaman tiedon arvioimiseksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tästä syystä tuon seuraavaksi esille niitä seikkoja, joita katson merkitykselliseksi lukijan tietää sekä henkilökohtaisesta elämänhistoriastani että tutkijan roolistani, jotta he voivat tarkastella tutkimukseni tuottamaan tietoa lähtökohdistani käsin. Tarkastelen positiotani seuraavista näkökulmista:

1. Miten henkilökohtainen elämänhistoriani on vaikuttanut ajatuksiini ja käsityksiini monikulttuurisuudesta?
2. Miten koulutukseni ja työkokemukseni on vaikuttanut ajatuksiini ja tutkimukseni tekemiseen?
3. Miten tutkijan positioni on vaikuttanut tämän tutkimukseni tekemiseen?

Miten henkilökohtainen elämänhistoriani on vaikuttanut ajatuksiini ja käsityksiini monikulttuurisuudesta?

Elämäkokemukseni ovat ohjanneet minua kiinnostumaan monikulttuurisesta toiminnasta. Synnyin viisikymmentäluvun lopulla. Tuolloin maailmassa elettiin vielä siirtomaavalan ja rotuerottelun aikakautta. Siirtomaavalta välittyi tietoisuuteeni siirtomaakauppojen välityksellä. Evakoiden kokemukset, jotka mullis-

tivat itärajan asukkaiden elämän, ovat siirtyneet minuun kertomusten kautta jo lapsuudessa. Kuulin lapsuudessani tarinoita isäni perheen evakkoretkestä. Isovanhempani olivat sodan seurauksena joutuneet pikaisesti jättämään kotiseutunsa, kotinsa ja lähes kaiken omaisuutensa ja pakenemaan Suomen Karjalasta Pohjois-Karjalaan, Joensuuhun. Isoäitini oli synnyttänyt yhden pojistaan evakkoretken aikana. Uskontotunneilla opin, että elämme monikulttuurisessa maailmassa, uskonto on osa kulttuuria ja muiden kulttuurien tuntemus vähentää ennakkoluuloja ja lisää suvaitsevaisuutta. Myöhemmin tietoisuuteeni nousivat myös yleiset globaalit väestö- ja ravinto-ongelmat sekä kansainvälisen solidaarisuuden ja rauhankasvatuksen sekä humanististen arvojen merkitys. Kesätyöpaikallani Joensuun leirintäalueella sain mahdollisuuden opetella kommunikoimaan englanniksi, ranskaksi, ruotsiksi ja saksaksi.

Miten koulutukseni ja työkokemukseni ovat vaikuttaneet ajatuksiini ja tutkimukseni tekemiseen?

Olen koulutukseltani sairaanhoitaja, kättilö ja terveystieteiden maisteri. Työskentelen hoitotyön lehtorina ammattikorkeakoulussa, kättilötutkinnossa. Koulutukseni aikana omaksuin humanistisen ihmiskäsityksen ja kokonaisvaltaisen terveysnäkömyksen. Olen opettanut raskauden aikaista ja synnytyksen jälkeistä hoitotyötä sekä perhevalmennusta kättilöopiskelijoille. Omaksumani hoitotyön ja terveyden edistämisen arvopohjan mukainen asenne näkyy tutkimuksessani. Terveystieteiden opettajana olen sisäistänyt konstruktivistisen oppimisenäkömyksen. Uskon, että oppimisen seurauksena syntyy uutta tai muuttunutta tietoa, jota voidaan testata käytännössä saadun uuden kokemuksen avulla ja muuttaa reflektion avulla. (Mm. Mezirow 1981.)

Olen työskennellyt Suomessa sairaanhoitajana, kättilönä ja opettajana sekä asiantuntijatehtävissä Mosambikissa, Vietnämässä, Malawissa ja Lesothossa. Olen ollut myös useina vuosina opettajavaihdossa Portugalissa, Sambiassa ja Malawissa. Kansainvälinen työkokemukseni on vahvistanut kulttuurista kompetenssiäni. Ulkomailla elin yhteisöllisissä kulttuureissa, joissa valtarakenteet ja hierarkiat olivat merkittävämpiä kuin Suomessa. Opin, että on tärkeämpää välttää ristiriitatilanteita kuin sanoa asiat niin kuin ne ovat. Havaittiin, että äänensävyt, ilmeet, eleet ja katseet ovat verbaalista viestintää tärkeämpiä. Kommunikoin englanniksi ja portugaliksi sekä tulkin välityksellä. Huomasin, että kehitysmaissa osallistuvaan toimintatutkimukseen asetettiin suuria toiveita, koska siinä yhteisö voi itse osallistua ja sitoutua kehittämistoimintaan.

Myös yliopistokoulutukseni on vaikuttanut tutkijan positiiooni. Suomeen palattuani tein pro gradu -tutkimukseni, jossa haastattelin Suomeen Somaliasta pakolaisina tai perheen yhdistämisen kautta muuttaneita raskaana olevia somalilaisia (Koski 2002). Mietin tuolloin, miten terveysneuvonnassa voitaisiin ottaa paremmin huomioon ihmisten samanlaisuus ja erilaisuus sekä maahanmuuton aikaansaamat haasteet. Pro gradu -tutkimukseni oli kimmoke myös tälle väitöskirjani aiheelle. Halusin kehittää ja tutkia kulttuurisesti sensitiivistä perhevalmennusta. Tutkimuskirjallisuuden mukaan juuri toimintatutkimus soveltuu parhaiten tähän tarkoitukseen.

Miten tutkijan positioni on vaikuttanut tämän tutkimukseni tekemiseen?

Tutkimusprosessin aikana tutkijan positioni vaihteli. Herrin ja Andersonin (2005) mukaan toimintatutkimuksessa tämä on mahdollista.

Tutkimussuunnitelmaa laatiessani olin ulkopuolinen tutkija. Tein katsauksen kirjallisuuteen ja muuhun lähdemateriaaliin. Rakensin tutkimuksen teoriaosuutta koko tutkimusprosessin ajan, koska tutkimuksen käynnistyessä aiheeseen liittyviä tutkimuksia ei vielä ollut riittävästi saatavilla. Määrittelin tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteet, tutkimustehtävät ja niistä johdetut alakysymykset. Täsmensin tutkimustehtäviä ja tutkimuskysymyksiä tutkimusprosessin aikana, koska en pystynyt tutkimuksen alkuvaiheessa ottamaan huomioon kaikkia tutkimustehtävän määrittelyyn liittyviä asioita.

Myös kartoituksia toteuttaessani olin ulkopuolinen tutkija. Laadin itse terveydenhoitajien ja kättilöiden kyselylomakkeen aikaisempien kyselylomakkeiden pohjalta ja testasin sitä sekä muokkasin kysymyksiä palautteen pohjalta. Suunnittelin somalinaisten haastatteluteemat ja kehittämistyöryhmän haastattelurungon. Haastattelin itse kolmea somalinaista. Loput viisi haastattelua toteutti kaksi kouluttamaani kättilöopiskelijaa. Toteutin itse kehittämisryhmän fokusryhmähaastattelun. Otin mukaan somalinaisten ja fokusryhmähaastattelun avulla kerätyn aineiston litterointiin kättilöopiskelijoita niin sanottuina tutkimusapulaisina. Kuuntelin itse kaikki haastattelunauhat ja tarkistin opiskelijoiden litteroinnit. Terveydenhoitajien ja kättilöiden aineiston analysointiin sain apua tilastotieteilijältä. Toteutin itse useaan kertaan kaikkien haastatteluaineistojen analyysin, jotta analyysi vastaisi paremmin aineistoa.

Kehittämistyöryhmässä olin ulkopuolinen tutkija ja toimin vastavuoroisesti sisäpiiriläisten kanssa. Muodostin ulkopuolisena tutkijana eri organisaatioiden nimeämien yhdyshenkilöiden valitsemista terveydenhoitajista ja kättilöistä kehittämistyöryhmän. Kutsuin ryhmään mukaan yhden somalitaustaisen kättilön. Tutkijana vastasin siitä, että toimintatutkimukselle asetetut tavoitteet saavutetaan. Vastuullani oli myös kehittämistyöryhmän jäsenten informointi, kokousten suunnittelu, kokouksiin kutsuminen, kokousten vetäminen ja muistioiden kirjoittaminen.

Ryhmän jäsenten tehtävänä oli tuottaa kirjallinen somaliperheille soveltuva perhevalmennusohjelma ja pilotoida se käytännössä. Kehittämistyöryhmässä olin yksi ryhmän jäsenistä. Osallistuin siis perhevalmennusohjelman sisällön kehittämiseen. Tämän positiovalinnan johdosta jouduin tutkimaan myös itseäni ja toimintaani kehittämistyön aikana.

Pilotointien aikana olin jälleen ulkopuolinen tutkija. Tarkoituksena oli, että kehittämistyöryhmän jäsenet toteuttavat pilotoinnit. Tämä ei kuitenkaan onnistunut, ja kehittämistyöryhmä päätti ottaa mukaan pilotointeihin kättilöopiskelijoita. Tutkijana vastuullani oli pilotointien suunnittelu ja toteuttajien ohjaus. Suunnittelin pilotointien arviointimenetelmät tarvittavan palautteen saamiseksi ja analysoin kerätyn aineiston. Tämä position valinta vaikutti siihen, ettei minulle kertynyt käytännön kokemusta pilotointien yksityiskohdista. Sain pilotointien yksityiskohdista tietoa keskustelemalla niistä pilotointien toteuttajien kanssa sekä lukemalla pilotoinneista kertyneen aineiston.

Tutkijana vastuullani oli myös kehittämistyöryhmän tuottaman kirjallisen perhevalmennusohjelman kokonaisuuden tuottaminen sekä perhevalmennusohjelman arviointien suunnittelu ja toteuttaminen. Tässä vaiheessa toimin yhteistyössä kirjantoimittajan, valokuvaajan ja graafikon kanssa. Uuden Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjan arviointiin osallistuivat sekä kehittämistyöryhmän jäsenet että ryhmän ulkopuoliset asiantuntijat. Tuotin arviointilomakkeen, mutta en itse arvioinut kirjaa. Kirjantoimittaja osallistui oppikirjan arviointien käytännön toteuttamiseen lähettämällä kyselylomakkeet ja kirjan lopukäyttäjille, opettajille ja perhevalmennuksen toteuttajille. Tutkijana analysoin ja raportoin arvioinneista kertyneet aineistot.

9.5 Tutkimuksen etiikasta

Tutkimuksen tekemisessä eettiset seikat ovat merkittävät (Flick, von Kardoff & Steinke 2004; Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimusetiikassa on kysymys useista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkimuksen tekijän on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen eettiset kysymykset huomioitiin tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa noudattamalla mahdollisimman hyvin tutkimukselle asetettuja eettisiä periaatteita (Kuula 2006; Clarkeburn & Mustajoki 2007; Leino-Kilpi & Välimäki 2009; 2012).

Tutkimussuunnitelman hyväksymisen (2003) jälkeen tutkimukselle myönnettiin tutkimusluvat Espoon ja Vantaan perusterveydenhuollosta ja Naistensairaalaista (2004). Organisaatioiden yhdyshenkilöt toimivat tutkijan ja työyhteisöjen välisenä linkkinä kaikissa tutkimukseen liittyvissä käytännön asioissa.

Kartoitusten ja toimintatutkimuksen tiedonantajia informoitiin suullisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja sen toteuttamisesta. Kaikkia tiedonantajia informoitiin myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen niin halutessaan. Kartoituksesta informoitiin myös kirjallisesti ja käytetyt tiedotteet käännettiin somalian kielelle. Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjan arviointilomakkeen yhteydessä tiedonantajille lähetettiin tiedote tutkimuksesta. (Liite A, 1)

Tutkimuksen eettisiä periaatteita olivat hyödyn tuottaminen somalinaisille ja perhevalmennuksen toteuttajille sekä ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkija oli tietoinen tutkimusaiheen kulttuurisensitiivisyydestä, tiedonantajien haavoittuvuudesta ja pilotointien toteuttajien haasteellisesta tehtävästä. Tutkija ja kättilöopiskelijat ja pyrkivät kunnioittavaan, sensitiiviseen ja empaattiseen käytökseen tiedonantajia haastatellessaan. Myös terveydenhoitaja ja kättilöopiskelijat, jotka toteuttivat pilotoinnit somalinaisista kootuille pienryhmille, pyrkivät perhevalmennustilanteissa toimimaan somalinaisia kunnioittavasti.

Tiedonantajien pienen määrän vuoksi tiedonantajien anonymiteettiä pyrittiin suojelemaan raporttia kirjoitettaessa (Kuula 2006). Tilastotieteilijä auttoi tutkijaa määrällisen aineiston analyysissä. Laadullista tutkimusaineistoa käsitte-

li tutkijan lisäksi kaksi kättilöopiskelijaa, jotka allekirjoittivat aineistoa käsitellessään vaitiolovelvollisuuslomakkeen. Kehittämistyöryhmä antoi kirjallisen suositumuksensa Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjan julkaisemisesta (liite B, 1). Kaikki kartoituksiin ja toimintatutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat tietoisia siitä, että tutkimuksen tuloksista julkaistaan väitöskirja.

Tutkimus kohdistui terveydenhoitajiin ja kättilöiden lisäksi Suomessa asuviin somalinoisin. Martikaisen (2009) mukaan maahanmuuttajiin kohdistuvassa tutkimuksen eettisissä periaatteissa korostuvat tieteellisen tutkimuksen vieraus, tutkijan ja tutkittavan välinen valta-asema ja metodologinen nationalismi. Tutkimuksen tiedonannossa huomioitiin se, että tieteellinen tutkimus saattoi olla outoa osalle tutkimukseen osallistuneista somalinoisista. Metodologinen nationalismi tuli esille aikaisempiin tutkimuksiin tutustumisen yhteydessä. Esimerkiksi angloamerikkalaisessa tutkimuksissa käytettiin käsitteitä "rotu" (eng. race), "valkoinen" (engl. white) ja "musta" (eng. black). Suomessa vastaava erottelu ei toimi. Suomalaisessa tutkimuksessa kategoriointi näkyi käsitteinä "suomalainen" ja "ulkomaalainen" sekä "maahanmuuttaja" ja "maahanmuuttajataustainen henkilö". Kansainvälisissä tutkimuksissa maahanmuuttajataustaista väestöä kuvattiin myös äidinkielen "ei-ruotsia puhuvat naiset" tai lähtömaan taloudellisen tilanteen perusteella "köyhistä maista Ruotsiin muuttaneet naiset". Edellä mainitut käsitteet pyrittiin ottamaan huolella huomioon tutkimuksen teoreettisessa osiossa.

Valtaväestöön kuuluva tutkija on vaikuttanut tiedon intressin lisäksi aineiston hankintaan ja siitä tehtyihin tulkintoihin. Tutkija huomioi, että aineiston hankinta somalinoisilta oli mahdollista vain henkilökohtaisen kontaktin avulla. Lisäksi huomioitiin se, että valtaväestöön kuuluva tutkija, haastattelijat ja perhevalmennusohjelman pilotoijat eivät ole koskaan lähtökohtaisesti neutraaleja, vaikka sellaisiksi prosessin aikana pyrkivätkin. (vrt. Martikainen 2009).

10 TULOSTEN JA KOKEMUSTEN POHDINTA

10.1 Kartoitusten tulosten tarkastelua

Tutkimus käynnistyi alkukartoituksilla, joiden avulla selvitettiin terveydenhoitajien ja kätilöiden, somalinaisten ja kehittämistyöryhmän jäsenten näkemyksiä somaliperheiden perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisestä perhevalmennuksesta. Terveydenhoitajilta ja kätilöiltä tietoa kerättiin kyselylomakkeella. Kartoituksessa haastateltiin myös somalinalaisia, koska terveydenhoitajat ja kätilöt eivät välttämättä ole somalinaisten perhevalmennustarpeiden ja kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen suhteen parhaita mahdollisia tiedonantajia. Kehittämistyöryhmälle toteutettiin fokusryhmähaastattelu.

Seuraavassa alaluvussa tarkastellaan kartoituksen tuloksia yhdistäen terveydenhoitajien ja kätilöiden sekä somalinaisten ja kehittämistyöryhmän näkemyksiä somalinaisten perhevalmennuksesta ja terveydestä sekä terveyden vaalimisesta.

10.1.1 Näkemykset perhevalmennuksesta

Kartoituksen tuloksissa oli havaittavissa eri vastaajaryhmien välillä sekä eroja että yhtäläisyyksiä näkemyksissä perhevalmennuksen kohderyhmästä, tavoitteista, perhevalmennuksen toteuttamisesta ja menetelmistä.

Perhevalmennuksen kohderyhmä

Somalinaisten mielestä perhevalmennus tulee kohdistaa pääasiassa ensisynnyttäjille ja heidän tukihenkilöilleen, joihin katsottiin kuuluvan sisar, äiti ja puoliso. Enemmistö terveydenhoitajista ja kätilöistä oli sitä mieltä, että perhevalmennus on kohdistettava sekä ensi- että uudelleensynnyttäjille. Isät voivat olla äitien kanssa samoissa ryhmissä, ja kaikissa ryhmissä on hyvä olla kerran mukana vastasyntynyt vauva. Myös kehittämistyöryhmän mielestä perhevalmennusryhmiin on hyvä saada mukaan sekä ensi- että uudelleensynnyttäjiä ja heidän tukihenkilöitään.

Kartoituksen aikana äitiyshuoltoa ohjeistettiin erilaisin suosituksin. Kartoitusten jälkeen suosituksia on muutettu. Äitiyshuollon asiantuntijaryhmän laatimissa suosituksissa (Viisainen 1999) korostetaan, että perhevalmennusta tarjotaan ensisynnyttäjille, monikkoperheille ja vähemmistöryhmille. Lastenneuvolaoppaan (STM 2004b) mukaan kunnissa tulee sopia pysyvä käytäntö vanhempainryhmätoiminnan mahdollistamiseksi vähintään ensimmäistä lastaan odottaville ja kasvattaville vanhemmille. Uudessa äitiysneuvolaoppaassa (Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013) suositellaan, että valmennusta tarjotaan ensi- ja uudelleen synnyttäjille, erityistuen tarpeessa oleville, uusperheille, joissa odotetaan lasta, sekä maahanmuuttajille.

Kartoituksen tuloksia saattaa selittää se, että perhevalmennukseen osallistuneet somalinaiset olivat omaksuneet vuoden 1999 lopulla julkaistun suosituksen (Viisainen 1999) ja 2000-luvun alussa julkaistun lastenneuvolaoppaan (STM 2004b) mukaisen näkemyksen perhevalmennuksen kohderyhmästä neuvolan työntekijöiltä. Voi myös olla, että heillä oli kokemusta vain synnytysvalmennuksesta. Tulosten mukaan terveydenhoitajien ja kättilöiden sekä kehittämistyöryhmän ja niiden somalinaisten, jotka eivät osallistuneet perhevalmennukseen, näkemykset valmennuksen kohderyhmästä olivat laajemmat kuin perhevalmennukseen osallistuneiden somalinaisten. Tätä tulosta saattaa selittää se, että terveydenhuollon työntekijät ovat tottuneet esittämään kehittämissuhteita ja somalinaisten näkemyksiin ei vaikuttanut heidän käytännön kokemuksensa olemassa olevasta perhevalmennuksesta.

Perhevalmennuksen toteuttaminen

Suuri enemmistö terveydenhoitajista ja kättilöistä oli sitä mieltä, että perhevalmennusta on parempi toteuttaa somaliperheille henkilökohtaisen ohjauksen aikana. Somalinaiset toivoivat, että valmennusta toteutetaan heille pienryhmissä. Kehittämistyöryhmän mielestä somaliperheille ei voida perustaa pelkästään somaliankielisiä valmennusryhmiä vaan somaliperheet voisivat osallistua valtaväestön perhevalmennustilanteisiin. Näissä tilanteissa somaliväestöön kuuluvat äidit olisi mahdollista "nostaa esiin" ja he voisivat "opettaa" valtaväestön naisia. Valmennuksessa olisi ryhmän mielestä hyvä käyttää tulkkia aina silloin, kun siihen on tarvetta. Esille nousi myös ehdotus neuvoloiden "avoimista ovista" ja tiukan aikataulutuksen höllentämisestä tai uudistamisesta. Lisäksi ehdotettiin, että neuvoloissa terveydenhoitajien tukena voidaan käyttää maahanmuuttajataustaisia hoitajia tai hoitajaopiskelijoita "kulttuuritulkkina", jotka välittävät tietoa somalikulttuurista perhevalmennuksen toteuttajille. Terveydenhoitajien ja kättilöiden mielestä perhevalmennus tulee toteuttaa somalin kielellä tai tulkin avustamana.

Terveydenhoitajien ja kättilöiden näkemykset siitä, että perhevalmennusta voidaan toteuttaa somalinaisille yksilöllisten neuvontatilanteiden aikana, olivat yllättävät. Jo 1990-luvun lopulla julkaistussa äitiyshuollon suosituksissa (Viisainen 1999) ja myöhemmin julkaistussa kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (STM 2007) sekä uusissa äitiyshuollon suosituksissa (Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013) suositellaan perhe-

valmennuksen toteuttamista pienryhmissä, jolloin vertaistuki mahdollistuisi. Terveysneuvontatilanteissa toteutettu valmennus ei mahdollista vertaistukea.

Kartoitusten tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä perhevalmennuksen sisältöjä, toteuttamista ja menetelmiä sekä neuvolan toimintakäytäntöjä ja perhevalmennuksen suosituksia.

Ehdotus avoimista ovista on vastakohta neuvolatyön vakiintuneille työmuodoille ja -menetelmille (vrt. puhelintunti ja ajanvarausvastaanotto) (STM:n selvityksiä 2005b). Ehdotus kulttuuritulkin hyödyntämisestä valmennuksessa on Chinin (2000) ja Heinon (2013) tutkimusten mukainen. Kulttuuritulkin avulla on mahdollista kehittää palvelujärjestelmän ja hoitohenkilökunnan kykyä tarjota monikulttuurisia perhevalmennusta somalinalaisille (Chin 2000). Myös Heinon (2013) mukaan vertaistukihenkilö, joka on saman kulttuurin edustaja, voi toimia perhevalmennukseen osallistuvien somalinaisten tukena, toisin sanoen ”sillanrakentajana” työntekijän ja asiakkaan välillä.

Kartoitusten mukaan somalinaisten ja perheiden huomioiminen voi olla pieniä tekoja, esimerkiksi somalinaisten kokemusten esille nostamista ja niistä oppimista. Toinen mahdollisuus on, että äitiys- ja lastenneuvolassa järjestetään erillisratkaisuuina maahanmuuttajaäideille äitikerhotoimintaa ja perhevalmennusta, niin kuin joissain kunnissa tehdään jo nykyään (Yliruka ym. 2012).

Yhdenvertaisessa yhteiskunnassa kaikilla raskaana olevilla naisilla tulee olla samanlaiset mahdollisuudet saada asiakaslähtöistä perhevalmennusta. Somaliperheiden ja valtaväestön perheiden samanlainen kohtelu perhevalmennustilanteissa ei takaa yhdenvertaisuutta, sillä somalinaisten ja -perheiden lähtökohdat ja mahdollisuudet ovat erilaiset kuin valtaväestön perheillä. (Vrt. Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21.)

Kartoituksissa nousi esille monikulttuurisen vuorovaikutuksen, kulttuurisen osaamisen ja organisatorisen tuen vaikutus perhevalmennukseen. Kulttuurisensitiivisen terveydenhuollon standardeissa täsmennetään kulttuuriosaamisen, monikulttuurisen vuorovaikutuksen ja kielitaidon sekä organisatorisen tuen kriteerit (Anderson ym. 2003; Rimpelä 2009). Standardien mukaan terveydenhuollossa asioiville maahanmuuttaja-asiakkaille on tarjottava tehokasta, ymmärrettävää ja kunnioittavaa hoitoa, jossa otetaan huomioon asiakkaiden kulttuurilähtöiset terveyteen liittyvät uskomukset ja käytänteet sekä kielitaito (Anderson ym. 2003).

Tutkijaryhmän Svensson ym. (2008) mukaan perhevalmennuksen osallistujat ovat toivoneet, että valmennus tarjoisi heille erilaisia vaihtoehtoja, joista voi valita itselleen sopivimman valmennuksen ikään kuin ”ruokalistalta”. Näin tarjotut perhevalmennustilanteet saattaisivat vastata entistä paremmin monimuotoisten suomalaisten perheiden tarpeita.

Perhevalmennuksen tavoitteet

Perhevalmennukseen osallistuneiden somalinaisten mielestä perhevalmennus valmentaa synnytykseen. Perhevalmennukseen osallistumattomien somalinaisten mielestä perhevalmennus valmentaa synnytyksen lisäksi lapsenhoitoon ja perhe-elämään. Heidän mielestään valmennukseen on liitettävä mahdollisuus

tutustua synnytyssairaalaan somalian kielellä. Valmennukseen osallistumattomat naiset kertoivat saaneensa kavereiltaan ristiriitaista tietoa synnytyksestä. He eivät myöskään voineet hyödyntää pienryhmissä toteutetun valmennuksen mahdollistamaa vertaistukea.

Lähes kaikkien terveydenhoitajien ja kätilöiden mielestä perhevalmennuksen tavoitteena on lisätä somaliperheiden raskauteen ja synnytykseen sekä vanhemmuuteen liittyviä tietoja ja poistaa somaliäitien synnytyspelkoja ja ennakkoluuloja. Vastaajien mielestä tietoa on lisättävä etenkin fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista raskauden aikana ja raskauden aikaisesta terveydenhoidosta, suomalaisen yhteiskunnan tukitoimista ja oikeudellisista kysymyksistä, ihmissuhde- ja sukupuoliasioista, parisuhteesta, lasten hoidosta ja kasvatuksesta. Suuri enemmistö terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että perhevalmennuksen keinoin voidaan lisätä myös somalinaisten itseluottamusta sekä naisina että äiteinä. Kartoituksen tulosten perusteella vain alle puolet terveydenhoitajista ja kätilöistä piti perhevalmennuksen tavoitteita melko tärkeinä.

Kehittämistyöryhmän mielestä perhevalmennuksen avulla voidaan vaikuttaa somaliäitien ja -perheiden voimavaroihin, elintapoihin ja terveystietämiseen, synnytykseen, imetykseen sekä vanhemmuuteen ja parisuhteeseen. Perhevalmennuksen keinoin voidaan tuottaa tietoa myös suomalaisesta hoitokäytännöstä. Perhevalmennuksen uskottiin vaikuttavan koko perheeseen. Kartoituksessa perhevalmennuksen tavoitteet nähtiin yksityiskohtaisempina kuin tuolloin voimassa olleissa suosituksissa (Viisainen 1999), joiden mukaan perhevalmennuksen tarkoituksena on tukea vanhemmuuteen valmentautumista ja synnytyksen onnistumista. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (STM 2007) on suositukset perhe- ja synnytysvalmennuksen sisältötoimista. Perhevalmennuksen tavoitteita toimintaohjelmassa ei tuoda esille, mutta siellä viitataan WHO:n hyväksymiin perinataalihoidon periaatteisiin, joissa mainitaan muuan muassa, että hoidon tulee olla kokonaisvaltaista, perhekeskeistä ja kulttuurista huomioivaa.

Uudessa äitiysneuvolaoppaassa, joka julkaistiin vuonna 2013, perhevalmennuksen tavoitteeksi mainitaan perheiden valmentaminen synnytykseen, imetykseen, lapsen hoitoon ja kasvatukseen sekä vanhemmuuteen. Tavoitteena on vahvistaa perhevalmennukseen osallistuvien tietoja ja taitoja lapsen hoidosta, vanhemmuudesta, terveydestä ja terveystottumuksista sekä edistää sikiön ja raskaana olevan naisen ja hänen perheensä terveyttä. Tavoitteena on myös tukea parisuhdetta sekä lapsen ja vanhempien välistä vuorovaikutusta, mahdollistaa perheille vertaistuki ja edistää perheiden keskinäistä vuorovaikutusta. (Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013.) Kehittämistyöryhmän näkemykset perhevalmennuksen tavoitteista ovat vuoden 2013 suositusten mukaiset.

Perhevalmennuksen menetelmät

Terveystenhoitajille ja kättilöille suunnatun kyselyn mukaan kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus on toteutettava keskustelemalla ja keskustelussa on vältettävä käyttämästä vaikeita sanoja. Myös haastateltujen somalinaisten ja kehittämistyöryhmän mielestä somalinaisten perhevalmennus tulisi toteuttaa keskustellen. Kehittämistyöryhmä korosti keskustelun lisäksi leppoisan tunnelman luomista ja ryhmän jäsenten tasavertaisuutta. Kehittämistyöryhmän mielestä perhevalmennuksessa on tärkeää myös kerrata ja varmistaa asioiden ymmärtäminen. Tutkimuksen osallistuneet somalinnaiset toivovat, että tiedon saannin lisäksi heillä olisi mahdollisuus perhevalmennuksen aikana esittää avoimesti itseään askarruttavia kysymyksiä perhevalmennuksen toteuttajille.

Myös aikaisemman tutkimuksen mukaan perhevalmennukseen osallistuvat naiset ja miehet haluavat 1) kuulla yksityiskohtia ja esittää kysymyksiä, 2) oppia keskustelemalla ja 3) jakaa kuulumisiaan vertaisten kanssa (Svensson ym. 2008). Terveystenhoitajien ammattilaisten mielestä lasta odottavien ja uusien vanhempien perhevalmennukseen liittyvät odotukset ja tarpeet liittyvät kolmeen asiaan: ”halutaan tietää, mitä tapahtuu”, ”ei haluta pelkästään kuunnella” ja ”halutaan saada oikeaa tietoa” (Svensson ym. 2007). Keskustelemisen lisäksi vaikeiden sanojen välttäminen, leppoisan tunnelman luominen, ryhmän jäsenten tasavertaisuus sekä asioiden ymmärtämisen varmistaminen ovat monikulttuurisen perhevalmennuksen ja yleisen terveystasatuksen periaatteiden mukaisia periaatteita (Frankish ym. 2007). Keskustelun valitsemista opetusmenetelmäksi tukee myös se, että perinteiseen somalikulttuuriin kuuluu islamilaisen elämäntavan lisäksi suullinen perinne (Suomen Somali -verkkosivusto 2013). Myös Laanisen ja Lukkan (2007) kuvamassa maahanmuuttajien perhevalmennuksen hyvässä käytännössä opetusmenetelmäksi valittiin keskustelu.

Onnistuneessa monikulttuurisessa terveydenedistämistilanteessa korostetaan dialogista vuorovaikutusta, tiedonsiirtoa ja yhteisymmärrystä. Dialogisessa vuorovaikutuksessa voidaan päästä yhteiseen näkemykseen asiakkaiden tarpeista, tavoitteista ja käytettävistä menetelmistä. (Koehn & Rosenau 2002; Sainola-Rodrigues 2007.) Dialogin onnistuminen mahdollistaa myös asiakkaiden kokonaisvaltaisen huomioimisen (Upvall ym. 2009).

Ensimmäisissä äitiyshuollon suosituksissa (Viisainen 1999) korostetaan, että vähemmistöryhmillä tulee olla mahdollisuus perhevalmennukseen kulttuurinsa ja oman kielensä puitteissa. Lisäksi mainitaan, etteivät pariskunnat kaipaa suoraa tiedon jakamista vaan ammattilaisten ja toistensa tukea. Uusissa äitiyshuollon suosituksissa (Klementti & Hakulinen-Viitainen 2013) perhevalmennuksen yhdeksi menetelmäksi nostetaan asiakaslähtöisyys. Kirjallisuuden mukaan asiakaslähtöisyyden keskeisenä ajatuksena on lähteä perhevalmennuksen suunnittelussa liikkeelle asiakkaiden tarpeista (Kiikala 2000; Kääriäinen ym. 2005). Asiakaslähtöisyys edellyttää yhteistyökykyä ja vuorovaikutustaitoja (Hägglund 2009). Asiakaslähtöisyyden mukaan jokaisella asiakkaalla on oikeus tulla kohdelluksi ainutlaatuisena yksilönä (Beach ym. 2006). Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) edellyttää hoitotyön olevan asiakaslähtöistä, koska se edistää voimaantumista, jonka on puolestaan havaittu lisäävän

asiakkaan ja hänen perheensä kykyä omaksua terveellisempiä elintapoja ja hoitaa sairautta (Wallerstein 2006).

Asiakaslähtöisyyden epäonnistuminen maahanmuuttajien terveyden edistämistilanteissa voi liittyä kommunikoinnin epäonnistumiseen (Degni ym. 2012) ja hoitohenkilökunnan kulttuurisen kompetenssin puutteeseen. Edellä mainitut aiheuttavat kohtaamistilanteissa pettymyksiä niin asiakkaille kuin työntekijöillekin (Degni 2004; STM 2007). Kommunikoinnin epäonnistuminen saa aikaan sen, että asiakaslähtöisten tarpeiden ja terveyteen liittyvien kulttuurilähtöisten voimavarojen tunnistaminen epäonnistuu (Frankish ym. 2007). Lisäksi yksilökeskeiseen ajattelutapaan tottuneen terveydenhuollon työntekijän voi olla vaikea ymmärtää asiakasta, jonka yhteisössä päätöksiä tekee joku muu kuin asiakas itse (STM 2004a).

Molemmissa äitiyshuollon suosituksissa (Viisainen 1999; Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013) perhevalmennus kuvataan oppimis- ja opetustilanteeksi (Nichols & Humenick 2000). Oppimislähtöinen ajattelu vastaa kysymykseen ”Mitä perhevalmennukseen osallistujan tulee osata” ja opetuskeskeinen ajattelu kysymykseen ”Mitä haluamme perhevalmennuksessa opettaa” (Candela ym. 2006). Perhevalmennuksessa oppimistilanteena korostetaan myös seuraavia asioita: 1) Perhevalmennuksen toteuttaja saa perhevalmennusta ohjaavien suositusten ja tutkimusten avulla selville yleisimpiä raskauksia, synnytykseen ja äitiyden varhaisvaiheeseen liittyviä perhevalmennustarpeita. 2) Osallistujien yksilöllisiä tarpeita saadaan esille käyttämällä opetustilanteissa yksilöllisiä lähestymistapoja (individualized approach) ja 3) osallistavia opetusmenetelmiä. (Nichols & Humenick 2000.)

Kartoitusten aikaan voimassa olleissa suosituksissa (Viisainen 1999), Lastenneuvola-oppaassa (STM 2004) ja Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (STM 2007) ei ole selkeitä suosituksia siitä, millaisin menetelmin perhevalmennusta olisi hyvä toteuttaa. Vasta vuonna 2013 julkaisussa neuvolaoppaassa (Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013) perhevalmennuksen menetelmiksi ja keinoiksi suositellaan asiakaslähtöisyyden lisäksi osallistavia opetusmenetelmiä, synnytysympäristöön tutustumista ja vertaistukea, joka toteutetaan workshop-tyyppisesti keskustelutilanteina äideille, isille ja perheille. Oppaassa suositellaan, että erilaisista kulttuuritaustoista tulevien parien kanssa otetaan rohkeasti puheeksi heidän näkemyksensä raskaudesta, terveystottumuksista, toimenpiteistä ja tutkimuksista. Lisäksi suositellaan, että ulkomailta muuttaneiden ja etnisten vähemmistöjen isiä rohkaistaisiin entistä enemmän osallistumaan perhevalmennukseen. Perhevalmennusta suositellaan järjestettävän tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan myös muulla kuin suomen kielellä tai tulkin välityksellä. (Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013.) Edellä mainitussa suosituksessa ei puhuta perhevalmennuksen kohdalla keskustelemisestä vaan puheeksi ottamisesta. Puheeksi ottaminen kannustaa terveydenhuollon työntekijöitä esimerkiksi kertomaan omasta huolestaan perhevalmennukseen osallistuville ja pyytämään apua huolen huojentamiseksi. Tällainen lähestymistapa kannustaa yhteistyöhön ja avaa dialogia sen sijaan, että työnte-

kijä määritteli tilannetta toisille ja heidän puolestaan. (Kasvun kumppanit 2013.)

10.1.2 Raskauteen liittyvät perhevalmennustarpeet

Kartoituksen tulosten perusteella kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus toteutuu parhaiten silloin, kun äitiyshuollon työntekijät ja somalalaiset keskustelivat avoimesti somalalaisten kanssa raskauteen liittyvistä positiivisista ja negatiivisista tunteista ja tuntemuksista, raskauden aikaisista vaivoista ja oireista sekä elintavoista ja terveystäytymisestä. Somalalaiset kokevat raskauden onnistuneeksi, jos sen aikana ei esiinny vaivoja ja oireita. Somalalaiset asettavat terveyden edistämässä vauvan edun etusijalle ja kuvaavat avoimesti haasteita, jotka liittyvät oman terveyden vaalimiseen. Tuloksia voidaan hyödyntää somalalaisten neuvonnassa.

Terveydenhoitajien ja kätilöiden sekä kehittämistyöryhmän mielestä somalalaiset tarvitsevat raskauteen ja raskauden aikaiseen terveydenhoitoon liittyvää perhevalmennusta. Kaikki somalalaiset eivät itse mieltäneet raskauteen liittyviä aiheita osaksi perhevalmennusta. Tästä huolimatta somalalaiset keskustelivat avoimesti haastattelun aikana raskaudestaan. Kun he kuvasivat raskauttaan, esille nousi sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Ne somalalaiset, jotka eivät osallistuneet perhevalmennukseen, kokivat raskauden negatiiviseksi, koska siihen liittyi erilaisia vaivoja (pahoinvointi, kylkikipu), sairauksia (gestaatiidiabetes, astma) ja oireita (alhainen tai kohonnut verenpaine, alhainen hemoglobiini, ennenaikainen supistelu). Tämän ryhmän vastauksista nousi esille kokemus ”pieleen menneestä” ja ”epäonnistuneesta” raskaudesta. Aikaisempien tutkimusten mukaan somalalaiset ovat oppineet ilmaisemaan erilaisia oireitaan kulttuurille sopivalla tavalla (Tiilikainen 2003; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Salmela 2004).

Suuri enemmistö kyselyyn vastanneista terveydenhoitajista ja kätilöistä arvioi, että somalalaisten terveys raskauden aikana on melko huono. Lähes kaikki terveydenhoitajat ja kätilöt arvioivat, että raskauden normaali kulku ja ympärileikkaus ovat tärkeitä aiheita somaliperheille suunnatussa perhevalmennuksessa. Lähes kaikkien terveydenhoitajien ja kätilöiden mielestä somalalaiset tarvitsevat erittäin paljon tai melko paljon perhevalmennusta myös fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista raskauden aikana sekä raskauden aikaisesta terveydenhoidosta.

Aikaisemmat tutkimusten tulokset somalalaisten raskauden aikaisista terveystiedoista ovat ristiriitaiset. Beinen ym. (1995) mukaan somalalaisten tiedot perinataalijan terveyteen vaikuttavista tekijöistä, myös ravitsemuksesta ja liikunnasta, ovat hyvät. Toisaalta somalalaiset uskovat, että vähentämällä syömistä raskauden aikana lapsi syntyy pienempänä, synnytyksestä tulee helpompi ja keisarileikkauriski pienenee (Essén ym. 2000).

Kätilöille ja lääkäreille suunnatun tutkimuksen mukaan raskauden aikaisessa perhevalmennuksessa on tärkeää luoda mielikuva tulevasta lapsesta, mutta myös lisätä tietoa elimistön biologisista prosesseista raskauden ja synnytyk-

sen aikana sekä roolien muuttumisesta (Ahldén ym. 2008). Tässä tutkimuksessa haastatelluilla somalalaisilla oli erittäin positiivinen mielikuva lapsestaan.

Kehittämisyhmän jäsenet korostivat, että somalainien raskauden aikaiset ongelmat liittyvät virheellisiin terveystietoihin, terveystottumuksiin ja -uskomuksiin ja elintapoihin sekä motivaation puutteeseen. Virheelliset elintavat, kuten yksipuolinen ja liikaenerginen ravitsemus ja liikunnan puute, aiheuttavat somalalaisille ylipaino-ongelmia. Kehittämistyöryhmä korosti, että somaliperheiden perhevalmennuksessa tulee käsitellä raskauden aikaisia elintapoja ja terveyskäyttäytymistä. Somalalaiset kuvasivat avoimesti raskauden kulkua, raskauden aikaista terveyttään ja elintapojaan raskauden aikana. Perhevalmennukseen osallistumattomat somalalaiset ilmaisivat tarvitsevana valmennusta raskaudesta ja terveyden edistämisestä raskauden aikana.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan lasta odottavat naiset haluavat kokonaisvaltaista, raskauden suunnitteluvaiheesta vanhemmuuteen asti yltävää perhevalmennusta (Holroyd ym. 2011). Odottavien äitien huolenaiheet raskauden aikana liittyvät 1) onnistumiseen ja epäonnistumiseen, 2) riskin ottamiseen, 3) tunteiden ”vuoristorataan”: on iloa, ahdistusta ja epävarmuutta, 4) tarpeeseen tietää, mikä on ”normaalia”, ja 5) tiedon ja tuen saamiseen niin, että lasta odottavat vanhemmat voisivat ”suoriutua raskaudesta hyvin” (Svensson ym. 2006). Myös suomalaisen tutkimusten mukaan lasta odottavat naiset horjuvat raskauden alettua positiivisten ja kielteisten tunteiden ristivedossa. Kielteisiä tunteita saavat aikaan raskauteen liittyvät vaikeudet, mutta myös synnytys saattaa pelottaa. (Paavilainen 2003.) Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan somalainien raskauden aikaiset ongelmat liittyvät voimakkaaseen raskaudenaikaiseen pahoinvointiin ja oksenteluun mutta myös yksinäisyyteen, etenkin jos heillä puuttuu sukulaisten antama tuki (Essén ym. 2000).

Kartoituksiin osallistuneet somalalaiset, jotka olivat osallistuneet valmennukseen, eivät liittäneet raskauteen valmentamista selkeästi osaksi perhevalmennusta. Tätä saattavat selittää Hassinen-Ali-Azzanin (2002) tutkimustulokset, joiden mukaan somalainien perinteisiin kuuluu vaieta raskaudesta ja valmentautua vain synnytykseen. Myös seksi on somaliassa tabu - asia, josta ei ole totuttu puhumaan. Raskaudesta vaietaan, koska se on näyttö siitä, että nainen on ollut sukupuoliyhteydessä. Joskus naiset salaavat raskauden myös perheenjäseniltään. Raskaana olevat naiset saattavat myös oudoksua kehossaan ja voimissaan tapahtuvia muutoksia. Toisaalta voi olla myös niin, että valmennukseen osallistuneet somalalaiset mielsivät perhevalmennuksen pelkästään synnytysvalmennukseksi, jos heillä oli vain sellaisesta kokemuksia.

10.1.3 Synnytykseen liittyvät perhevalmennustarpeet

Tulosten perustella somalalaiset tarvitsevat paljon synnytysvalmennusta. Synnytysvalmennuksen tavoitteet saavutetaan parhaiten silloin, kun valmennuksessa keskustellaan somalainien kanssa synnytyksen kulusta, hallinnan tunteesta, isän ja tukihenkilöiden merkityksestä sekä synnytyskipujen lievittämisestä sekä lääketieteellisin että luonnonmukaisin keinoin. Tulosten mukaan somalalaiset haluavat olla synnytyksen aikana aktiivisia toimijoita ja nauttia ensi-

hetkistä vastasyntyneen kanssa. Somalinaisten kokemukset paljastavat tarpeen tarjota somalinaisille tietoa myös synnytyksen aikaisista toimenpiteistä ja etenkin keskarileikkauksesta.

Haastatteluaineiston perusteella somalaiset keskustelevat mielellään synnytyksestä. Somalinaisten synnytyskokemukseen vaikuttivat perhevalmennukseen osallistuminen ja synnytyksen luonne. Synnytyksestä somalinaisille oli muodostunut sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Kaikkien haastattelujen somalinaisten asennoituminen alatiesynnytykseen oli positiivinen, ja heillä oli pyrkimys ylläpitää hallinnan tunne synnytyksen aikana. Hallinnan tunne menetettiin erilaisten synnytystoimenpiteiden ja yllättävän keisarileikkauksen takia. Haastatellut somalaiset arvostivat sekä luonnonmukaista että lääketieteellistä kivunlievitystä sekä kätilöltä ja puolisolta saatua tukea synnytyksen aikana. Somalaiset kuvasivat synnytyskipuja sekä fyysisinä että psyykkisinä tuntemuksina. Kipuja lievitti rauhoittuminen, jota edesauttoivat puolison tai tukihenkilön tarjoama tuki (kädestä kiinni pitäminen, selän hierominen, lämpöhoito) ja kätilön tarjoama tuki (lääketieteellinen kivunlievitys, keskustelu, ohjaus ja läsnäolo).

Perhevalmennukseen osallistuneiden somalinaisten positiivisissa synnytyskokemuksissa korostettiin raskauden suunnitelmallisuutta, omaa synnytyskompetenssia, lääketieteellistä ja ei-lääketieteellistä kivun leivytystä ja tuen saantia puolisolta, tukihenkilöltä ja kätilöiltä sekä myönteisiä tunteita, etenkin äitiyteen ”heräämistä” synnytyksen jälkeen. Ne naiset, jotka eivät osallistuneet perhevalmennukseen, liittyivät positiivisiin synnytyskokemuksiinsa edellisten lisäksi myös äidin ja vastasyntyneen ensikontaktin onnistumisen. Perhevalmennukseen osallistuneiden naisten negatiivisista synnytyskokemuksen kuvuksista nousivat esille valmistautumattomuus synnytyskipuihin, synnytyskompetenssin puute, hoitohenkilökunnan kiire, jolloin synnyttäjät eivät kokeneet tulleensa kuulluiksi, synnytystoimenpiteet (synnytyksen käynnistäminen tai hätäsektio), synnytyksen pituus ja viivästynyt äidin ja vastasyntyneen ensikontakti.

Perhevalmennukseen osallistumattomien naisten negatiiviset synnytyskokemukset liittyivät synnytyspelkoon, jännittämiseen, aikaisempiin traumaattisiin synnytyskokemuksiin, negatiivisen ja epätasa-arvoisen kohtelun pelkoon ja kieltämiseen eli kyvyttömyyteen ajatella etukäteen synnytystä. Osa haastatteluun osallistuneista somalinaisista pelkäsi keisarileikkausta.

Terveydenhoitajien ja kätilöiden mielestä somalinaisten äitiyteen liittyvät kokemukset (synnytyskokemus, vauvanhoitokokemus, imetyskokemus ja synnytyksen jälkeinen mieliala) olivat melko positiivisia. Korkein keskiarvo oli vauvanhoitokokemuksessa ja alhaisin synnytyskokemuksessa. Lähes kaikki terveydenhoitajat ja kätilöt olivat samaa mieltä siitä, että seuraavat aiheet ovat tärkeitä somaliperheille suunnatussa perhevalmennuksessa: raskauden normaali kulku, ympärileikkaus, kivun lievitys synnytyksessä, synnytys ja sen kulku, tieto tapahtumista synnytyssairaalassa ja sosiaalipalvelut ja etuudet.

Kehittämistyöryhmän mielestä somalaiset tarvitsevat paljon synnytysvalmennusta. Heidän mielestään ensi- ja uudelleen synnyttäjillä on erilaiset

valmennustarpeet. Somalinaiset ovat yleensä tyytyväisiä synnytykseen, mutta kokevat itsensä synnytyksen jälkeen kipeäksi. Kehittämistyöryhmän näkemyksen mukaan somalinaisilla on voimakkaampi tapa ilmaista synnytyskipua kuin suomalaisilla, mutta he toipuvat hyvin synnytyksestä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan etenkin ensimmäistä lastaan odottavia kiinnostavat synnytys ja kokemus synnytyksestä (Svensson ym. 2006). Tiedetään myös, että synnytyskokemuksen luonteeseen vaikuttaa osaltaan se, että synnytys fysiologisena tapahtumana on samanlainen kaikissa kulttuureissa. Synnytyskokemukseen vaikuttavat myös synnytykseen liittyvät asenteet, omat keinot hallita synnytyskipuja, kivun lievitys, synnytyspaikka, puolison ja kätilön tuki ja synnytykseen kohdistuneet odotukset. Synnytysasennot vaihtelevat eri kulttuureissa ja vaikuttavat synnytyskokemukseen. (Abdelhamid ym. 2009.) Liukkosen ym. (1998) mukaan synnytyskokemukseen vaikuttavat myös äitiyteen liittyvät asenteet ja muut henkilökohtaiset tekijät sekä valmentautuminen raskauteen ja synnytykseen, tukihenkilöiden mukanaolo synnytyksessä ja synnytystoimenpiteet. Vehviläinen-Julkusen ym. (1994) mukaan synnytyskokemukseen vaikuttavat naisen tieto synnytyksestä sekä synnyttäneisyys, synnyttäjän tunne tilanteen hallinnasta ja kokemus terveydenhuollon ammattilaisten toiminnasta. Tiedetään myös, että synnytyksen aikainen emotionaalinen, fyysinen ja tiedollinen tuki sekä naisen puolesta puhuminen vaikuttavat positiivisesti synnytyskokemukseen (McNiven ym. 1992; Gagnon & Waghorn 1996; Gale ym. 2001; Sauls 2006). Calais ym. (2010) korostavat puolestaan, että vanhemmat kokevat olevansa tyytyväisempiä synnytykseen ja vanhemmuuteen silloin, kun ihokontakti äidin ja lapsen välillä toteutuu heti synnytyksen jälkeen.

Aikaisempien tutkimuksien mukaan somalinaiset kuvaavat synnytyskipua fyysisenä tuntemuksena, johon tunteet eivät liity millään tavalla. Naisten mielestä kipua ja jomotusta voi tulla ja mennä, joten aina siihen ei tarvita minikäänlaista lääkitystä. (Finnström & Söderhamn 2006.) Somalinaisten keisarileikkauspelkoa on selitetty synnytyksen kokemisena ”elämän ja kuoleman” väliseksi asiaksi. Kuolemanpelkoa voi aiheuttaa myös leikkaus toimenpiteenä. Keisarileikkaus voi muistuttaa myös henkilöistä, jotka ovat kuolleet Somaliassa keisarileikkaukseen. Somalinaiset saattavat pelätä myös keisarileikkauksen jälkeistä kärsimystä. Sen uskotaan rajoittavan myös kotitöiden tekemistä, vaikuttavan lasten saantiin ja uuden raskauden ajoitukseen. (Essén ym. 2000; Chalmers & Hashi 2000; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003; Herrel ym. 2004). Kun suomalaiset naiset pelkäävät synnytystä, he haluavat keisarileikkauksen (Rouhe ym. 2007), kun taas haastatellut somalinaiset alatiesynnytyksen.

10.1.4 Synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät perhevalmennustarpeet

Tulosten perusteella somalinaiset ovat halukkaita keskustelemaan valmennuksessa aikaisemmista synnytyskokemuksistaan, synnytyksestä toipumisesta, toipumiseen liittyvistä tunteista ja mielialasta, vauvan hoidosta ja imetyksestä sekä vanhemmuudesta ja parisuhteesta. Tulosten perusteella äidin ja lapsen synnytyksen jälkeinen vointi, lapsen hoidon osaaminen sekä sosiaalinen tuki vaikuttavat somalinaisten selviytymiseen äitiyden varhaisvaiheessa.

Somalinaisten alatiesynnytyksen jälkeisen voinnin kokemukset olivat pääasiassa positiivisia. Sitä vastoin keisarileikkauksesta toipumista kuvattiin hitaaksi sekä negatiiviseksi kokemukseksi. Somalinaisten suhtautuminen lapseen ja lapsenhoitoon sekä imetykseen olivat positiivisia. Naiset kertoivat haluavansa imettää vauvaansa lapsen ehdoilla. Imetyksen uskottiin edistävän lapsen terveyttä ja vähentävän lapsen sairauksia sekä vahvistavan äidin ja vauvan välistä tunnesuhdetta. Somalinaisten mielestä tukea synnytyksen jälkeen tarvitsevat etenkin sellaiset äidit, joille lapsen hoitaminen on uutta, vauvan viestien tulkitseminen vaikeaa tai jos äiti on väsynyt lapsen yöheräilyn vuoksi tai masentunut ja tästä syystä vihainen.

Somalinaiset keskustelevalt avoimesti sekä synnytyksen jälkeisistä voimavaroista että ongelmista, jotka liittyivät lapseen ja lapsen hoitoon, imetykseen, vanhemmuuteen ja parisuhteeseen sekä omaan synnytyksen jälkeiseen vointiin. Somaliäitien selviytymiseen perheen arjessa vaikutti äidin ja vastasyntyneen vointi, lapsen hoidon osaaminen sekä sosiaalinen tuki lapsen isältä tai muilta perheen jäseniltä.

Perhevalmennukseen osallistumattomat somalinaiset ilmaisivat tarvitsevansa valmennusta lapsivuodeajasta, imetyksestä, vanhemmuudesta ja parisuhteesta sekä perheen arjesta selviytymisestä.

Terveydenhoitajien ja kättilöiden mielestä somalinaisten positiivisimmat synnytyksen jälkeiset kokemukset liittyivät vauvanhoitoon ja imetykseen. Suuri enemmistö terveydenhoitajista ja kättilöistä oli sitä mieltä, että somaliperheet tarvitsevat paljon perhevalmennusta ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksesta. Terveydenhoitajien ja kättilöiden mielestä somalinaiset tarvitsevat synnytyksen jälkeen vähiten konkreettista ja eniten emotionaalista tukea. Yli puolet vastaajista oli samaa mieltä siitä, että somaliäidit tarvitsevat paljon valmennusta myös suomalaisen yhteiskunnan tukitoimista ja oikeudellisista kysymyksistä, parisuhteesta, lasten hoidosta ja kasvatuksesta sekä itseluottamuksen lisäämisestä.

Kehittämistyöryhmän mielestä somalinaisilla on samanlaiset perhevalmennustarpeet kuin muillakin lapsiperheillä. Somalinaiset tarvitsevat neuvontaa etenkin vanhemmuuteen ja parisuhteeseen sekä imetykseen. Valmennuksessa on huomioitava somaliäitien voimavarat.

Synnytyksen jälkeiseen aikaan liittyvät kartoitusten tulokset ovat perhevalmennustarpeiden osalta samansuuntaisia aikaisempien somalinaisiin kohdistuneiden tutkimusten kanssa (Beine ym.1995; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003; Degni ym. 2006). Aikaisempien tutkimusten mukaan perhevalmennukseen on varattava entistä enemmän aikaa perheiden kasvua ja kehitystä, vanhemmuuteen kasvua (Palonemo 2000; Svensson ym. 2006; Ahldén ym. 2008; Steen, Downe & Graham-Kevan 2010) sekä parisuhdetta (Steen ym. 2010) käsitteleville aiheille. Perhevalmennukseen on varattava aikaa etenkin lastenhoidon ja vanhemmuuden varhaisvaiheen asioille (Svensson ym. 2006). Vanhemmat itse haluavat hyvin käytännöllisiä ohjeita lapsen hoitoon ja imetykseen (Svensson ym. 2006; Holroyd ym. 2011). Tietoa halutaan myös äitiyteen liittyvistä emotionaalisista asioista ja lapsen käyttäytymisestä (itkeminen, rauhoittuminen, uni) (Holroyd ym. 2011). Perhevalmennuksen on tuettava myös äitien

olemassa olevia voimavaroja, kuten lapsenhoito-osaamista ja positiivista asennoitumista imetykseen (Serçekuş & Mete 2010b). Myös sosiaalinen tuki ja verkostoitumisen tukeminen ovat perheille tärkeämpiä kuin ammattilaiset osaavat kuvitellakaan (Svensson ym. 2006). Sosiaalinen tuki läheisiltä, etenkin lapsen isältä, isovanhemmilta, sisaruksilta ja muilta sukulaisista sekä ystäviltä, edesauttaa äitiydestä (mm. lapsen hoito ja imetys) selviytymistä synnytyksen jälkeen ja äitiyden varhaisvaiheessa (Tarkka 1996). Tiedetään myös, että ensimmäistä lastaan odottavia naisia kiinnostavat synnytyksen lisäksi myös vanhemmuus ja tunteiden myllerrys (Svensson ym. 2006.)

10.1.5 Arkeen liittyvät perhevalmennustarpeet

Perheen merkitys on somalinaisille erittäin suuri. Vanhempien tehtävä on huolehtia vauvasta, kasvattaa lapsia ja siirtää perinteitä. Toimivassa perheessä vietetään aikaa kotona, eletään lasten ehdoilla ja pidetään päivärytmi säännöllisenä. Haastateltujen somalinaisten mielestä parisuhteen laatu heijastuu perheen tunneilmastoon ja tunneilmasto välittyy lapsiin. Perheen tehtävänä on luoda lasten ja vanhempien välille lämmin kiintymyssuhde. Perheessä on hyvä olla, etenkin silloin kun lapsi on terve. Naiset kuvasivat perheen työnjakoa perinteiseksi. Työnjaosta perheissä ei kuitenkaan keskustella avoimesti, vaan naiset pyytävät puolisolta tarvittaessa apua sekä kotiasioissa että lapsen hoidossa. Suomessa naisten ja miesten roolijako on somalinaisten mielestä jo muuttumassa.

Terveystenhoitajilta ja kättilöiltä kysyttiin yksityiskohtaisia kysymyksiä somaliperheiden arjesta. Tulosten perusteella somaliperheille on tärkeää yhteydenpito sukulaisiin, sukujuhlat, somalikulttuuriin liittyvien elämäntapojen säilyttäminen, perhe-elämä, juhlapyyhiin (esimerkiksi ramadaniin) liittyvät perinteet perheessä, mahdollisuus elää omien arvojen mukaisesti, rukoileminen ja moskeijassa käynti, lasten hoito ja kasvatusta sekä perinteiden siirtämisen sukupolvelta toiselle. Lähes kaikki terveydenhoitajat ja kättilöt arvioivat, että somaliperheissä mies on perheenpää, ja miehelle arvioitiin kuuluvan myös päävastuun taloudellisista asioista. Kotitöiden tekemisen ja päävastuun siitä arvioitiin puolestaan kuuluvan enemmän naiselle kuin miehelle. Terveystenhoitajien ja kättilöiden mielestä suurin osa somalinaisten henkilökohtaisista elämäntavoitteista liittyy perheeseen, somalinaiset kantavat suuremman vastuun perheestään kuin puolisonsa ja somalinaiset viettävät valtaosan vapaa-ajastaan perheensä kanssa. Lisäksi arvioitiin, että somalinaiset kokevat perheeseen liittyvät velvoitteet ajoittain liian raskaiksi.

Kehittämistyöryhmän mielestä perhevalmennuksessa on otettava huomioon myös maahanmuuttoon liittyvät ongelmat ja niiden vaikutus perheen arkeen. Kehittämistyöryhmä korosti, että Suomessa asuvat somaliperheet kokevat juurettomuutta ja kansallisen identiteetin ohenemista. Perheillä on rasisminpelkoa, kieliongelmia, sosiaalisen tuen puuttumista ja yksinäisyyttä. Kehittämistyöryhmän mielestä somaliperheissä ongelmia aiheuttavat myös harrastusten puuttuminen sekä somalikulttuuriin kuuluva vaatetus ja Suomen kylmä ilmastot, jotka estävät liikunnan. Suomessa naiset jäävät helposti kotiin oleilemaan.

Perheen ongelmiksi mainittiin myös somaliäitien väsymys, perheen sisäiset ongelmat ja erilainen aikakäsitys. Koska monisyntyäjillä on useita pieniä lapsia hoidettavanaan, on heillä vaikeuksia osallistua perhevalmennukseen. Somali-perheiden arkeen liittyvät kartoitusten tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa (Marjeta 2001; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003). Somalinaiset keskittyvät lapsen ja kodinhoitoon. Heille koti muodostuu pienoismaailmaksi, joka on suhteellisen erillään ulkomaailmasta (Marjeta (2001). Somalinaisten uhkana on syrjäytyminen suomalaisesta elämänmenosta ja yhteiskunnasta etenkin silloin, jos he jäävät vuosiksi kotiin, josta heillä ei ole kontakteja ulkomaailmaan. Tällainen tilanne vaikuttaa sekä naisten että koko perheen sopeutumiseen. (vrt. HS 25.10.2013.) Perheen isät ovat alkaneet osallistua perhevalmennukseen, synnytykseen ja lasten hoitamiseen sekä kodin tehtäviin (Hassinen-Ali Azzani 2002; Tiilikainen 2003). Puolisot eivät keskustele kuitenkaan avoimesti työnjaosta perheen arjessa. Naiset vaikuttavat tyytyväisiltä kotiäidin rooliinsa (Tiilikainen 2003).

Tähän tutkimukseen osallistuneiden somalinaisten perheet näyttäytyivät tutkijalle sisäisesti vakaina. Tutkijaryhmän Samarashinbe, Frilund ja Arvidsson (2010) mukaan maahanmuuttajaperheet voidaan jakaa neljään terveysprofiilin mukaiseen ryhmään: henkisesti ahdistuneet turvapaikanhakuprosessissa olevat perheet, turvattomuutta kokevat maahanmuuttajataustaiset perheet, sisäisesti epävakaa perheet, jotka elävät erillään yhteiskunnasta ja sisäisesti vakaat yhteiskunnan jäsenenä toimivat perheet. Maahanmuuttajaperheiden luokittelu terveysprofiilin mukaan auttaa kuvaamaan perhevalmennukseen osallistuvia somaliperheitä, mutta saattaa myös vahvistaa stereotyyppioita, joita usein liittyy somaliperheisiin.

Kartoitukseen osallistuneilla terveydenhoitajilla ja kättilöillä sekä kehittämistyöryhmän jäsenillä oli käytännön kokemusta somaliasiakkaiden ja -perheiden kohtaamisesta, ja se näkyi kartoitusten tuloksissa. Kehittämistyöryhmän haastattelun tuloksista nousivat esille asiakaslähtöinen ja holistinen ajattelutapa sekä voimaannuttaminen, jotka ovat monikulttuurisen terveyden edistämisen periaatteita (Samarashinbe ym. 2010). Asiakaslähtöisyyden keskeisenä ajatuksena on lähteä perhevalmennuksen suunnittelussa liikkeelle asiakkaiden tarpeista (Kiikala 2000; Kääriäinen ym. 2005). Asiakaslähtöisyys edellyttää yhteisökykyä somalinaisten kanssa ja monikulttuurisia vuorovaikutustaitoja (Hägglund 2009). Asiakaslähtöisyyden mukaan somalinaisilla on oikeus tulla kohdelluksi perhevalmennustilanteissa ainutlaatuisena yksilönä (Beach ym. 2006). Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) edellyttää perhevalmennuksen olevan asiakaslähtöistä, koska se edistää voimaantumista, joka on puolestaan lisää somalinaisten ja -perheiden kykyä omaksua terveellisempiä elintapoja ja hoitaa sairautta (Wallerstein 2006). Asiakaslähtöisyys viittaa siis siihen, että perhevalmennus pyritään suunnittelemaan ja toteuttamaan mahdollisimman hyvin valmennukseen osallistuvien tarpeita vastaavaksi. Käytäntö on osoittanut, ettei asiakaslähtöisyys maahanmuuttajien kohdalla ei toteudu.

Holistisessa lähestymistavassa lähdetään liikkeelle kokonaisuuden (esim. somaliperheiden arki ja elämäntilanne) tarkastelusta ja edetään tarvittaessa osasiin (Urbaani sanakirja 2013). Holistisuus edellyttää, että perhevalmennustilanteissa otetaan erilaisista kulttuuritaustoista tulevien vanhempien kanssa rohkeasti puheeksi myös maahanmuuton aiheuttamista muutoksista (mm. maahanmuuttokokemus, kielitaidottomuus ja uuden yhteiskunnan osaaminen ja kontaktien puute) johtuvia perheiden arkeen ja elämänhallintaan vaikuttavia tekijöitä. Erilaisuuden korostamisessa piilee vaarana, että maahanmuuttajaperheiden ongelmia selitetään kulttuurilla. (Alitolppa-Niitamo 2005).

10.1.6 Näkemykset somalinaisten terveydestä

Tulokset vahvistavat käsitystä siitä, että suomalaiset terveydenhoidon työntekijät ja somalinaiset ovat omaksuneet oman kulttuuritaustansa mukaisen tavan kuvata terveyttä. Tutkimustulokset vahvistavat myös aikaisempia somalinaisten terveysnäkemysten ja käsitysten tarkasteluiden tutkimusten tuloksia. Tulosten perusteella somalinaiset tarvitsevat lisää terveystietoa, joka auttaa heitä ylläpitämään terveellisiä elintapoja ja muuttamaan virheellisiä terveystottumuksia ja elintapoja (yksipuolinen ja liikaenerginen ravitsemus, liikunnan puute ja tästä aiheutuvat ylipaino-ongelmat sekä harrastusten vähäisyys). Tulosten perusteella myös masennus ja väsymys sekä roolijako perheessä on syytä ottaa puheeksi perhevalmennuksessa.

Haastateltujen somalinaisten näkemykset terveydestä poikkeavat valtaväestöön kuuluvien terveydenhoitajien ja kättilöiden sekä kehittämistyöryhmän terveysnäkemystensä. Terveyttä kuvatessaan somalinaiset korostivat onnellisuutta, perheen tukea, toimintakykyä sekä sairauksien ja oireiden puuttumista. Terveys nähtiin myös Jumalan lahjana. Somalinaisten näkemykset terveydestä ovat ei-länsimaisen terveyskäsitteen mukaisia. Ei-länsimäisessä kulttuurissa terveys ymmärretään ihmisten väliseksi, ihmisen ja luonnon sekä ihmisen ja yliluonnollisen maailman väliseksi tasapainoksi. (Helman 1998; 2007; Huff & Yasharpour 2007.) Aikaisempien tutkimusten mukaan länsimainen terveysnäkemys on usein hyvin rationaalinen, kun taas ei-länsimäiseen terveysnäkemyseseen liittyy maagis-uskonnollisia piirteitä (Helman 1998; 2007; Huff & Yasharpour 2007; Abdelhamid ym. 2009). Tiedetään myös, että jokainen ihminen kuvaa terveytensä omalla tavallaan. Terveyden edistämisen kannalta asiakkaiden omat näkemykset terveydestä ovat lopulta tärkeimpiä. (Huttunen 2012.)

Enemmistö terveydenhoitajista ja kättilöistä arvioi somalinaisten terveyden raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen keskinkertaiseksi, melko huonoksi tai huonoksi. Alle puolet vastaajista arvioi, että somalinaisten tiedot raskauden seurannan merkityksestä äidin ja lapsen terveyteen ovat melko hyvät. Saattaa olla, että terveydenhoitajat ja kättilöt arvioivat somalinaisten terveyttä lääketieteellisen ajattelutavan mukaisesti sairauden puuttumisena tai sairautena (negatiivinen näkemys terveydestä) (Ewles & Simnett 1999; Naidoo & Wills 2005). Näin siksi, että länsimaissa on totuttu käyttämään lääketieteen kieltä terveydestä ja sairaudesta puhuttaessa ja sitä mitattaessa (Naidoo & Wills 2005; Helman 1998; 2007).

Haastatellut somalinaiset liittyivät terveyden ylläpitämiseen myös terveelliset elintavat, kuten terveellisen ravitsemuksen, liikunnan harrastamisen ja päihteidenkäytön välttämisen. Edellä mainitut tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa (Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003; Salmela 2004; Feldmann ym. 2006; Carroll ym. 2007).

Kehittämisyhmän mielestä somalinaisten ongelmat liittyvät puutteellisiin terveystietoihin, virheellisiin terveystottumuksiin ja elintapoihin (yksipuolinen ja liikaenerginen ravitsemus, liikunnan puute ja tästä aiheutuvat ylipaino-ongelmat sekä harrastusten puuttuminen). Somalinaisten ongelmaksi mainittiin myös masennus ja väsymys sekä perheen sisäiset ongelmat.

Terveydenhoitajista ja kättilöistä enemmistö arvioi somalinaisten tiedot äitiydestä ja sosiaalisesta tuesta, tupakoinnin ja päihteiden vaarallisuudesta sekä lääkkeiden käytöstä hyviksi. Suurimpien haasteiden somalinaisten terveystiedoissa arvioitiin liittyvän elintapoihin: liikuntaan, ravitsemukseen ja stressin hallintaan.

Kehittämisyhmän mielestä somalinaisten terveyteen vaikuttaa elintapojen ja terveyskäyttäytymisen lisäksi fyysinen (mm. suomen kylmä ilmasto) ja sosiaalinen elinympäristö (maahanmuutto, perhe ja terveydenhuollon palvelut). Myös WHO (1998) korostaa, että maahanmuuttajanaisten ongelmat liittyvät oman kulttuurin hajoamiseen (cultural devolution) ja sosiaalisiin odotuksiin, jotka vaativat naisia ottamaan arjen töistä suuremman vastuun kuin miehet (kotityöt, lasten ja perheenjäsenten hoitaminen).

Kartoituksen tulosten perusteella perhevalmennusta on tärkeää suunnata somalinalaisille, koska raskaudenaikaiseen terveyteen vaikuttavat asiat ovat merkityksellisiä sikiön ja vastasyntyneen sekä naisen terveydelle. Usein juuri naiset säätelevät perheissä terveyden kannalta oleellista terveyskäyttäytymistä, esimerkiksi ruokailua ja ruokatottumuksia, nukkumisen pituutta ja liikuntaa. Äitiyshuollossa terveydenhoitajat ja kättilöt ovat keskeisiä naisten terveyskulttuurin luojia. (Hemminki & Gissler 2007.)

10.1.7 Näkemykset somalinaisten terveyden vaalimisesta

Tulosten perusteella somalinaiset ovat halukkaita keskustelemaan terveydestään ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Somalinalaisilla on sisimmässään motivaatio edistää terveyttään. Käytännön elämässä se osoittautuu kuitenkin vaikeaksi. Tulosten perusteella somalinaiset tarvitsevat kulttuurilähtöistä terveysneuvontaa ja tukea terveyskäyttäytymisen liittyvissä muutospyrkimyksissään. Neuvonnan kannalta tärkeitä aihe-alueita ovat ravitsemus, liikunta, painonhallinta, hampaiden hoito, pukeutuminen, parisuhde, seksuaalisuus ja ehkäisy sekä vanhempien jaksaminen.

Haastatellut somalinaiset olivat tietoisia oman terveytensä vaalimisen merkityksestä, mutta he pitivät lapsen terveyden edistämistä ensisijaisena tehtävänä. Somalinaiset pyrkivät välttämään tartuntoja ja vilustumista pukeutumalla sääolosuhteisiin sopivalla tavalla sekä hoitamaan sairauksia. He kuvasivat vaalivansa omaa terveyttään terveellisen ravitsemuksen, painon tarkkailun, alkoholin ja tupakoinnin välttämisen, liikunnan ja ulkoilun sekä levon

avulla. Terveyden edistämiseen liitettiin myös perheen tuki ja raskauden ehkäisy. Somalinaiset pyrkivät vaalimaan terveyttään holistisesti. Tulos heijastelee heidän omaksumaansa terveystietämystä (Helman 1998; 2007; Huff & Yasharpour 2007; Abdelhamid ym. 2009).

Suuri enemmistö terveydenhoitajista ja kättilöistä arvioi, että somalinaiset tarvitsevat lisää tietoa etenkin seksiin liittyvistä asioista ja ehkäisystä sekä ravitsemuksesta. Joka toisen terveydenhoitajan ja kättilön mielestä somaliperheille suunnatussa perhevalmennuksessa olisi tärkeää käsitellä myös liikuntaan ja hampaiden hoitoon, parisuhteeseen sekä äidin ja isän jaksamiseen liittyviä asioita.

Kehittämistyöryhmän mielestä somaliperheet tarvitsevat terveysneuvontaa etenkin liikunnasta ja ravitsemuksesta, sokeriaineenvaihdunnan häiriöistä ja raskaudenaikaisesta painonhallinnasta, selkävaivojen ennaltaehkäisystä sekä pukeutumisen, etenkin hyvien jalkineiden merkityksestä. Tärkeitä terveysneuvonnan aiheita ovat myös D-vitamiinin tarve, leikki-ikäisen lapsen painonhallinta sekä lasten hampaiden terveys. Kehittämistyöryhmän mielestä somalinaisia on kannustettava ottamaan entistä enemmän vastuuta omasta terveydestään.

Aikaisempien tutkimusten mukaan somalinaisille tärkeät terveyskasvatuserät ovat kulttuurilähtöisempiä. Niiden mukaan somalinaisten terveyskasvatuksessa on huomioitava sellaisia aiheita kuin rituaalinen puhtaus, hengellisyys, perinteisiin liittyvät tavat ja tottumukset, tupakoinnin ja alkoholin välttäminen sekä kotona pärjääminen (kotityöt ja lapsen hoito) (Carroll ym. 2007b). Yllättävää oli, että somalinaiset itse nostivat esille kaikki muut edellä mainitut aiheet paitsi rituaaliseen puhtauteen (terveellinen ravinto, hygieniasta huolehtiminen ja ympärileikkaus) liittyvät asiat. Tähän saattoi vaikuttaa haastattelijoiden kokemattomuus, ympärileikkauksaiheen arkuus tai ravitsemuksen ja puhtauden itsestään selvänä pitäminen.

Terveydenhoitajilta ja kättilöiltä kysyttiin, miten hyvin terveysneuvonta vaikuttaa somalinaisiin. Vaikutus stressinhallintaan, ihmissuhteisiin, sukupuolielämään ja liikuntatottumuksiin terveysneuvonnan arvioitiin melko vähäiseksi. Aikaisempien tutkimusten mukaan raskausaika on otollisinta aikaa lisätä naisten ja koko perheen terveystietoja (mm. Ribeiro & Milenez 2011). Tiedetään myös, että hyvinkin vähäisen neuvonnan avulla voidaan vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen (Vertio 2009). Tutkimukset ovat osoittaneet, että länsimainen tapa toteuttaa terveysneuvontaa ei-länsimaisen kulttuurin edustajalle ei ole tehokasta etenkään silloin, jos ei-länsimaisten henkilöiden näkemyksiä terveydestä ja sairaudesta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä ei oteta huomioon terveysneuvonnassa (Huff & Kline 2007). Neuvolassa toteutetun neuvonnan vaikutuksia voidaan tarkastella syntyvyystilastojen (Synnytykset ja vastasyntyneet 2009) avulla. Toisaalta terveysneuvonnan osuutta tässä kehityksessä on vaikea arvioida, koska neuvonnan lisäksi monet muut tekijät, kuten ravinto, puhtaus ja puhdas vesi, rokotukset ja terveydenhuollon saatavuus sekä tyttöjen ja naisten koulutus, vaikuttavat imeväis- ja lapsikuolleisuuslukuihin (WHO 2005, Vertio 2009). Suomen pienten imeväis- ja lapsikuolleisuuslukujen perusteella suomalainen neuvolajärjestelmä on tehokas (Vertio 2009).

Nyt raportoitavan tutkimuksen perusteella kyselyyn vastanneet terveydenhoitajat olivat optimistisempia somalinaisten terveysneuvonnan vaikutuksista kuin kätilöt. Tämä voi johtua terveydenhuollon työntekijöiden omaksumasta ammatti-identiteetistä ja tietoperustasta. Aikaisemman tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ammatti-identiteetti muodostuu koulutuksen aikana ammattiin sosiaalistumisen kautta (Ora-Hyytiäinen 2005). Terveydenhoitajille ja kätilöille muodostuu koulutuksen aikana toisistaan eroavat ammatti-identiteetit. Edelliset kouluttautuvat terveyden edistämisen ammattilaisiksi perusterveydenhuollon neuvoloihin ja jälkimmäiset seksuaali- ja lisääntymisterveyden ammattilaisiksi erikoissairaanhoidon.

Myös terveydenhuollon työntekijöiden asenteet sekä arvot saattavat vaikuttaa terveysneuvontatilanteissa. Terveydenhuollon ammattilaisten arvot ilmaistaan ammattikuntien eettisissä ohjeissa (STM 2004a; Leino-Kilpi & Välimäki 2009). Joskus ammattihenkilöiden omat arvot ovat ristiriidassa ammattikunnan tai esimerkiksi ETENEn (STM 2004b) laatimien terveydenhuollon eettisten ohjeiden kanssa. Negatiiviset asenteet voivat ilmetä asiakkaiden ylenkatsomisenä, väärinymmärtämisenä, stereotyyppisenä suhtautumisena ja syrjimisenä. (Laitakari 1992; Huff & Kline 2007.) Tällaisissa tilanteissa on vaarana, että somalinaisille toteutettu terveysneuvonta nähdään moitteettomaksi ja epäonnistumista selitetään kohderyhmän typeryydellä (Foster 1969; Laitakari 1992).

Terveydenhoitajien ja kätilöiden kyselyn perusteella on tärkeää kehittää uudenlaisia tapoja toteuttaa terveysneuvontaa somalinaisille etenkin silloin, kun huomataan, ettei terveysneuvonta vaikuta toivotulla tavalla. Somalinaisille ja -perheille suunnattua terveysneuvontaa voidaan kehittää esimerkiksi monikulttuurisen terveyden edistämisen periaatteiden mukaiseksi (Frankish ym. 2007) ja holistisesti, perheen voimavaroja tukien (Samarashinbe ym. 2010). Tällöin neuvonnassa huomioidaan somaliperheiden erilaisuus ja samanlaisuus sekä vältetään etnosentrisyyttä. Aikaisempien tutkimusten mukaan terveyskasvattajan on rohkaistava somaliasiakkaita ilmaisemaan itseään sekä tuomaan esille tarpeitaan (Carrol ym. 2007). Tärkeää olisi myös huomioida maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden voimavarat sekä välttää korostamasta neuvonnassa yksilölähtöisyyttä (Samarashinbe ym. 2010).

10.2 Kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman kehittämisen tarkastelua

Tutkimuksen eräänä tarkoituksena oli saada kokemusta siitä, miten toimintatutkimuksen avulla voidaan kehittää sellainen somaliperheille suunnattua perhevalmennusohjelma, joka on kulttuurisesti sensitiivinen ja soveltuu suomalaisen terveydenhuoltoon.

10.2.1 Kehittämistoiminnan onnistuminen

Kehittämisen mahdollisti se, että tutkimukseen osallistuneissa sekä perusterveydenhuollon neuvoloiden että sairaaloiden johdossa oli tahtoa kehittää somaliperheille suunnattua perhevalmennusta ja ne myönsivät tutkimusluvut hankkeelle. Kehittämisen kannalta tärkeää oli myös se, että organisaatiot nimesivät kukin taholleen yhdyshenkilön, joka puolestaan valitsi kehittämistyöryhmän jäseniksi sellaisia terveydenhoitajia ja kättilöitä, joilla oli kokemusta somaliperheiden hoito- ja terveydenedistämistyöstä. Lähestymistapana osallistava toimintatutkimus mahdollisti kunta- ja organisaatorajat ylittävän yhteistoiminnan.

Toimintatutkimukselle asetettu tavoite oli ajankohtainen ja riittävän selkeä. Puutteena voidaan jälkikäteen pitää kuitenkin sitä, ettei tutkija osannut asettaa toimintatutkimukselle osatavoitteita. Osatavoitteisiin, keinoihin ja aikaan jaettu suunnitelma olisi ollut kehittämisprosessiin osallistuneille selkeämmin lähestyttävä ja auttanut kehittämisprosessin arvioinnissa.

Kehittämistyöryhmän muodostaminen onnistui tyydyttävästi, koska ryhmään ei yrityksistä huolimatta saatu riittävästi somaliyhteisön edustajia, naisia ja miehiä. Yksi syy rekrytoinnin epäonnistumiseen saattoi olla se, että perheellisillä somalinaisilla ole perhevelvollisuuksien takia riittävästi aikaa osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan ja somalimiehet kokevat aiheen kuuluvan naisille. Jos somaliyhteisön edustajia olisi saatu kehittämistyöryhmään enemmän, olisi heidän äänensä tullut paremmin esille sekä kehittämistyön aikana että sen lopputuloksessa. Somalitaustainen kättilö pyrki toimimaan kehittämisryhmässä kulttuuritulkkina ja lisäämään ymmärrystä suomalaisen ja somalikulttuurin välillä.

Lähestymistapana osallistava toimintatutkimus antoi mahdollisuuden monitahoisen yhteistyöhön. Se toteutui yhteistyönä, jossa olivat mukana somalinaiset, kehittämistyöryhmä, tutkija ja kättilöopiskelijat, moskeija ja maahanmuuttajatyötä tekevät tahot sekä kirjantoimittaja, graafikko ja valokuvaaja.

Toimintatutkimuksen avulla tuotettiin kulttuurisesti sensitiiviseen perhevalmennuksen kehittämiseen liittyvää tietoa terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen näkökulmasta. Tutkimuksen ontologisissa sitoumuksissa korostuvat terveyden edistämisen arvopohjan mukaisesti asiakasnäkökulma, osallistaminen ja voimaantuminen (empowerment) (Lahtinen ym. 2003; Vertio 2003; Tuominen ym. 2005).

Tutkimuksen tuloksissa kuvattiin perhevalmennusohjelman kehittämisprosessia ja kehittämistyön tulosta eli kirjallista somalinaisille soveltuvaa perhevalmennusohjelmaa. Toimintatutkimus mahdollisti molemmissa asiakasnäkökulman ja yhteistyötahojen edustajien taitotiedon esille tuomisen ja hyödyntämisen. Kehittämisprosessin ja tulosten kuvauksessa nousee esille niitä haasteita, joita kulttuurisensitiivisyyden ja yhdenvertaisuuden toteutumiseen perhevalmennuksen kontekstissa liittyy. Haasteet liittyvät muun muassa työntekijöiden kulttuuriseen kompetenssiin; asenteisiin ja ennakkoluuloihin, kohtaami-

seen ja vuorovaikutukseen sekä maahanmuuton aiheuttamiin ongelmiin ja koutumisen onnistumiseen.

Kehittämisen eteneminen voidaan tiivistää seuraavalla tavalla: 1) Tutkimuksen käynnistäminen havainto, että Suomessa asuville somalaisille ei ole tarjolla heille tarkoitettua synnytys- ja perhevalmennusohjelmaa. 2) Kartoituksissa nostettiin esiin somalilaisten, terveydenhoitajien ja kättilöiden sekä kehittämissuuryhmän näkökulmat somalilaisten perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisestä perhevalmennuksesta. 3) Kehittämissuuryhmän tehtävänä oli tuottaa kirjallinen kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennusohjelma somalaisille ja -perheille. 4) Kehittämissuuryhmän jäsenten kulttuurinen kompetenssi ja perhe- ja synnytysvalmennuksen asiantuntemus ja kokemus somaliperheiden kohtaamisesta olivat tärkeä tekijä perhevalmennusohjelmaa kehitettäessä. 5) Tutkimuksessa kuvattiin somalaisille suunnatun kirjallisen perhevalmennusohjelman kehittämisen prosessia ja kehittämisen tulosta. 6) Lopputuloksen näkökulmasta tutkimuksen tärkeimmät tiedonantajat olivat kehittämissuuryhmän jäsenet ja pilotointiin osallistuneet somalaiset sekä pilotointien toteuttajat. 7) Tutkimus tuotti tietoa somalilaisten perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen kehittämisen prosessista sekä kehittämiseen liittyvistä haasteista. 8) Nyt raportoitavassa tutkimuksessa kehittämissuuryhmä oli yhteistoiminnallista, reflektiivistä ja osallistavaa (Kemmis & McTaggart 1990; Mesters 1995, Heikkinen ym. 1999; Morton-Cooper 2000; Mayer 2000; Lauri 1997; Herr & Anderson 2005; Heikkinen ym. 2007). 9) Itsearviointien perusteella kehittämisen prosessiin osallistuminen lisäsi kehittämissuuryhmän jäsenten ja tutkijan kulttuurista kompetenssia. 10) Kehittämissuuryhmän muutosten vaikutuksen laajempaa tutkimusta ei sisällytetty tähän tutkimukseen, siihen kiinnitetään huomiota tämän tutkimuksen julkaisemisen jälkeen.

10.2.2 Uuden kirjallisen perhevalmennusohjelman tarkastelua

Lopuksi voidaan esittää kaksi kysymystä: 1) Syntyikö kehittämisen lopputuloksena kulttuurisesti sensitiivinen somaliperheille soveltuva perhevalmennusohjelma? 2) Tuliko tutkimuksessa esille jotain sellaista, jota muut kehittämissuuryhmät eivät olisi tuoneet esille? Seuraavissa kappaleissa vastataan edellä mainittuihin kysymyksiin.

Uudesta somalaisille suunnatusta kirjallisesta perhevalmennusohjelmasta julkaistiin kirja, joka sai nimekseen Monikulttuurinen perhevalmennus. Kirjan arviointiin osallistuivat kaikki kehittämissuuryhmän jäsenet sekä ulkopuolisia asiantuntijoita. Kirjantoinnista jakoi kirjoja ilmaiseksi ammattikorkeakouluille ja terveydenhuoltoon. Tästä huolimatta arviointilomakkeita palautettiin hyvin vähän. Palautettujen lomakkeiden määrään saattoi vaikuttaa se, että arviointilomakkeen täyttäminen edellytti kirjan lukemista.

Ulkopuolisten arviointien ja kehittämisen ohjelmien osallistuneiden ammattilaisten mielestä somalaisille suunnattua perhevalmennusohjelmaa pidetään tarpeellisenä, etenkin pääkaupunkiseudulla. Myös pilotointiin osallistuneet somalaiset olivat tyytyväisiä valmennukseen.

Ulkopuolisen arvioinnin mukaan perhevalmennusohjelman kokonaistavoitteena on ”terve äiti ja lapsi”. Viisaisen (1999) mukaan tämä on koko äitiyshuollon tarkoitus ja neuvolan tehtävä. Neuvolan tehtävänä (Äitiysneuvola 2013) on edistää raskaana olevan naisen, sikiön ja vastasyntyneen lapsen ja koko lasta odottavan perheen terveyttä ja hyvinvointia. Koska neuvolan tarjoama tuki suunnataan koko perheelle, voidaan neuvolassa valmentaa perheitä vanhemmuuteen sekä lapsen tuomiin muutoksiin.

Kehittämistyöryhmä asetti uuden perhevalmennusohjelman päätavoitteeksi terveystietojen ja -taitojen lisääntymisen sekä vanhempien vahvistumisen. Tavoitteissa korostetaan kognitiivisia (tiedot, tietoisuus), behavioraalisia (taidot) ja affektiivisiä (asenteet, motivaatio, tunteet) tavoitteita. Perhevalmennuksen vaikutuksesta perheiden hyvinvointi, tiedot, itseluottamus ja turvallisuuden tunne, isien sitoutuminen lapsen syntymään ja synnytyskokemuksen myönteisyys lisääntyvät. Lisäksi synnytykseen liittyvät pelot vähentyvät sekä vauvan vastaanottaminen kotiin helpottuu. Lisäksi korostetaan, että koko perhe hyötyy perhevalmennuksesta.

Kehittämistyöryhmä siirtyi tietoisesti perhevalmennuksen toteuttajien määrittelemistä tavoitteista osallistujien näkökulmasta lähteviin tavoitteisiin, koska se halusi korostaa somalinaisten ja -perheiden näkökulmaa, terveyden edistämisen arvopohjaa ja periaatteita: asiakaslähtöisyyttä, osallistamista, merkityksellisyyttä ja somalinaisten voimaantumista (empowerment) (Dunkley 2000; Vertio 2003; Lahtinen ym. 2003; Tuominen ym. 2005; Huff & Kline 2007; Ewles & Simnett 1999; 2010). Kulttuurisesti sensitiivisessä perhevalmennuksessa somalinalaisia ja -perheitä pyritään rohkaisemaan terveyden kannalta myönteisissä ratkaisuisissa pikemminkin kuin moralisoimaan elämäntapojen perusteella (Vertio 2009). Äitiyshuollon suosituksissa (Viisainen 1999; Klementti & Hakulinen-Viitainen 2013) perhevalmennuksen tavoitteet kirjoitetaan perhevalmennuksen toteuttajien näkökulmasta.

Terveydenedistämisen arvopohja haluttiin tuoda esille myös perhevalmennusohjelman menetelmävalinnoissa. Arviointien perusteella uusi kirjallinen perhevalmennusohjelma rohkaisee käyttämään osallistavia menetelmiä ja luottamaan perhevalmennukseen osallistuvien omaan aktiivisuuteen ja haluun saada tarvitsemaansa valmennusta. Liiallinen sisällöllisen tiedon tuputtaminen on korvattu keskeisellä aihepiirillä. Opetusmenetelmävalinnat ovat monikulttuurisen terveyden edistämisen periaatteiden (Frankish ym. 2007) ja perhevalmennusta koskevan uusimman suosituksen (Klementti & Hakulinen-Viitainen 2013) mukaisia.

Kehittämistyöryhmän tuottama kirjallinen perhevalmennusohjelma koostuu seuraavista sisältöalueista: 1) raskauden eteneminen ja raskaudenajan terveydenhoito, 2) synnytyksen eteneminen ja varhainen vuorovaikutus, 3) lapsivuodeaika, lapsen hoito ja imetys, 4) raskauteen liittyvät tunteet ja synnytyskokemus, vauvan tarpeet ja vuorovaikutus vauvan kanssa sekä 5) vauvaperheen arki, parisuhde ja vanhemmuus. Sisällöt perustuvat kehittämistyöryhmän asiantuntemukseen sekä kehittämistyön aikana voimassa olleisiin perhevalmennusta koskeviin suosituksiin ja kartoitusten tuloksiin. Kehittämistyöryhmän

ajattelua ohjasivat myös terveydenhoitajien ja kättilöiden omaksuma ammatillinen kulttuuri ja siihen vaikuttavat ihannemallit.

Ulkopuolisten arvioitsijoiden mielestä perhevalmennusohjelmassa olisi voinut käsitellä enemmän seuraavia asioita: raskauden ajan terveydenhoito, masennus, suuhygieniä, ympärileikkaus sekä keisarileikkaus. On kuitenkin hyvä muistaa, että kehittämistyöryhmän haasteena perhevalmennuksen sisältöjen valinnassa oli sekä reaktiivisuus (asiakkaiden ilmaisemiin tarpeisiin reagoiminen) että proaktiivisuus (asiantuntijoiden ilmaisemiin tarpeisiin reagoiminen). Kehittämistyöryhmä pyrki löytämään kultaisen keskitien asiakas- ja asiantuntijalähtöisten sisältöjen määrittämisessä (Ewles & Simnett 1995; 2010).

Ulkopuolisten arviointien perusteella uuden perhevalmennusohjelman kehittämishaasteet liittyvät somalainien erityisyyden häivyttämiseen ja suomalaisten perhevalmennuskäytäntöjen itsestään selvinä pitämiseen. Etenkin se, että somaliperheet tulevat toisenlaisesta yhteiskunnallisesta, kulttuurisesta ja uskonnollisesta kontekstista sekä palvelujärjestelmästä, olisi voitu ottaa käsiteltävissä aiheissa ja teemoissa paremmin huomioon. Uusi perhevalmennusohjelma perustuu arviointien mukaan myös liiaksi suomalaisille käsityksille parisuhteesta ja perheestä. Perhekäsitteen määrittäminen olisi valaissut sitä, miten somalimiesten perhevalmennukseen osallistumiseen olisi suhtauduttava. Arviointien perusteella erilliset mies- ja naisryhmät voisivat helpottaa joidenkin aiheiden käsittelyä. Sisältöihin olisi haluttu mukaan enemmän kulttuurisia kysymyksiä, maahanmuuttajien kokemuksia ja ihmettelyjä sekä somalainien synnytykseen liittyviä kulttuurisia käsityksiä.

Miksi uudessa perhevalmennusohjelmassa vältettiin korostamasta somalainien erilaisuutta, vaikka terveydenhoitajien ja kättilöiden kyselyaineistossa somaliperheiden erilaisuus nousi esille ja kehittämistyöryhmän kokouksissa tiedostettiin maahanmuuton vaikutus somalainisiin ja perheisiin? Nyt käsillä oleva toimintatutkimus osoitti, että kulttuurien kohtaamisen ydin on juuri tässä, erilaisuuden havaitsemisessa, mutta myös yhtäläisyyksien tunnistamisessa ja molempien huomioimisessa käytännön työssä (Abdelhamid ym. 2009.)

Kirjallisuuden mukaan erilaisuus liittyy ryhmien, yhteisöjen ja yhteiskuntien omaksumiin normeihin, arvoihin, olettamusten ja ymmärryksen (tiedostettujen ja tiedostamattomien) ja sosiaalisten sopimusten muodostamaan kokonaisuuteen (Scott & Henley 2005). Monissa tilanteissa sama kieli, tausta, arvopohja ja samanlaiset elämäntapamallit auttavat ymmärtämään toinen toistamme paremmin (Vikström 2006). Tutkimusten mukaan maahanmuuttajien erilaisuuden korostamisessa piilee oma vaaransa. Tiilikaisen (2003) mukaan kulttuuristen ja uskonnollisten erojen ja erilaisuuden korostamisen sijasta huomiota on hyvä kiinnittää yhtäläisyyksiin sekä arvomaailmassa että arjen rutiineissa. Alitolppa-Niitamo (2005) puolestaan korostaa, että maahanmuuttajien erilaisuuden korostamisessa piilee vaarana, että maahanmuuttajien ongelmia selitetään kulttuurilla, kun kyseessä on pikemminkin tiedon puute sekä useista maahanmuuton aiheuttamista muutoksista (mm. maahanmuuttokokemus, kielitaidottomuus ja uuden yhteiskunnan osaaminen ja kontaktien puute) johtuva elämänhallinnan puute.

10.2.3 Toimintatutkimuksen toteutuksessa havaitut puutteet

Lopuksi voidaan kysyä: mitä tutkija tekisi toisin, jos aloittaisi toimintatutkimuksen uudestaan? Tämä tutkimus kohdistui perhe- ja synnytysvalmennuksen kokonaisuuteen. Jälkeenpäin ajatellen tutkimuksen fokuksen ja kartoitusten aihepiirien rajaaminen olisi tuottanut syvällisempää tietoa tutkimuskohteesta. Eräs tapa fokusoida tutkimusta ja rajata kartoitusten aihepiiriä olisi ollut se, että tutkija olisi tarkastellut perhevalmennusta vain tietystä näkökulmasta (joko raskauteen, synnytykseen, lapsen hoitoon tai imetykseen valmentaminen) tai tietyn käsitteen (esim. terveystiedon vahvistaminen, elämänhallinnan tukeminen tai asenteiden kehittäminen terveyttä tukevaksi) avulla.

Jälkeenpäin ajateltuna alkukartoituksissa ja arvioinneissa käytettyjä mittareita olisi voinut lyhentää. Kyselyn sijasta myös terveydenhoitajilta ja kätilöiltä olisi voinut hankkia tietoa haastattelemalla. Näin aineistojen yhdistäminen olisi ollut luontevampaa. Tutkija olisi voinut toteuttaa kaikki haastattelut itse ja haastatella kaikkia kohderyhmiä useampaan kertaan. Tämä olisi mahdollistanut syvällisemmän tiedon saamisen tutkimusaiheesta.

Tutkimuksessa olisi voinut korostaa entistä enemmän asiakaslähtöisyyttä ja pyrkiä saamaan enemmän somalitaustaisia henkilöitä kehittämistyöryhmän jäseniksi. Tämä olisi taannut entistä paremmin sen, että somalinaisten ja -perheiden tarpeet ja omat toivomukset nousisivat esille ja niitä otettaisiin huomioon kirjallista perhevalmennusohjelmaan kehitettäessä.

Tutkija olisi voinut varata myös enemmän aikaa alkukartoituksissa ja pilotoinneissa saatujen tulosten esittelyyn kehittämistyöryhmän jäsenille ja kannustaa tehokkaammin kehittämistyöryhmän jäseniä ottamaan huomioon tulokset kirjallisen perhevalmennusohjelman kehittämisessä.

Syvällisempi ja pitkäkestoisempi dialogi kehittämistyöryhmän jäsenten ja somaliyhteisön edustajien kanssa olisi helpottunut kehittämistyöhön osallistuneiden, myös tutkijan siirtymistä omakulttuurikeskeisyydestä somalikulttuurin syvällisempään tiedostamiseen ja uusien näkemysten esille nostamiseen.

Tutkija olisi voinut itse osallistua perhevalmennusohjelman pilotointeihin. Näin hän olisi saanut yksityiskohtaisempaa tietoa pilotointien onnistumisesta. Monikulttuurisen perhevalmennusohjelman ulkopuolinen arviointi olisi voitu toteuttaa ennen Monikulttuurinen perhevalmennus- kirjan julkaisemista: näin palautteet olisi voitu ottaa huomioon jo kirjan ensimmäisessä painoksessa.

Tutkija olisi voinut asettaa toimintatutkimuksen osatavoitteet etukäteen esimerkiksi ryhmäprosessin mukaisesti. Tällöin tavoitteet olisi voitu laatia ryhmän muodostamiselle, ryhmän sisäisten roolien selkiyttämiseksi ja varsinaisen perhevalmennusohjelman kehittämiselle ja pilotoinneille sekä kehittämistyön loppuun saattamiselle, kehittämistyön tuloksen arvioinnille ja kehittämistyön lopettamiselle.

Tutkija olisi voinut kutsua ohjausryhmään mukaan äitiyshuollon asiantuntijoita, perhevalmennusta koskevien suositusten tekijöitä, etenkin sellaisia, joilla on monikulttuurista osaamista. Tutkija olisi voinut myös koota ohjausryhmän sellaisista henkilöistä, joille kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmen-

nuksen kehittäminen on tärkeä ja mielenkiintoinen haaste. Hyvin koottu ja motivoitunut ohjausryhmä olisi edistänyt ratkaisevasti projektin tavoitteiden toteuttamista ja verkottumista. Jälkeenpäin ajateltuna tutkija olisi voinut tehdä myös entistä paremmin selväksi eri organisaatioille sekä niistä valituille ohjausryhmän ja projektin jäsenille kehittämistyön aikataulut ja kehittämiseen tarvittavat aikaresurssit. Nyt kehittämistyöryhmän jäsenet kokivat, ettei heillä ollut riittävästi aikaa keskittyä kehittämistoimintaan. Toimintatutkimus, kuten se tässä toteutettiin, on tutkijan mielestä erittäin vaativa ja suuritöinen toteutettavaksi vähäisillä henkilöstö- ja taloudellisilla resursseilla.

Puutteista ja ongelmista huolimatta tämä tutkimus demonstroi, että toimintatutkimuksen avulla voidaan saada kehittymistä ja muutosta aikaiseksi. Tutkimus toi näkyväksi arvokasta tietoa somaliperheiden perhevalmennustarpeista monikulttuurisen ja kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen kehittämiseen liittyvistä haasteista. Positiivista on se, että kehittämistyöryhmän jäsenten itsearvioima kulttuurinen kompetenssi lisääntyi kehittämistyön aikana.

Kokeilun perusteella toimintatutkimus mahdollisti kulttuurisesti sensitiivisen, somalinaisille suunnatun perhevalmennuksen kehittäminen äitiyshuollon arjessa, yhdessä perhevalmennusta toteuttavien terveydenhoitajien ja kättilöiden, lasta odottavien ja synnyttäneiden pääkaupunkiseudulla asuvien somalinaisten sekä muiden maahanmuuttajatyötä tekevien tahojen kanssa. Toimintatutkimus soveltui siihen varattujen resurssien vuoksi vain tyydyttävästi kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen kehittämiseen. Toimintatutkimus ei tämän tutkimuksen perusteella ole soveliaampi lähetysmäistapa kuin jokin muukaan kehittämiskeino.

10.3 Tutkimuksen merkitys ja johtopäätökset

Tutkimuksella on merkitystä sekä perhevalmennuksen käytännölle, koulutukselle että johtamiselle. Tulokset monipuolistavat näkemystä somaliperheistä, somalinaisten perhevalmennustarpeista ja kulttuurisesti sensitiivisestä perhevalmennuksen kehittämisestä ja kehittämiseen liittyvistä haasteista. Tietoa voidaan hyödyntää perhevalmennuksen voimavarojen kohdentamisessa, äitiyshuollon suositusten täydentämisessä japerhevalmennuksen laadun sekä terveydenhoitajien ja kättilöiden opetuksen kehittämisessä.

Tämän toimintatutkimuksen perusteella voidaan esittää neljä päätelmää:

- 1) Tieto Suomessa asuvien somalien raskauteen, synnytykseen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan ja somaliperheiden arkeen liittyvistä perhevalmennustarpeista täsmentyi.
- 2) Toimintatutkimus on sovellettavissa kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen kehittämiseen, mutta kehittäminen on suuritöistä ja edellyttää, että siihen varataan kaikille osapuolille riittävästi resursseja.

- 3) Tutkimuksen avulla saatiin aikaan alustava somalinaisille ja -perheille soveltuva kirjallinen perhevalmennusohjelma, jota voidaan hyödyntää perhevalmennuksen toteuttamisessa ja kehittämisessä sekä sairaanhoitajien ja kättilöiden perus- ja täydennyskoulutuksessa.
- 4) Kulttuurisesti sensitiivisen kirjallisen perhevalmennusohjelman aikaansaaminen on haasteellista, koska omasta kulttuurisidonnaisuudesta vapautuminen on terveydenhuollon työntekijöiden vaikeimpia tehtäviä.

10.4 Toimenpidesuosituksia

Tästä tutkimuksesta esiin nousseista tuloksista ja kokemuksista on johdettavissa seuraavat yksityiskohtaisemmat toimenpidesuosituksia. Somalinaisille suunnatun perhevalmennuksen kehittäminen edellyttää lisää kokeiluja, joissa otetaan huomioon ne puutteet, jotka tämä tutkimus toi selkeästi esille. Yksi pitkän aikavälin perhevalmennuksen kehittämistavoite on pikemminkin moninaisuuden huomioiminen perhevalmennustilanteissa kuin erilliskäytösten kehittäminen. Nykyisin erilliskäytöksiä kuitenkin vielä tarvitaan. Perhevalmennuksen kulttuurinmukaista markkinointia on kehitettävä. Somalimiehiä on rohkaistava osallistumaan perhevalmennukseen.

Uuden äitiysneuvolanoppaan (Klementti & Hakulinen-Viitanen 2013) suositukset edellyttävät yhä täydentämistä maahanmuuttajanaisten ja -perheiden monikulttuurisen perhevalmennuksen toteuttamisen osalta. Suositukset tulee jalkauttaa käytäntöön ja niiden toteutumista seurata.

Monikulttuurisen perhevalmennuksen suunnittelua ja toteuttamista ohjaavat parhaiten monikulttuurisen terveyden edistämisen periaatteet ja monikulttuurisen terveydenhuollon eettiset ohjeet. Perhevalmennuksen sisällöissä on otettava huomioon somalinaisten kulttuurilähtöiset voimavarat ja erityistarpeet. Monikulttuurisen pienryhmän vetäjän on osattava kannustaa ryhmän jäseniä sellaiseen dialogiin, joka kannustaa vaihtamaan ajatuksia, mielipiteitä, esittämään erilaisia näkökantoja ja arvioimaan paitsi omia myös muiden esittämiä väitteitä ja perusteita. Keskusteluissa on tarvittaessa hyödynnettävä tulkkipalveluita.

Perhevalmennuksen toteuttavien terveydenhoitajien ja kättilöiden kulttuurista kompetenssia on kehitettävä sekä perus- että täydennyskoulutuksen keinoin. Koulutuksessa tulee korostaa oman kulttuurin tuntemusta sekä sen tiedostamista, miten suomalainen kulttuuri vaikuttaa työntekijöiden asenteisiin ja ammatilliseen toimintaan. Pelkkä oman erikoisalalan tieto ei riitä kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen toteuttamisessa vaan edellyttää myös tietoa maahanmuutosta, somalikulttuurista ja monikulttuurisesta terveyden edistämisestä.

10.5 Ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi

Tutkimus tehtiin vähän tutkitusta aiheesta, joten se tuottaa runsaasti jatkotutkimusaiheita. Tutkimuksessa tuotettiin yksityiskohtaista tietoa somalinaisten perhevalmennustarpeista ja perhevalmennuksen kehittämisen haasteista. Tulevaisuudessa olisi tärkeää jatkaa nyt kehitetyn ohjelman hienosäätöä. Tutkimuksen toistaminen samantyyppisessä äitiyshuollon kontekstissa toisi lisää tietoa toimintatutkimuksen soveltuvuudesta monikulttuuristen terveydenedistämislanteiden kehittämisessä.

Lisää tutkimusta tarvitaan myös somalien perhevalmennustarpeista. Tietoa tarvitaan etenkin somalinaisten raskaus-, synnytys-, imetys- ja lapsenhoitokokemuksista. Tarvekartoituksia tulee suunnata myös somalinaisten ja -miesten vanhemmuuskokemuksiin. Tietoa tarvitaan myös somalimpiesten isyyteen kasvusta, parisuhdetyytyväisyydestä somaliperheissä sekä somalitaustaisten lapsiperheiden ja etenkin somalinaisten selviytymisestä suomalaisessa yhteiskunnassa.

Tutkimusta on suunnattava myös lasta odottavien somalinaisten ja -perheiden elintapoihin (ravitseminen, liikunta, sopivan painon saavuttaminen ja säilyttäminen, tupakoimattomuus, päihitteettömyys, toimenpiteet onnettomuuksien ehkäisemiseksi, stressin hallinta ja ihmissuhteet) ja monikulttuurisen terveyden edistämiseen keinoihin.

Äitiyshuollon ja etenkin monikulttuuristen perhevalmennuskäytäntöjen (tarpeiden arviointi, sisältöjen valinta, menetelmälliset ratkaisut ja perhevalmennuksen toteuttaminen) syvempi tarkastelu etnografisen tutkimuksen keinoin olisi myös tarpeen. Etnografinen tutkimus mahdollistaisi tutkijan tiiviimmän osallistumisen somalilyhteisön toimintaan ja perhevalmennustilanteisiin sekä antaisi runsaasti tilaa tiedonantajien omille kertomuksille.

Tärkeää olisi tutkia myös somalinalaisille ja -perheille toteutettavan perhevalmennuksen vaikuttavuutta. Kokeellisella tutkimusasetelmalla olisi mahdollista verrata somalinaisten henkilökohtaisen terveysneuvonnan ja pienryhmäohjauksen vaikutuksia. Tutkimustietoa tarvitaan myös sairaalan ja perusterveydenhuollon sekä kolmannen sektorin välisestä yhteistyöstä monikulttuurisen terveyden edistämisen ja perhevalmennuksen kehittämiseksi.

Somalinaisten ja -perheiden yksilö- ja ryhmäohjauksen tueksi tarvitaan lisää kulttuuriset erot ja samanlaisuuden huomioivaa selkokieleistä oppimateriaalia. Kun suunnitellaan perhe- ja synnytysvalmennuksen tarjoamista verkossa, olisi syytä huomioida myös somalinaisten ja -perheiden tarpeet. Lisää tutkimusta tarvitaan sekä maahanmuuttajille soveltuvan oppimateriaalin tuottamisesta että kulttuurisensitiivisyydestä. Tutkimus- ja kehittämishankkeita tulee käynnistää myös maahanmuuttajataustaisille naisille ja -perheille soveltuvasta verkko-ohjauksesta.

LÄHTEET

- Abdelhamid, P., Juntunen A., & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Abdullahi, M.D. 2001. Culture and Customs of Somalia. London: Greenwood Press.
- Agic, B. 2003. Health promotion programs on mental health/illness and addiction issues in ethno/racial/cultural communities. A literary review. Centre for Addiction and mental health. University of Toronto. Student practicum II. 23.6.2003. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.camh.ca/en/education/Documents/www.camh.net/education/ethnocult_healthpromores02.pdf >](http://www.camh.ca/en/education/Documents/www.camh.net/education/ethnocult_healthpromores02.pdf)
- Ahldén, I., Göransson, A., Josefsson, A. & Alehagen, S. 2008. Parenthood Education in Swedish Antenatal Care: Perceptions of Midwives and Obstetricians in Charge. *Journal of Perinatal Education* 17 (2), 21-27
- Ahonen, P. 2001. Matalan ja korkean riskin ensisynnyttäjien raskaudenaikaiset odotukset ja synnytyskokemukset. Turun yliopisto: Hoitotieteen väitöskirja.
- Alitolppa-Niitamo, A. 2005. Maahanmuuttajataustaiset perheet ja hyvinvoinnin edellytykset. Teoksessa A. Alitolppa-Niitamo, I. Söderling, & S. Fågel (toim.) 2005. Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon ja perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin. Helsinki: Väestöliitto, 38-39.
- Alitolppa-Niitamo, A., Moallin, M., & Novitsky, A. 2006. Monikulttuuriset vertaisryhmät. Helsinki: Väestöliitto.
- Alitolppa-Niitamo, A., Söderling, I. & Fågel, S. (toim.) 2005. Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon ja perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin. Helsinki: Väestöliitto.
- Ambruso, LD., Abbey, M. & Hiussein, J. 2005. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BioMed Central Public Health*, 5:140. [viitattu 10.12.2013]. Saatavilla [www-muodossa: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/140/](http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/140/)
- Amsterdamin julistus 2002. Kohti maahanmuuttajaystävällisiä sairaaloita etnokulttuurisesti monimuotoisessa Euroopassa. 2003. [Viitattu 12.11.2013] Saatavilla www-muodossa: <http://sange.fi/protu/iheyo/amsterdaminjulistus.html>
- Anderson, L.M, Scrimshaw, S.G., Fullilove, M.T., Fielding, J.E. & Normand, J. 2003. Culturally Competent Healthcare Systems. A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine* 24 (38), 38-77.
- Apter, D., Eskola, M.-S., Säävälä, M. & Kettu, N. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Tarpeita, tietoa ja yhdenvertaisuutta. Toimintasuunnitelma. Helsinki: Väestöliitto.

- Aro, Y. 2008. Health beliefs, practice, and priorities for health care of Arab Muslims in the United States. *Journal of Transcultural Nursing* 19 (3), 284-291.
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Remiro-Fernandezdegamboa, G., Odriozola-Hermosilla, I., Bacigalupe, A. & Payo, J. 2010. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nursing Research* 59 (3), 194-202.
- Asikainen, P. 1999. Yhteisön aktivoiminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja.
- Backman, K. 2003. Hoitotieteellisen kesitason teorian kehittyminen: esimerkkinä kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. *Hoitotiede* 15 (3), 115-130.
- Bailey, A. & Hutter, I. 2008. Qualitative to quantitative: linked trajectory of method triangulation in a study on HIV/AIDS in Goa, India. *Aids Care* 20 (9), 1119-1124.
- Baker, C. 2007. Globalization and cultural safety of an immigrant Muslim community. *Journal compilation, Blackwell Publishing Ltd*, 296-305.
- Blake, 2008. Midwives: all things to all women? *British Journal of Midwifery* 18 (5), 292-294.
- Banta, D. 2003. What is efficacy/effectiveness of antenatal care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report.
- Barale, F. 2011. Maahanmuuttajien terveyst- ja hyvinvointitutkimukseen on tärkeä osallistua. *Koor* 1, 15.
- Barrot, J. & Hope, A. 2011. Developing an equipment library for clinical skill and simulation training. *British Journal of Community Nursing* 16 (8), 399-401.
- Beach, M.C., Cooper, L.I., Duggan, P.S. & Geller, G. 2006: The moral nature of patient-centeredness: Is it "just the right thing to do"? *Patient Education and counseling* 62, 271-276.
- Beine, K., Fullerton, J. & Palinkas, L. & Anders, B. 1995. Conception of prenatal care among Somali women in San Diego. *Journal of Nurse-Midwifery* 40 (4), 376-381.
- Benbenek, M. & Garwick, A. W. 2012. Enablers and barriers to dietary practices contributing to bone health among early adolescent Somali girls living in Minnesota *Pediatric Nursing* 17 (3), 205-14.
- Bennett, J. & Bennett, M.J. 2004. *Developing Intercultural Sensitivity: An Integrative Approach to Global and Domestic Diversity*. Teoksessa D. Landis, J. Bennett & M. J. Bennett. *Handbook of Intercultural Training*. 3. ed. California: Sage.
- Bergerstöm, M., Kieler, H. & Waldenström, U. 2009. Effects of natural childbirth preparations versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicentre trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology* 1167-1175.
- Berry, J. W. 1992. Prejudice, Ethnocentrism and Racism. *Siirtolaisuus* 3, 5-9.
- Bohm, D. 1996. *On dialogue*. Edited by Nichol, L. London: Routledge.

- Bohm, D. 2010. *On dialogue*. Edited by Nichol, L. London: NewYork.
- Blonna, R., Loschiavo, J. & Watter, D. 2011. *Health Counselling. A Microskills Approach for Counselors, Educators, and School Nurses*. Ontario: Jonet Parlett Learning.
- Bomar, P. (toim.) 1992. *Nurses and family health promotion: Concepts, assessment and interventions*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Bomar, P.J. 2004. *Promoting Health in Families. Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*. Kolmas painos. Kanada: Saunders.
- Bondas, T. 2002. Finnish women's experience of antenatal care. *Midwifery* 18 (1), 61-71.
- Bowden, J. & Manning, V. 2006. *Health Promotion in Midwifery 2nd Edition: Principles and practice*. Toinen painos. New York: Oxford University Press.
- Boyd C.O. 1993. Combining qualitative and quantitative approaches. *Teoksessa: P.L. Munhall, C.O. Boyd (toim.) Nursing Research: A Qualitative Perspective, Second Edition*. New York, NY: National League for Nursing Press, 454-475.
- Brady, C.L. 2013. Understanding Learning Styles: Providing the Optimal Learning Experience. *International Journal of Childbirth Education* 28 (2), 16-19.
- Bryanton, J. & Beck CT. 2010. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database Syst Rev.* 20 (1). [viitattu 10.12.2013]. Saatavilla [www-muodossa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004068.pub3/pdf/standard>](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004068.pub3/pdf/standard)
- Bulman, K. H., & McCourt, C. 2002. Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: A case study. *Critical Public Health* 12 (4), 365-380.
- Calais, E., Dalbye, R., Nyqvist, Kh. & Berg M. 2010. Skin-to-skin contact of fullterm infants: an explorative study of promoting and hindering factors in two Nordic childbirth settings. *Acta Paediatrica*. 99 (7), 1080-1090.
- Camden, C., Swaine, B., Tétreault, S., Bergeron, S. & Lambert, C. 2009. SWOT analysis of a pediatric rehabilitation programme: A participatory evaluation fostering quality improvement. *Disability and Rehabilitation* 31 (16), 1373-1381.
- Campinha-Bacote, J. 2007. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: The journey continues. 5 painos. Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J. 2011. Delivering Patient-Centered Care in the Midst of a Cultural Conflict: The Role of Cultural Competence. *OJIN: The Online Journal of Issues of Nursing*, 16 (2). Manuscript 5. Ana Periodicals. [viitattu 10.12.2013]. Saatavilla [www-muodossa: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No2-May-)

- 2011/Delivering-Patient-Centered-Care-in-the-Midst-of-a-Cultural-Conflict.html >
- Candela, L., Dalley, K. & Benzel-Lindley, J. 2006. A case of Learning.Centered Curricula. *Journal of Nursing Education* 45 (6), 59-65.
- Carr, W. & Kemmins, S. 1986. *Becoming critical: Education, knowledge and action research*. London: Routledge.
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Gipson, T., Volpe, E. & Jean-Pierre, P. 2007a. Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. *Patient Education and Counseling* 66 (3), 337-345.
- Carroll, J., Epstein, R., Fiscella, K., Volpe, E., Diaz, K. & Omar, S. 2007b. Knowledge and beliefs about health promotion and preventive health care among Somali women in the United States. *Health Care for Women International* 28 (4), 360-380.
- Castaneda, A. & Gaily, S. 2011. Maahanmuuttajien hyvinvointia ja terveyttä tutkitaan. *Hyvinvointikatsaus* 2, 83-85.
- Castaneda, A., Rask, S., Koponen, P, Mölsä, M., Koskinen, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalia-lais- ja kurditaustaisista Suomessa. *Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Chalmers, B. & Hashi, K. 2000. Somali women's birth experience in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth* 24 (4), 227-234.
- Chalmers, B., & Omer-Hashi, K. 2002. What Somali women say about giving birth in Canada? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20 (4), 267-282.
- Chin, J. L. 2000. Culturally Competent Health Care. *Public health reports* 115 (1), 25-33.
- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. *Tutkijan arkipäivän etiikka*. Helsinki: Vastapaino.
- Cohen, L. and Manion, L. 1995. *Research Methods in Education*. London: Routeledge and Kegan Paul.
- College of Nurses of Ontario 2008. Practice guideline. Culturally sensitive care. [Viitattu 27.10.2013.] Saatavilla [www-muodossa http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf)
- Cronin, C. 2002. First-time mothers- identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing* 12, 260-267.
- Correa-Vele, I. & Ryan, J. 2012. Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women & Birth* 25 (1), 13-22.
- Craig, H. J. & Dietsch, E. 2010. "Too scary to think about": First time mothers' perceptions of the usefulness of antenatal breastfeeding education. *Women & Birth* 23 (4), 160-5.
- Creswell, J. W. 2014. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4 painos. USA: Sage Publication Inc.
- Daly-Gordon, E. 2013. *The Effects of a Cultural Immersion on the Cultural Competence of Student Nurses*. Walden University. Dissertation.

- Davies, P. & Bath, B.A. 2001. The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing* 36 (2), 237-245.
- Deave, T. & Johnson, D. 2008. The transition to parenthood: what does it mean for fathers? *Journal of Advanced Nursing* 63 (6), 626-33.
- Deave T., Johnson D. & Ingram J. 2008. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth* 8:30. [viitattu 10.12.2013]. Saatavilla [www-muodossa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2519055/>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2519055/)
- Degni, F., Koivusilta, L. & Ojanlatva, A. 2006. Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somalia descent living in Finland. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 11 (3), 190-196.
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., Ansari, W.E. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2012. Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of Somali women living in Finland. *Journal of Immigrant and Minority Health* 14, 330-343.
- Dennis, G.L., Fung, K., Grigoriadis, S., Robinson, G.E., Romans, S. & Ross, L. 2007. Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. *Women's Health* 3 (4), 487-502.
- DiSantis, K.L., Grier, S.A., Odoms-Young, A., Baskin M.L., Carter-Edwards, L., Young, D.R., Lassiter, V. & Kumanyika, S.K. 2012. What "price" means when buying food: insights from a multisite qualitative study with Black Americans. *American Journal of Public Health* 103 (3), 516-522.
- DeStephano, C., Flynn, P. M. & Brost, B.C. 2009. Somali prenatal education video use in a United States obstetric clinic: A formative evaluation of acceptability. *Patient Education and Counseling* 81, 137-141.
- Di Mario, S. ym. 2005. What is effectiveness of antenatal care? (Supplement). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report.
- Dundek, L. 2005. Establishment of a Somali Doula program at a large Metropolitan hospital. *Journal of perinatal & Neonatal Nursing* 20 (2), 128-137.
- Dunkley, J. 2000. *Health Promotion in Midwifery Practice. A Resource for Health Professionals*. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St. Louis, Sydney and Toronto: Baillière Tindall.
- Ekholm, M. 1998. "Oletan teidän olevan muslimeja": - Miten terveydenhoitaja kohtaa somaliperheen äitiys- ja lastenneuvolassa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen lisensiaattityö.
- Eriksson, E., Rekola, L. Valta, A. & Ogbeide, T. 2007. Osaamisen johtaminen ammattikorkeakoulussa hoitotyön ja ensihoidon koulutusohjelmissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Tutkimuksia ja raportteja, sarja A54.

- Escott, D., Slade, P., Spiby, H. & Fraser, R. B. 2005. Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method of preparation for labour. *Midwifery* 21 (3), 278-91.
- Eskola, K., Hytönen, E. & Komulainen, S. 1990. Äitiyshuolto ja naistentautien sairaanhoito. Porvoo-Helsinki-Juva: WSOY.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Tampere: Vastapaino.
- Espoon kaupungin monikulttuurisuusohjelma 2009–2012. [Viitattu 12.11.2013.] Saatavilla [www-muodossa <http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/Maahanmuuttajapalvelut/Monikulttuurisuusohjelma>](http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ ja_ terveyspalvelut/Maahanmuuttajapalvelut/Monikulttuurisuusohjelma)
- Essén, B., Hanson, B., Föstergren, P.-O., Lindquist, P. & Gudmundsson, S. 2000. Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 79, 737-743.
- Essén, B., Sjöberg, N.-O., Gudmundsson, S., Östergren, P. O. & Lindquist, P. 2004. No association between female circumcision and prolonged labour: a case control study of immigrant women giving birth in Sweden. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 121, 182-185.
- ETENE 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriö valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisu 35. [viitattu 10.12.2013]. Saatavilla [www-etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5501.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5501.pdf)
- Ewles, L. & Simnett, I. 1995. *Terveyden edistämisen opas*. Suomentaja Paula Ovaska Romano. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Ewles, L. & Simnett, I. 2010. *Promoting Health, a practical guide*. Fourth edition. London: Baillière Tindal.
- Fabian, H., Rådestad, I., Rådriguez, A. & Waldenström, U. 2008. Women with non-Swedish speaking background and their children: a longitudinal study of uptake of care and maternal and child health. *Acta Paediatrica* 97, 172-178.
- Fabian, H., Rådestad, I. & Waldenström U. 2004. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery* (3) 20, 226-235.
- Fabian, H., Rådestad, I. & Waldenström, U. 2005. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 84 (5), 436-443.
- Fabian, H., Rådestad, I. & Waldenström, U. 2006. Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. *Acta Paediatrica* 95 (11), 1360-1369.
- Feldmann, C. T., Bensing, J. M. & de Ruijter, A. 2006. Worries are the mother of many diseases: General practitioners and refugees in the Netherlands on stress, being ill, and prejudice. *Patient education counseling* 65 (3), 369–380.

- Fertman, I.,C & Allensworth, D. 2010. Health promotion programs, from theory to practice. Society for Public Health Education. Jossey-Bass.
- Finnström, B. & Söderhamn, O. 2006. Conceptions of pain among Somali women. *Journal of Advanced Nursing* 54 (4), 418-425.
- Flick,U., von Kardoff, E. & Steinke, E. 2004. A companion to qualitative research. London: Sage.
- Flinck, M. 2005. Itse teossa. Toimintatutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali-ja terveysalan henkilöstön työssä jaksamisen kehittämishankkeesta vuosilta 2000–2002. Turun yliopiston julkaisuja C 222. Turun yliopisto.
- Forsander, A. 2012. Maahanmuutto ja maahanmuuttajat pääkaupunkiseudulla. Helsingin kaupunki. [Viitattu 12.11.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/0994f3004a82976d8f7cefa69667230d/Maahanmuutto+ja+maahanmuuttajat+p%C3%A4%C3%A4kaupunki+seudulla.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0994f3004a82976d8f7cefa69667230d>](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/0994f3004a82976d8f7cefa69667230d/Maahanmuutto+ja+maahanmuuttajat+p%C3%A4%C3%A4kaupunki+seudulla.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0994f3004a82976d8f7cefa69667230d)
- Forsius, A. 2003. Äitiysneuvonnan kehitysvaiheita. Kuvauksia lääketieteen historiasta. [Viitattu 12.11.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/ait_neuv.html>](http://www.saunalahti.fi/arnoldus/ait_neuv.html)
- Foster, G. 1969 . *Applied Anthropology*. Boston: Little, Brown.
- Frankish, C.J., Lovato, C.Y. & Poureslami, I. 2007. Models, theories, and principles of health promotion: Revisiting their use with multicultural populations. Teoksessa: M.V. Kline & R.M. Huff (toim.) *Health promotion in multicultural populations: A handbook for practitioners and students*. London, New Delhi, Singapore: Sage Publication, 57-101
- Friedewald, M. 2007. Facilitating Discussions Among Expectant Fathers: Is Anyone Interested? *The Journal of Perinatal Education* 16 (2), 16-20.
- Gagnon A. J. & Sandall, J. 2007. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Review* (3).
- Gagnon A & Waghorn K 1996 . Supportive care by maternity nurses: A work sampling study in an intrapartum unit. *Birth* 23 (1), 1-7.
- Gale, J., Fothergill-Bourbonnais, F., & Chamberlain, M. 2001. Measuring nursing support during childbirth. *American Journal of Maternal Child Nursing* 26, 264-271.
- Gao. 1996. Content analysis a methodology for structuring and analyzing writing material: Program evaluation and Methodology Division. United States General Accounting Office, Washington. [Viitattu 12.11.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://archive.gao.gov/d48t13/138426.pdf>](http://archive.gao.gov/d48t13/138426.pdf)
- Gastro, F. G., Cota, M. & Vega, S. C, 1999. Health Promotion in Latino Population. A Sociocultural Model for Program Planning, Development, and Evaluation. Teoksessa R. M. Geissler E.G. 1998, *Guide to cultural assessment*. 2. painos. St. Louse: Mosby Inc.
- Geissler, E. 1998. *Pocket Guide Series. Cultural Assesment*. Phoenix: Elsevier - Health Sciences Division

- Gerrish, K., Naisby, A. & Mubarak, I. 2012. The meaning and consequences of tuberculosis among Somali people in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing* 68 (12), 2654-2663.
- Gissler, M., Malin, M. & Matveinen, P. 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut: Terveysthuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Helsinki: Työministeriö.
- Gordon, J., Hazlett, V., Ten Cate O., Kliminster, S., Prince, K., O'Driscoll, E., Snell, L. & Newble, D. 2000. Strategic planning in medical education: enhancing the learning environment for students in clinical settings. *Medical Education* 34 (10), 845-850.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105-112.
- Graner, S., Mogren, I., Duong, L.Q., Kranz, G. & Kligberg-Allvin, M. 2010. Maternal health care professionals' perspectives on the provision and use of antenatal and delivery care: a qualitative descriptive study in rural Vietnam. *BioMed Central, Public Health* 10, 608.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. 1999. *Health Program Planning: An Educational and ecological approach*. Ferton & Mountain View; CA; Mayfield. ch approach. Ferton & Mountain View, CA: Mayfield.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. 2005. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4 painos. NY: McGraw-Hill Higher Education.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., Patridge, K.B. 1980. *Health promotion planning: A diagnostic approach*. Palo Alto, C.A: Mayfield.
- Green, J. & Tones, K. 2010. *Health Promotion, planning and Strategies*. London: Sage Publication.
- Grundy, S. (1988). Three Modes Of Action Research. as cited. Teoksessa S. Kemmis & R. McTaggart, (toim.) (1988). *The Action Research Reader*. 3. painos. Geelong: Deakin University Press.
- Haapio, S., Koski, K., Koski, P. & Paavilainen, R. 2009. *Perhevalmennus*. Helsinki: Edita.
- Hakulinen-Viitanen, T., Koponen, P., Julin, M., Perälä, M-L., Paunonen-Immonen, M. & Luoto, R. 2007. Asiakanäkökulma äitiyshuollon palvelujen saatavuuteen ja jatkuvuuteen. *Hoitotiede* 19 (6), 326-337.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, selvityksiä 22. Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Saaristo, V., Hastrup, A., & Rimpelä, M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakesin raportteja 21/2008. Helsinki: Valopaino Oy. [viitattu 10.12.2013]. Saatavilla [www.muodossa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77329/R21-2008-VERKKO.pdf?sequence=1 >](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77329/R21-2008-VERKKO.pdf?sequence=1)
- Hall, S. 2003. Kulttuuri, paikka ja identiteetti. Teoksessa M. Lehtonen & O. Löytty (toim.) *Erilaisuus*. Tampere: Vastapaino 85-128.

- Hampshire, A., Blar, M., Crown, N., Avery, A., Williams, I. 1999. Action Research: a useful method of promoting change in primary care. *Family practice* 16 (3), 305-311.
- Hartley, A. & Hamid, F. 2002. Investigation in to the suitability and accessibility of catering practices to inpatients from minority ethnic groups in Bern. *Journal of Human Nutrition and dietetics* 15, 203-209.
- Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalinaisten terveystieteistä ja perhe-elämän käytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteen väitöskirja.
- Hawkins, A.J., Lovejoy, K.R., Holmes, E.K. & Fawcett, E. 2008. Increasing Fathers' Involvement in Child Care With a Couple-Focused Intervention During the Transition to Parenthood. *Family Relations* 57 (1), 49-59.
- Hegarty, K., Gunn, J., Foster, D., Nagle, C., Grant, B. & Lumley, J. 2006. Women's views and outcomes of an educational intervention designed to enhance psychosocial support for women during pregnancy. *Birth* 34 (2), 155-163.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2007. Tiede, totuus ja toimintatutkimus. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura, 143-161.
- Heikkinen, H.L.T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa: H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Jyväskylä: Atena, 25-62.
- Heimo, E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa: seurantatutkimus vuosina 1997-2000. Turun yliopisto: Hoitotieteen väitöskirja.
- Heino, E. 2013. Kulttuuritulkintoiminta. Empowerment of Families with Children-hankkeessa. Helsingin yliopisto.
- Heinonen, K., Pietilä, A-M. & Moilanen, I. 2007. Monikkovanhempien kuvauksia saamastaan tuesta - haastattelututkimus kaksosten vanhemmille. *Hoitotiede* 19 (4), 223-235.
- Helman, C. G. 1998. Culture, Health and Illness. An Introduction for health professionals. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Helman, C. G. 2007. Culture, Health and Illness. An Introduction for health professionals. 5. painos. New York: Taylor & Francis Ltd.
- Helminen, M-L. 2013. Ulkomaalaistaustaiset äidiksi nuorempana. Tilastokeskus. [Viitattu 6.10.2013] Saatavilla [www.muodossa: http://www.tilastokeskus.fi/tup/v12010/art_2013-06-04_001.html](http://www.tilastokeskus.fi/tup/v12010/art_2013-06-04_001.html)

- Helsingin kaupungin palvelut maahanmuuttajille. Maahanmuutto- ja kotoutumisasioiden neuvottelukunta. Helsinki. Viitattu 12.11.2013. Saatavilla www-muodossa:
<<http://www.hel.fi/hki/heke/fi/Maahanmuutto/Toiminta-alueet/Kotouttaminen>>
- Helsingin sanomat 21.9.2013. HS: Suomalaisten asenteet maahanmuuttoa kohtaan osin koventuneet.
- Helsingin sanomat 25.10.2013. HS: Maahanmuuttaja ei kotoudu Suomeen pysymällä kotona.
- Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri 2009. Synnytyspelosta kärsiville on omia tukiryhmiä [Viitattu 10.9.2009] Saatavilla www-muodossa:
<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1995,6344>>.
- Helsingin yksityinen äitiys- ja isyysneuvola 2009. Äitiysneuvolapalvelut. Synnytysvalmennus [Viitattu 10.9.2009] Saatavilla www-muodossa:
<<http://www.helsinginyksityinenaitiysneuvola.fi/>>.
- Hemminki, E. & Gissler, M. 2007. Äitiysneuvolat naistenneuvoloiksi ja hyvinvointineuvoloiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Helsinki: Stakes.
- Herr, K. & Anderson, G. L. 2005. The Action Research Dissertation. A Guide for Students and Faculty. London: Sage.
- Herrel, N., Olevitch, L., DuBois, D., Terry, P., Throp, D., Kind, E. & Said, A. 2004. Somali Refugee Women Speak out their need for caring during pregnancy and delivery. *Journal of Midwifery & Womens Health* 49 (4), 345-349.
- Hill, N., Hunt, E. & Hyrkäs, K. 2012. Somali Immigrant Women's Health Care Experiences and Beliefs Regarding Pregnancy and Birth in the United States. *Transcultural Nursing* 23 (1): 72-81.
- Hirsjärvi, S. & Hurme H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinki Unoiversity Press: Tallinna Raamatutrükikoda
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirstiö-Snellman, P. & Mäkelä, M. 1998. Maahanmuuttajat terveyspalveluiden asiakkaina. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1998:12. [viitattu 10.12.2013]. Saatavilla www-muodossa:
http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/sel98_12/all98_12.htm>
- Hirvonen E. 2000. Raskaus nuoren valintana: Etnografia alle 18-vuotiaiden nuorten raskaudesta, tulevasta vanhemmuudesta ja elämäntilanteesta sekä äitiysneuvolakäynneistä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja
- Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa: näkökohtia terveyteen. Teoksessa A.-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E.-M. Salminen & K. Sirola (toim.)

- Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 35-61.
- Hirvonen E., Pietilä A.-M. & Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu - tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa A.-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E.-M. Salminen & K. Sirola (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät, Helsinki: WSOY, 219-242.
- Hofstede, G. 1993. Kulttuurit ja organisaatiot. Mielen ohjelmointi. Helsinki: WSOY.
- Holma, T. 2003. ITE 2- opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallinnan käyttöön. Helsinki: Suomen kuntaliitto, Hakapaino Oy.
- Holmes, E. 2009. Health promotion in immigrant and refugee populations: cultural appropriate strategies for health promotion. Literary review. 3 Cheers for the Early years. Alberta Health Services- Calgary. [Viitattu 12.11.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.calgaryhealthregion.ca/programs/diversity/diversity_resources/research_publications/Health%20Promotion%20Report%20Update%202009%20.pdf >](http://www.calgaryhealthregion.ca/programs/diversity/diversity_resources/research_publications/Health%20Promotion%20Report%20Update%202009%20.pdf)
- Holroyd, E., Twinn, S. & Ip, W. Y. 2011. Chinese women's perception of effectiveness of antenatal education. *British Journal of Midwifery* 19 (2): 92-98.
- Holter, I.M. & Schwartz-Barcott, D. 1993. Action Research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing* 128, 298-304.
- Honkasalo, V. 2010. Tyttöjen kesken: Monikulttuurisuus ja sukupuolten tasa-arvo nuorisotyössä. Väitöskirja (artikkeli). Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalitieteiden laitos, sosiologia. Nuorisotutkimusverkoston/Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 109.
- Hopia, H. 2006. Somaattisesti pitkäaikaissairaalan lapsen perheen terveyden edistäminen: toimintatutkimus lastenosastolla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja.
- Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. 2005. Qualitative Health Research Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15 (9), 1277-1288.
- Huff, R. & Kline, M. 2007. Promoting Health in Multicultural Populations. A Handbook for practitioners. Singapore: Sage Publication.
- Huttunen, J. 2012. Mikä on terveys? Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 12.11.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903>](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903)
- Huttunen, R. & Heikkinen, H.L.T. 1999: Kriittinen teoria ja toimintatutkimus. Teoksessa: H.L.T. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Jyväskylä: Atena, 155-184.
- Häggglund, M. 2009. Sharing is Caring. Integrating Health Information System to Support Patient. Centered Shared Homecare. *International Journal of Integrated Care* 9 (11), 98.

- Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A-M. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2007 (44), 47-62.
- Hämeen-Anttila, J. 2004. *Islamin käsikirja*. Helsinki: Otava.
- Ickovics, J. R., Kershaw, T. S., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H., & Rising, S. S. 2007. Group Prenatal Care Reduces Preterm Birth: Results from a Multi-site Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology* 110 (2): 330-339.
- Iduozee, T. 1997. Etniset vähemmistöt ja kirjastot – Monikulttuurisuus Helsingin kaupunginkirjastossa. Informaatiotutkimuksen sivuainetutkielma. [Viitattu 6.10.2013.] Saatavilla <http://www.muodossa.fi/julkaisut/tutkielma/<http://www.edilex.fi/saadokset/smur/19720066/muutos19910605>>.
- Isaacs, W. 1999. *Dialogue and the Art of Thinking Together*. New York: Doubleday.
- Islamopas 2008. Islam ja perhe. [Viitattu 20.08.2008.] ><http://www.islamopas.com/familj1.html>>
- Jayasekara, R.S. 2012. Focus groups in nursing research: methodological perspectives *Nursing Outlook* 60 (6), 411-416.
- Janhonen, S. 1999. Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. *Hoitotiede* 11 (6), 334-339.
- Johnson, M. J., Evans, D. G., Mohamed, Z., & Caress, A. L. 2006. The development and evaluation of alternative communication strategies to facilitate interactions with Somali refugees in primary care: A preliminary study. *Informatics in Primary Care* 14 (3), 183-189.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J., 2004. Mixed Methods Research. A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher* 7 (33), 14-26.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J. & Turner, L.A. 2007. Towards of definition of Mixed Method Research. *Journal of Mixed Methods Research* 1 (12), 112-133.
- Jokikokko, K. 2002. Interkulttuurinen kompetenssi apuna kulttuurien kohdatessa. Teoksessa R. Räsänen, K. Jokikokko, M.-L. Järvelä & T. Lamminmäki-Kärkkäinen (toim.) *Interkulttuurinenopettajankoulutus, Oulun yliopisto*. Jatkokoulutusryhmän raportti.
- Jokinen, P. & Koskinen, L. 2000. Ryhmähaastattelu aineistonkeruun menetelmänä -haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 13 (6), 301-309.
- Järvensivu, M. 2005. Työtunnit päiväkirjaan: ajankäytön tutkimus yliopistojen ja korkeakoulun opettajien työajasta. *Hyvinvointikatsaus* 3, 51-54.
- Kaila-Behm, A. 1997. *Miehestä esikoisen isäksi*. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden väitös.
- Kaila-Behm A & Vehviläinen-Julkunen, K. 2000. Ways of being a father: how first-time father and public health nurses perceive men as fathers. *International Journal of Nursing Studies* 37,199-205.

- Kalaja, M. 2007. "Sinut oman kehon kanssa". Toimintatutkimus kehontuntemusta kehittävistä lukion liikuntakurssista. Jyväskylän yliopisto. Liikuntapedagogiikan lisensiaatintutkimus.
- Kalliovalkama, E. & Munnukka, T. 2003. Isä keisarileikkaussynnytyksessä. *Hoitotiede* 15 (1), 3-13.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kannas, L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. *Aikuiskasvatus* 12 (2). 68-76.
- Kannas, L. 2002. Terveyskasvatus terveyden edistämisen keinona. Teoksessa: P. Terho, E.-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. 2. uud. painos. Jyväskylä: Duodecim, Gummerus Kirjapaino Oy, 412-422.
- Kannas, L. 2006. Terveystieto oppiaineen pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa H. Peltonen & L. Kannas (toim.) *Terveystieto tutuksi - ensiapua terveystiedon opettamiseen*. Helsinki: Opetushallitus, 21-26.
- Kannas, L., Peltonen, H. & Aira, T. 2009. Kokemuksia ja näkemyksiä terveystiedon opetuksesta yläkoulussa. Terveystiedon kehittämistutkimus osa I. Opetushallitus, Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa <http://www.opi.fi/download/115911_kokemuksia_ja_nakemyksia_terveystiedon_opetuksesta_ylakouluissa.pdf >](http://www.opi.fi/download/115911_kokemuksia_ja_nakemyksia_terveystiedon_opetuksesta_ylakouluissa.pdf)
- Kansanterveyslaki 1972/66. . [Viitattu 13.4.2013]
- Kasvunkumppanit lasten hyvinvointia vahvistamassa 2013. [Viitattu 15.06.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fii/peruspalvelut/neuvola/aitiysneuvola/aitiysneuvolaopas>](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fii/peruspalvelut/neuvola/aitiysneuvola/aitiysneuvolaopas)
- Keirse, M. J. N. & Plutzer, K. 2010. Women's attitudes to and perceptions of oral health and dental care during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine* 38 (1), 3-8.
- Kemmis, S. & McTaggart, R., 1990. *The Action Research Planner* Geelong: Deakin University Press.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu, Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan tutkimuksia 75/2001, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Khaja, K., Barklund, C., Augustine, M. & Cunningham, D. 2009. Female genital cutting: African women speak out. *International Social Work* 52 (6), 272-741.
- Khaja, K., Lay, K. & Boys, S. 2010. Female circumcision: toward an inclusive practice of care. *Health Care for Women International* 31 (8), 686-99.
- Kiikkala, I. 2000: *Hyvinvointivaltion palveluketju. Asiakslähtöisyys periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in Context of Culture*. Berkley: University of California Press.

- Klen, I., Lindqvist, U., Manninen, S., Mäkinen, A. 2009. Lapaset perheverkostohanke 2005–2008. Loppuraportti. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, selvityksiä 2009:3.
- Klementti, R. & Hakulinen-Viitainen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas – suositukset äitiysneuvolatoimintaan. Tampere: THL, Juvens Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 78-84.
- Koehn, P. & Rosenau, J. 2002. Transnational Competence in an Emergent Epoch. *International Studies Perspectives* 2002 (3), 105-127.
- Koehn, P. & Swick, H.-M. 2006 Medical Education for a Changing World. Moving Beyond Cultural Competence into Transnational Competence. *Academic Medicine* 6, 1-9.
- Koivu, A. 1994. Perhevalmennus on mielenterveystyötäkin. Teoksessa K. Vehviläinen-Julkunen & S. Saarikoski. Synnytys- ja perhevalmennuksen kehittäminen monialaisena yhteistyönä. Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja E 15, 46-53.
- Korhonen, S. 2010. Mikä on hyvä käytäntö, miten sen tunnistaa ja miten se on hyödynnettävissä? TEM- työpaja 19.05.2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 6.10.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.tem.fi/files/27199/THL_19_5_2010.pdf>](http://www.tem.fi/files/27199/THL_19_5_2010.pdf)
- Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2009. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Sairauksien ehkäisy. *Terveyskirjasto, Duodecim*. [Viitattu 12.11.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001>](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001)
- Koski, P. 2002. Somalinaisten terveysneuvonta äitiysneuvolassa. Pro gradum Oulun yliopiston hoitotieteen laitos.
- Koski, P. (toim.) 2007. Monikulttuurinen perhevalmennus. Helsinki: Edita.
- Kosunen, E. 2006. Seksuaali- ja lisääntymisterveys Suomessa. Seksuaali-terveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen työryhmää varten. Työpapereita 5/2006. Helsinki: Stakes.
- Kotikuntalaki 1994. 201/11.3.1994.
- Kouri, P. 2006. Development of Maternity Clinic on the Net service – views of pregnant families and professionals. Kuopion yliopisto: Hoitotieteen väitöskirja.
- Krueger, R. A. 2002 Designing and Conduction Focus Group Interview. [Viitattu 6.10.2013] Saatavilla [www-muodossa: http://www.eiu.edu/~ihec/Krueger-FocusGroupInterviews.pdf](http://www.eiu.edu/~ihec/Krueger-FocusGroupInterviews.pdf).
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. 2009. Focus Groups. A practical Guide for Applied Research 4th edition. London: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. 2000. Power and empowerment in nursing, three theoretical approaches. *Journal of advanced nursing* 31 (1), 235–241.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttättyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Helsinki: Vastapaino.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kylmä, J., Pietilä, A.-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa: A.-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E.-M. Salminen & K. Sirola (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 62-73.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus - mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119, 609-15.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Elo, S., Pölkki, T. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa, *Hoitotiede* 23 (2), 138-148.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005: Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3 (3), 27-30
- Laaninen, K. & Lukka, K. 2008. Maahanmuuttajien perhevalmennus. Helsingin sosiaalivirasto, Kontulan vauvaperhehanke. Sosiaaliportti, Hyvä käytäntö.
- Laanterä, S. 2011. Breastfeeding Counseling in Maternity Health Care. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences.
- Lahtinen, E., Koskinen-Ollonqvist, P., Rouvinen-Wilenius, P. & Tuominen, P. 2003. Muutos ja mahdollisuus. Terveyden edistämisen tutkimuksen arviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Selvityksiä 2003:15.
- Laitakari, J. 1992. Terveyskasvattajan oma kulttuuritausta ja sen tiedostaminen. Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 53-59.
- Laitakari, J., Miilunpalo, S., Pasanen, M. & Vuori, I. 1994. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Raportti johtavien viranhaltijoiden ja terveyskasvatuksen yhdyshenkilöiden näkemyksistä ja kehittämisehdotuksista. Terveyskasvatuksen keskuksen julkaisuja 1994:7.
- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 928/2005.
- Laki kotoutumisen edistämisestä 2010. 1386/30.12.2010.
- Laki lääketieteellisistä tutkimuksista n:o 488,6 § / 9.4.1999.
- Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta n:o 1215/2005/ 29.12.2005.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lamminpää R. & Vehviläinen-Julkunen K. 2012. Being pregnant when over 40 years of age: Women's evaluations of prenatal services in Finland. *Singapore Nursing Journal* 39 (1), 34-39.
- Larsson, M. 2005. A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy- related information. *Midwifery* 25 (1), 14-20.
- Lastenneuvolan käsikirja 2013. [Viitattu 06.09.2013] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/perusteet>](http://www.muodossa.fi)
- Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma 2007. Lapset nuoret ja perheet. Valtioneuvosto. [Viitattu 06.09.2013] Saatavilla [www-](http://www.muodossa.fi)

- muodossa: <<http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/lapset/fi.jsp>>
- Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.). *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki: WSOY.
- Lee, L.Y.K. & Holroyd, E. 2009. Evaluating the effect of childbirth education class: a mixed-method study. *International Nursing Review* 56, 361-368.
- Lehtonen, M. & Löytty, O. 2003. *Erilaisuus*. Tampere: Vastapaino.
- Leiniger, M & McFarland, M. 2006. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Toinen painos. Sudbury, MA: Jones and Bartlett
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Leinonen, E., Sjögrén, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1992. *Perhevalmennuksen opetuskäytäntö*. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja.
- Leskinen, L. & Koskinen-Ollonqvist 2005. Terveyden lukutaito ja sen kehittäminen: passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. *Promo* 15 (4-5), 2-25.
- Lewin, K. 1948. *Resolving Social Conflicts*. New York: Herper & Brothers.
- Liimatainen, L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakoulu-opiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Jyväskylän yliopisto. *Terveyskasvatuksen väitöskirja*.
- Liimatainen, L., Poskiparta, M. & Sjögrén, A. 1999. Terveyden edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. *Sosiaalilääketieteen Aikakauslehti* 2, 99-110.
- Lincoln, S.Y. & Guba, E.G. 1985. *Naturalistic inquiry*. California: Sage.
- Liukkonen, A., Heiskanen, P., Lahti, A. & Saarikoski, S. 1998. *Synnytyksivun lievittäminen*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (toim) 2010. *Nursing research : methods and critical appraisal for evidence-based practice*. St. Louis: Mosby/Elsevier.
- Lothian, J.A. & Hotelling, B.A. 2012. Top 10: Tips on Teaching Lamaze Classes. *The Journal of Perinatal Education* 21 (4), 248-252.
- Lukkarinen H & Lepola I. 2003. Metodologinen triangulaatio -tutkimuskohteen sisällöllisen kokonaisuuden hahmottaminen ja validiteetin vahvistaminen. *Hoitotiede* 15 (4), 202-213.
- Lumiario, U. 1995. *Maahanmuuttajat ja koulutuksellinen tasa-arvo Helsingin kaupungin ammatillisissa oppilaitoksissa*. Helsinki: Helsingin kaupungin opetusvirasto. Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja B16:1995.
- Löfman, P. 2006. *Itsemääräämisen edistäminen. Osallistavan toimintamallin kehittäminen reumatopotilaiden hoitotyöhön*. Turun yliopisto. *Hoitotieteen väitöskirja*.
- Malin, M. 2011. *Maahanmuuttajanaisten lisääntymisterveys vaatii erityishuomiota*. *Suomen lääkirlehti* 44 (66), 3309-3314.
- Malin, M. & Gissler M. 2006. *Maahanmuuttajien terveys- ja sosiaalipalveluiden saatavuus, laatu ja käyttö oikeudenmukaisuuden näkökulmasta*. Teok-

- sessä J. Teperi, L. Vuorijoki, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.) Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. 115-133. Helsinki: Stakes.
- Malin, M. & Gissler, M. 2008. Induced abortion among Immigrant women in Finland. *Ethnicity of Migration*, 3 (1), 2-12.
- Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BioMed Central. Public Health* 9 (84).
- Marjeta, M. 2001. Äidit ja tyttäret kahdessa kulttuurissa. Somalinaiset, perhe ja muutos. Pro gradu, Joensuun yliopisto, sosiologian laitos.
- Mathew, L. 2011. Teaching Childbirth Preparation Using Birthing Simulators: Transferring Practice From Nursing Education to Parent Education. *International Journal of Childbirth Education* 26 (4), 32-34.
- Mattus, M.-R. 1994. Haastatteluopas perhekeskeiseen työhön. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutuslaitos.
- Mayer, J. 2000. Qualitative research in health care. Using quantitative methods in health related action research. *British Medical Journal* 320, 178-81.
- McCutcheon, G., & Jung, B. 1990. Alternative perspectives on action research. *Theory into Practice* 29 (3), 144-151.
- McKellar, L., Pincombe, J. & Henderson, A. 2006. Insight from Australian parents into educational experience in the early postnatal period. *Midwifery* 22, 356-364.
- McKernan, J., 1991. Curriculum Action Research. A Handbook of Methods and Resources for the Reflective Practitioner London: Kogan Page.
- McNiven P., Hodnett E & O'Brien-Pallas L.L. 1992. Supporting women in labor: A work sampling study of the activities of labor and delivery nurse. *Birth* 19, 3-8.
- Meadows, M., Sadler, L. S. & Reitmeyer, G. D. 2000. School-based support for urban adolescent mothers. *Journal of Pediatric Healthcare* 14 (5), 221-227.
- Melender, H.-L. 2002. Feelings of fear and security associated with pregnancy and childbirth : experiences reported before and after childbirth. Turun yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja.
- Mercedes, M. & Vaughn, BE 2007. Strategic Diversity & Inclusion Management magazine. San Francisco, CA: DTUI Publications Division, 31-36.
- Meresman, S. Colmer, C., Barry, M., Davies, J. K., Lindstrom, B. Loureiro, I. & Mittelmark, M. 2006. A review of professional competences in health promotion: European perspectives. *International Journal of Health Promotion* 44 (3), 113-120.
- Mesiäislehto-Soukka, H. 2005. Perheenlisäys isien kokemana - fenomenologinen tutkimus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja.
- Metsämuuronen, J. 2008. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos, 2. korj. painos. Helsinki: International Methelp.
- Mezirow, J. 1981. A critical theory of adult learning and education. *Adult Education* 32 (1).

- Mikkanen, P. 2000. Perhevalmennuksen nykytila ja kehittämistarpeet – kyselytutkimus terveydenhoitajille, Kuopion yliopisto. Hoitotieteen lisensiaatintutkimus.
- Mitchell, K. & Branigan, P. 2000. "Using focus groups to evaluate health promotion interventions", *Health Education* 100 (6), 261-268.
- Moallin, M. 2005. Islam ja perhe. Teoksessa A. Alitolppa-Niitamo, I. Söderling & S. Fågel (toim.) *Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatillisen työn käytänteihin*. Helsinki: Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos ja Kotipuu 2005, 96-105.
- Monikulttuurisyhdistys Familia club ry 2009. Monikulttuurinen perhevalmennus [Viitattu 10.9.2009] Saatavilla [www-muodossa: \(Viitattu 12.4.2009.\) <http://www.familiacub.fi/duo_teemat_vanhemmuus_2.html>](http://www.familiacub.fi/duo_teemat_vanhemmuus_2.html).
- Moisio, E. & Martikainen, T. 2006. Kykyjen mosaiikki? Suomalaisten asiantuntijoiden näkemyksiä moninaisuudesta työelämässä vuonna 2020. Delfoi paneelin tuloksia. Monikko-projekti 2006. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E25/2006.
- Morton-Cooper, A. 2000. *Action Research in Health Care*. Oxford: Blackwell Science.
- Mullany, B. C., Becker, S. & Hindin, M. J. 2007. The impact of including husbands in antenatal health education services on maternal health practices in urban Nepal: results from a randomized controlled trial. *Health Education Research* 22 (2), 166-76.
- Mullins, L. J. 1996. *Management and Organisational Behaviour*. Fourth Edition. London: Pitman Publishing.
- Munhall, P.L. 2007. *Nursing Research: A Qualitative Perspective*. USA: Molloy Inc.
- Muñoz, K.F., Bradham, T.S. & Houston, K.T. 2011. Integrating the Medical Home into the EMDI Process, *The Volta Review* 111 (2), 151-164.
- Myrén, K. 1999. *Pois paitsiosta – maahanmuuttajien liikuntaharrastukset ja vapaa-ajanvietto*. Jyväskylä: LIKES.
- Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 124, 1507-13.
- Määttä, P. 1999. *Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt*. Jyväskylä: Atena.
- Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali, auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Duodecim* 2007 (123), 551-456.
- Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhtena: vastaaminen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen väitöskirja.
- Mönkkönen, K. 2007. *Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö*. Helsinki: Edita.
- Naidoo, J. & Wills. J. 1998. *Practising Health Promotion: Dilemmas and Challenges*, London: Bailliere Tindall.
- Nadal, K.L., Escobar, K. M.V. Pardo G.T., David, E.J.R. & Haynes, K. 2012. *Racial Microaggressions and the Filipino American experience:*

- Recommendations for Counseling and Development. *Journal of Multicultural Counseling and Development* 40 (3), 156-173.
- Naidoo, J. & Wills, J. 2005. Health promotion. Foundation for practice. 2th ed. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis Sydney, Toronto: Baillière Tindall.
- Nichols, F. N. & Humenick, S. S. 2000. Childbirth education. Practice, Research and Theory. Philadelphia, London, New York, St. Louis, Toronto and Sydney: W. B. Saunders.
- Nichols, J., Schutte, N. S., Brown, R. F., Dennis, C. & Price, I. 2009. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Education & Behavior* 36 (2), 250-8.
- Niemi, R. 2009. Onks tavallinen koe vai sellainen, missä pitää miettii? Ympäristölähtöisen terveystkasvatuspedagogiikan kehittäminen narratiivisena toimintatutkimuksena. Jyväskylän yliopisto. Terveystkasvatuksen väitöskirja.
- Nolan, M. 1998. Antenatal Education: a dynamic approach. London: Baillière Tindall.
- Nolan, M. L. & Foster, J. 2005. Birth and Parenting Skills, new directions in antenatal education. London: Elsevier.
- Nolan, M. L. 2009. Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies. *Journal of Perinatal Education* 18 (4), 21-30.
- O’Cathain, A., Murphy, E. & Nicholl, J. 2007. Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: a mixed methods study. *Health Services Research, BioMed Central, Health Service Research*, 7:85.
- Ora-Hyytiäinen, E. 2005. Ammattikorkeakouluopiskelijan vaiheittainen kasvu ja kehittyminen sairaanhoitajaksi. Kever 2.
- Ormslow, M.J, Paakkari, L.T., & Kannas, L.K 2012. Measuring child and adolescent health literacy: a systematic review of literature. *Health Education* 112 (5), 433-455.
- Oulun ensi- ja turvakoti ry:n 2009. Isyysneuvola. [Viitattu 10.9.2009] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):
<<http://www.oulunensijaturvakoti.fi/ensikoti/isyysneuvola.htm>>.
- Paavilainen, R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja.
- Paavola, A. 2004. (toim.) Perhe keskiössä. Ideoita yhteistyöhön perheiden kanssa. Kokemuksia ruotsin Leksandista ja useista Suomen kunnista. Helsinki: Lastensuojelun keskusliitto.
- Paez, A., K., Carson, K. A. & Cooper, L. A. 2008. Provider and clinic cultural competence in a primary care setting. *Social Science & Medicine* 66 (5), 1204-1216.
- Padela, A., Gunterm K. & Kilawi, A. 2011. Meeting the healthcare need of American Muslims: Challenges for health care Settings. Institute for Social Policy and Understanding, Report 25-26.

- Palonemo, V. 2000. Evaluation of a Pilot Project: Parenthood and Pregrandparenthood Education. *The Journal of Prenatal Education* 9 (2), 27-38.
- Papadopoulos, I. 2006. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Teoksessa I. Papadopoulos (toim.): *Transcultural 25 health and social care. Development of culturally competent practitioners*. UK: Elsevier, 7-23.
- Partanen, R. 2002. *Maahanmuuttajien ravitsemusneuvonta, Tieto maahanmuuttajien ravitsemusneuvonnasta ja ruokakulttuurista*. Helsinki: Dieettimedia.
- Parviainen, L. 2005. Fokusryhmät. Teoksessa S. Ovaska, A. Aula & P. Marjaranta (toim.) *Käytettyvyytutkimuksen menetelmät*. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1, 53-62.
- Pathy, R., Mills, K.E., Gazeley, S., Ridgley, A., & Kiran, T. 2011 *Ethnicity & Health*, 2011 Health is a spiritual thing: perspectives of health care professionals and female Somali and Bangladeshi women on the health impacts of fasting during Ramadan. *Ethnicity & Health* 16 (1), 43-56.
- Patton, M.C. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3th Ed. London, New Delhi: Sage Publication, Thousand Oaks, 247-257.
- Pavlish, C.L., Noor, S. & Brandt, J. 2010. Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71 (2), 355-361.
- Paz-Pascual, C., Pinedo, I. A. Grandes, G., de Gamboa, G. R. F., Hermosilla, I. O., de la Hera, A. B., Gordon, J. P., Garcia, G. M. & de Pedro, M. U. 2008. Design and process of the EMA Cohort Study: the value of antenatal education in childbirth and breastfeeding. *BioMed Central. Nursing* 7:5.
- Pelkonen, M. 1994. *Lapsiperheen voimavarat ja niiden ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin*. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden väitöskirja.
- Pelkonen M. & Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14 (5), 201-212.
- Pender, N. 1996. *Health Promoting in Nursing Practice*. 3.painos. London: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. 2011. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6.painos. Boston MA: Pearson.
- Pennington, D. C. 2005. *Pienryhmän sosiaalipsykologia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Percey-Smith, B. 2007. "You think you know? You have no idea: youth participation in health in health policy development. *Health Education Research* 22 (6), 879-894.
- Perhekeskus, Diakonia ammattikorkeakoulun projekti 2009. Leksandin malli. [Viitattu 10.9.2009] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <<http://www.perhekeskus.fi/leksandinmalli.htm>>.
- Perhevalmennuksen käsikirja (2007). Lapaset Perheverkosto -hanke. Helsinki. [Viitattu 06.09.2013] Saatavilla [www-muodossa](http://www.hel.fi/hel2/Helsinginseutu/hankkeet/Terveysneuvonta/Perhevalmennuksen_kasikirja.pdf): <http://www.hel.fi/hel2/Helsinginseutu/hankkeet/Terveysneuvonta/Perhevalmennuksen_kasikirja.pdf>

- Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. [Viitattu 16.6.2013.] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):
<<http://www.julkari.fi/handle/10024/110498>>
- Perhoniemi, R. & Jasinskaja-Lahti, I. 2006. Maahanmuuttajien kotoutuminen pääkaupunkiseudulla. Seurantatutkimus vuosilta 1997-2004. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Perinataalitalasto - synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012. [Viitattu 16.6.2013.] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa):
<<http://www.julkari.fi/handle/10024/110498>>
- Piensoho, T. 2001. Äitiyden alkumetrit. Naisten raskaudelle ja synnytykselle antamat merkitykset ja oppimiskokemukset. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteen väitöskirja.
- Pietilä-Hella, R. 2010. Tuntemattomista vertaistuttaviksi. Esikoisäitien ja -isien perhevalmennusprosessi Espoon uudentyyppisessä perhevalmennuskokeilussa. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A, tutkimuksia 29.
- Pietilä, A.-M., Eirola R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Työmenetelmät terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa A.-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E.-M. Salminen K. & K. Sirola (toim.) Terveyden edistämisen uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 148-171.
- Pietilä, A.-M., Halkoaho, A., Länsimies-Antikainen, H. & Vähäkangas, K. 2008. Terveyden edistämisen tutkimuksen eettinen ja menetelmällinen perusta. *Hoitotiede*, 6, 304-313.
- Pietilä, A.-M., Halkoaho, A. & Matveinen, M. 2010 Terveyttä edistävää toimintaa mahdollistavat tekijät ja työn kehittäminen. A.-M. Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen teorioista toimintaan. Porvoo: WSOYpro Oy, 259-270.
- Pietilä, A.-M., Halkoaho, A., Matveinen, M., Länsimies-Antikainen, H., Häggman-Laitila, A. & Kangasniemi, M. 2013. Terveyden tasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyöskentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämiseksi. *Tutkiva Hoitotyö* 11 (1), 35-43.
- Pirkkalainen, P. 2005. Somali diaspora in Finland - assistance of the country of origin. Pro gradu, Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/11638>>
- Pirskanen, M. 2007. Nuorten päihteettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja.
- Pohjanpää, K. 2003. Syrjintä. Terveystottumukset. Teoksessa K. Pohjanpää, S. Paananen & M. Nieminen. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Tilastokeskus. *Elinolot*: 2003: 1, 137-142.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. 2014. *Nursing research*. 4 . painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista - videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteen väitöskirja.
- Purnell, L. & Paulanka, B. 2003. Transcultural health care. A culturally competent approach. Second edition. United States of America: F.A. Davis Company.
- Pötsönen, R. & Pennanen, P. 1998. Ryhmähaastattelun käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Teoksessa R. Pötsönen & P. Välimaa: Ryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Terveystieteiden laitoksen julkaisusarja 9/1998.
- Raatikainen, S. 2012. Miksi vanhemmat eivät osallistu perhevalmennukseen? Pro gradu, Itä-Suomen yliopiston hoitoteiteen laitos. Saatavilla http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120653/urn_nbn_fi_uef-20120653.pdf
- Raine, R. Cartwright, M. & Richens, Y., Mahamed, Z. & Smith, D. 2010. A Qualitative Study of Women's Experiences of Communication in Antenatal Care: Identifying Areas for Action. *Matern Child Health Journal* 14, 590-599.
- Rautava, P. 1989. Health education in the Finnish maternity health care system. Evaluation of effectiveness. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveysten edistäminen. Sarja Tutkimukset 13/89. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Reed, S. D., Assefi, N. P., Gooding, T. D., & Teklemariam, M. 2002. Knowledge and attitudes regarding routine health screening and prevention in Somali, Vietnamese, and Latino women. *Clinical Journal of Women's Health* 2 (3), 105-111.
- Renkert, S. & Nutbeam, D. 2001. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International* 16 (4), 381-388.
- Reuna, V. 1998. Perhebarometri 1998. Vastuu perheen arjessa. Väestöntutkimuslaitos E 4/1998. Helsinki: Väestöliitto.
- Ribeiro, C.P. & Milenez, H. Knowledge, attitude and practice of women in Campinas, São Paulo, Brazil with respect to physical exercise in pregnancy: a descriptive study. *Reproductive Health* 8:31.
- Rimpelä, M. 2005. Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutavatko kansanterveystieteen käsitteet historiaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 70 (1), 54-62.
- Rimpelä, M. 2009. Maahanmuuttajat pakottavat näkemään monikulttuurisuuden haasteena. *Suomen lääkärilehden pääkirjoitus/Tiede* 13.3.2009, 988.
- Rimpelä, M. 2010. Terveystieteiden edistämiseen. Teoksessa T. Stål & M. Rimpelä 2010. (toim.) Terveysten edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rinehart, W., Rudy, S. & Drennan, M. 1998. GATHER Guide to Counseling. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

- Riordan, J. & Gill-Hopple, K. 2001. Breastfeeding Care in Multicultural population, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 30 (2), 216-221.
- Risjord, M., Moloney, M. & Dunbar, S. 2001. Methodological Triangulation in Nursing research. *Philosophy of the Social Sciences* 31, 40-59.
- Roer-Strier, D., Strier, R., Este, D., Shimoni, R. & Clark, D. 2005. Fatherhood and immigration: challenging the deficit theory. *Child & Family Social Work* 10 (4), 315-329,
- Romano, A. 2007. A Changing Landscape: Implications of Pregnant Women's Internet Use for Childbirth Educators. *The Journal of Perinatal Education* 16 (4), 18-24.
- Rostila, I. 1997. Keskustelu sosiaaliluukulla - Sosiaalityön arki sosiaalitoimen toimeentulokeskusteluissa. Tampereen yliopisto. Sosiaalityön väitöskirja.
- Rothe, E; Holt, C. Kuhn, C, McAteer, T. , Askari, I. O'Meara. M., Sharif, A. & Dexter., W. 2010. Barriers to Outdoor Physical Activity in Wintertime Among Somali Youth. *Journal of Immigrant & Minority Health* 12 (5), 726-736.
- Rouhe, H., Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2007. Synnytyspelon vuoksi tehdyt keisarileikkaukset vuosina 1999 - 2005. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 123 (20), 2481-6.
- Rousu, S. & Holma, T. 2004. Lastensuojelupalvelujen onnistumisen arviointi. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Risjord, M., Moloney, M. & Dunbar, S. 2001. Methodological Triangulation in Nursing research. *Philosophy of the Social Sciences* 31, 40-59.
- Ruotsalainen, K. & Nieminen, J. 2012. Toisen polven maahan muuttajia vielä vähän Suomessa. *Tieto&trendit* 4-5
- Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja,
- Ryttyläinen, K.; Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. 2007. Äitiyshuolto tulevaisuudessa -naisten näkemykset. *Tutkiva hoitotyö* 5 (2), 22-28.
- Räsänen, R., Jokikokko, K., Järvelä, M.-L. & Lamminmäki-Kärkkäinen, T. 2002. Interkulttuurinen opettajakoulutus. Utopiasta todellisuudeksi toimintatutkimuksen avulla. Tutkimusprojektin raportti. Oulun yliopisto.
- Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Tammi.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana www-muodossa:
<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html> >
- Sainola-Rodrigues, K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa - transnationaalinen taitoko? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* (44), 216-227.
- Sakardi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. & Bremberg, S. 2007. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Acta Paediatrica* 97, 153-158

- Salmela, A. 2004. Mitä on arjen islam? Somalinaisten kokemukset, toimijuus ja sosiaalinen muisti diasporassa. *Elore* 1 (11. vuosikerta). Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura.
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A-L., Isoaho, H., Tarkka, M-T. 2009. Parenting self-efficacy after childbirth. *Journal of Advanced Nursing* 65 (11), 2324-2336.
- Samarashinbge, K., Frilund, B., & Arvidsson, B. 2010. Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant familie's health. *Nursing Review* 57 (2), 224-231.
- Sauls D.J. 2006. Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. *Journal of Nursing Scholarship* 38 (1), 36-41.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja-sarja 3/2005. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.
- Schaffer, M., Pederso, B.J. & Lair M.2008. Pregnancy-Free Club: A Strategy to prevent Repeated Adolescent Pregnancy. *Public Health Nursing* 4, 304-311.
- Schim, S.M., Doorenbos, A. & Benkert, R. 2007. Culturally congruent care: putting the puzzle together. *Journal of Transcultural Nursing* 18 (2), 102-110
- Schmied, V., Myors, K. & Cooke, M. 2002. Preparing Expectant Couples for New-Parent Experiences. A comparison of Two Models of Antenatal education. *The Journal of Perinatal Education* 11 (3), 20-27.
- Schott, J. & Henley, A. 2002. Culture, health and childbearing in a multicultural society. A handbook for health professionals. Oxford, Boston: Butterworth-Heinemann.
- Schott, J. & Henley, A. 2005. Culture, health and childbearing in a multicultural society. A handbook for health professional: Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Scroeder, A., Minocah, S. & Shneider C. 2001. The strengths, weaknesses, opportunities and threats of using social softare in higher and further education teaching and learning. *Journal of Computer Assisted Learning* 26 (3), 159-174.
- Seedhouse, D. 1997. Health Promotion – Philosophy, Prejudice and Practice. West Sussex: Chichester, John Wiley & Sons.
- Selkokeskus 2013. Mitä on selkokieli? [Viitattu 16.10.2013.] Saatavilla [www.muodossa: <http://papunet.net/selkokeskus/koulutus/selkokielen-perusteet-kurssi/selkokielen-maaritelma.html>](http://papunet.net/selkokeskus/koulutus/selkokielen-perusteet-kurssi/selkokielen-maaritelma.html)
- Serçekuş, P. & Mete, S. 2010a. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *Journal of Advanced* 66 (5), 999-1010.
- Serçekuş, P. & Mete, S. 2010b. Turkish women's perceptions of antenatal education. *International Nursing Review* 57 (3), 395-401.
- Sihvo, S. & Koponen, P. (toim.) 1998. Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen: Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Helsinki: Stakesin raportteja 220.

- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Kasvatustieteen väitöskirja.
- Sipilä, T., Kankkunen, P., Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruun menetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 19 (16), 305-313.
- Sirviö, K. 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen – osallistamista ja ennakointia. Teoksessa A-M. Pietilä (toim.) *Terveyden edistäminen teorioista toimintaan*. Porvoo: WSOYpro Oy, 130-150.
- Sisäasiainministeriö 2011. Maahanmuuton vuosikatsaus. [Viitattu 16.6.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.migri.fi/download/34214_maahanmuutto_2011_tilastokatsaus.pdf >](http://www.muodossa: <http://www.migri.fi/download/34214_maahanmuutto_2011_tilastokatsaus.pdf >)
- Sivistyssanakirja 2013. Etnisyys. [Viitattu 27.10.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.suomisanakirja.fi/etninen >](http://www.muodossa: <http://www.suomisanakirja.fi/etninen >)
- Small, R., Gagnon, A. J., Gissler, M., Zeitlin, J., Bennis, M., Glazier, R. H., Haelterman, E., Martens, G., Urquia, M. & Vangen, S. 2008. Somali women and their pregnancy outcomes post-migration: data from six receiving countries. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 115 (13), 1630-1640.
- Sormunen, M. 2012. Toward a home-school health partnership: a participatory action research study, 2008-2010. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja.
- Soukola, T. 1999. Monikulttuurisen yhteiskunnan ehdot ja haasteet. Helsinki: Sitra.
- Spratt, C., Walker, R. & Robinson, B. 2004. Mixed Research Methods. The PREST training resources. Commonwealth of Learning. [Viitattu 27.10.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.col.org/SiteCollectionDocuments/A5.pdf >](http://www.muodossa: <http://www.col.org/SiteCollectionDocuments/A5.pdf >)
- Spencer, G. 2013. The 'healthy self' and 'risky' young Other: young people's interpretations of health and health-related risks. *Health, Risk & Society* (5), 449-462.
- Stadlander, L. 2013. How Learning Works: Applications for Childbirth Educators. *International Journal of Childbirth Education* 28 (2), 12-15.
- Steen, M., Downe, S. & Graham-Kevan, N. 2010. Development of antenatal education to raise awareness of the risks of relationship conflict. *Evidence Based Midwifery* 8 (2), 53-57.
- STM 1998. Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveystalveluiden asiakkaina. Hirstiö-Snellman, P. & Mäkelä, M. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1998:12. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/sel98_12/all98_12.htm >](http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/sel98_12/all98_12.htm >)
- STM 2001a. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf <](http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveys/terveys2015.pdf <)
- STM 2001b. Terveys 2015 kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:8. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: >](http://www.muodossa: >)

- <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf >
- STM 2004a. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), 5. kesäseminaari, Helsinki, 17.8.2004. ETENE-julkaisuja 2. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa): <http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17162&name=DLFE-533.pdf >
- STM 2004b. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa): <<http://pre20090115.stm.fi/pr1098955086116/passthru.pdf> >
- STM 2004c. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:13. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa): <<http://pre20090115.stm.fi/pr1098966089380/passthru.pdf> >
- STM 2005a. Perhehanke- perhepalveluiden kumppanuusohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2005:4. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa): <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3823.pdf&title=Perhe... >
- STM 2005 b. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Haapakorva, A. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005: 22. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1085240>
- STM 2006a. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa): <<http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf> >
- STM 2006b. Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Rautio, M. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa): <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1057377>
- STM 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. . Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007: S17. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa): <http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/-/_julkaisu/1058193>
- STM 2008. Lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisyn suositukset. Tunnista, turvaa ja toimi. Sosiaali- ja terveystoimelle paikallisen ja alueellisen toiminnan ohjaamiseen ja johtamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:9. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa): <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1057479>
- STM 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009, uusi numero 338/2011) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:20. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa](http://www.muodossa): <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1488784>

- STM 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen edistämisen toimintaohjelma 2012-2016 (FGM). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:8. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1822114>](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1822114)
- STM 2013 Terveys 2015- kansanterveysohjelma. Väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. [Viitattu 06.09.2013]. Saatavana [www-muodossa: <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1852829>](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1852829)
- STM 2013. Maailman terveyden edistämisen konferenssi. Teema: Terveys kaikissa politiikoissa. 10-14.6.2013, Finlandiatalo. Konferenssin ydinteemat. [Viitattu 06.09.2013]. Saatavana [www-muodossa: <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=4598513&name=DLFE-26664.pdf>](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=4598513&name=DLFE-26664.pdf)
- STM 2015. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015. Kohti sosiaalisesti kestävää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 7.12.2013]. Saatavana [www-muodossa: <http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>](http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf)
- Straus, L., McEwen, A. & Hussein, F. M. 2007. Somali women's experience of childbirth in the UK: Perspectives from Somali health workers. *Midwifery* 25 (2), 181-186.
- Su, L., Chong, Y., Chan, Y., Chan, Y., Fok, D., Tun, K., Ng, F. & Rauff, M. 2007. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 335 (7620), 596-602.
- Suomen perustuslaki 1999/731.
- Suomen Somali -verkkosivusto 2013. Somalikulttuurin vaikuttaminen heidän sopesumiseen. Saatavilla [www-muodossa: http://suomensomali.com/uutiset/somalikulttuurin-vaikuttaminen-heidan-sopeutumiseen/](http://suomensomali.com/uutiset/somalikulttuurin-vaikuttaminen-heidan-sopeutumiseen/). [Viitattu 17.10.2013.]
- Suomi.fi 2009a. Monikulttuurinen perhetyö. [Viitattu 26.1.2009.] Saatavilla [www-muodossa: <https://www.suomi.fi/suomifi/suomi/hakutulos/index.jsp?q=Monikulttuurinen+perhety%C3%B6>](https://www.suomi.fi/suomifi/suomi/hakutulos/index.jsp?q=Monikulttuurinen+perhety%C3%B6).
- Suomi.fi 2009b. Maahanmuuttajatyö ja kotoutuminen [Viitattu 10.9.2009] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/aiheet/maahan_ja_maastamuutto/maahanmuuttajatyo_ja_kotoutuminen/index.html>](http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/aiheet/maahan_ja_maastamuutto/maahanmuuttajatyo_ja_kotoutuminen/index.html)
- Suomen monikkoperheet ry 2009. Monikkoperheiden perhevalmennus [Viitattu 10.9.2009] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/paikallis_pvalm_paa.php>](http://www.suomenmonikkoperheet.fi/monikko2008/paikallis_pvalm_paa.php).
- Svensson., J., Barclay., L. & Cooke., M. 2006. The concerns and interests of expectant and new parents: Assessing learning needs. *Journal of Perinatal Education* 15 (4), 18-27.
- Svensson., J, Barclay., L, Cooke. & M. 2007. Antenatal Education as Perceived by Health Professionals. *The Journal of Perinatal Education* 16 (1), 9-15.

- Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. 2008. Effective antenatal education: strategies recommended by expectant and new parents. *Journal of Perinatal Education* 17 (4), 33-42.
- Svensson, J., Barclay, L., Cooke, M. 2009. Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. 2009. *Midwifery* 25 (2), 114-125.
- Symon, A. & Lee, J. 2003. Including men in antenatal education: evaluating innovative practice. *Evidence Based Midwifery* 1 (1), 12-9.
- Taavela, R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteen väitöskirja.
- Talib, M-T. 2007. Opettajana monikulttuurisessa koulussa. Teoksessa H. Niemi, & R. Sarras (toim.). *Erilaisuuden valot ja varjot. Eettinen kasvatustieteellinen tutkimus*. Helsingin yliopisto, 37-51.
- Tarhakorpi, M. 2013. "Maahanmuuttokeskustelu sisältää paljon harhakäsityksiä". HS 15.4.2013. [Viitattu 05.10.2013.]
- Tarkka, M.-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki: ensisynnyttäjien selviytyminen äitiyshuollon varhaisvaiheessa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen väitöskirja.
- Teal, C.R. & Street, R.L. 2009. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Social Science & Medicine* 68 (3), 533-543.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010/1326.
- Thurmond, V.A. 2001. The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* 33 (3), 235-258.
- Tighe, S. M. 2010. An exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education. *Midwifery* 26 (3), 294-303.
- Tilastokeskus 2007. Suomen väestö 2007. [Viitattu 26.1.2009.] Saatavilla [www.muodossa: <http://www.stat.fi/til/vaerak/2007/vaerak_2007_2008-03-28_tie_001_fi.html>](http://www.stat.fi/til/vaerak/2007/vaerak_2007_2008-03-28_tie_001_fi.html)
- Tiilikainen, M. 2000. Somalinaiset ja maahanmuuton kokemukset. Teoksessa Karmela Liebkind (toim.) *Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa*. Helsinki: Gaudeamus, 93-111.
- Tiilikainen, M. 2003. Arjen islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Helsingin yliopisto. Uskontotieteen väitöskirja.
- Tiilikainen, M. 2004 (toim.) *Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle*. Ihmisoikeusliitto Oy.
- Tiilikainen, M. 2007a. Somaliäidit ja transnationaalinen perhe. Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.) *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ*. Helsinki: Väestötutkimuslaitoksen julkaisuja, D 46/2007.
- Tiilikainen, M. 2007b. Etniset vähemmistöt Suomessa. *Duodecim* 123 (4), 437-9.
- Tilki, M., Dye, K., Markey, K., Scholefield, D., Davis, C. & Moore, T. 2007. Racism: the implications for nursing education. *Diversity in Health & Social Care* 4 (4), 303-312.

- Tones K. & Tilford S. 1994. Health Education: Effectiveness, Efficiency & Equity (2nd edn.) London: Chapman & Hall.
- Tossavainen, K., Jakonen, S., Turunen, H., Salomäki, U., Tyrväinen, H. & Vertio H. 2000. Suomen Euroopan Terveet Koulut -ohjelman osallistava toimintatutkimus. Teoksessa: A.L. Sonninen, M. Kolari (toim.) Terveyttä ja hyvinvointia yhteistyöllä Itä-Suomessa. Terveystieteiden tutkimuskeskus Eeva-Liisa Eerolalle omistettu juhla- ja muistokirja. Kuopio: Itä-Suomen lääninhallitus, Itä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 39, 111-116.
- Tossavainen, K., Sormunen, M. & Saaranen, T. 2008. Osallistava toimintatutkimus terveyden edistämisessä - lapsen terveysoppiminen kodin ja koulun tukemana. *Hoitotiede* 20 (6), 407-415.
- Tsai, Y-F. & Wong, T.K.S. 2003. Strategies for resolving aboriginal adolescent pregnancies in eastern Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 41 (4), 351-357.
- Tucker, C.M., Herman, K.C., Ferdinand, L.A., Bailey, T.R., Lopez, M.T. & Beato, C. 2007a. Providing Patient-Centered Culturally Sensitive Health Care. A Formative Model. *The Counseling Psychologist* 36, 679-705.
- Tucker, C. M, Mirsu-Paun, A., Van den Berg, J.J., Ferdinand, L., Jones, J.D., Curry, R.W., Rooks, L.G., Walter, T.J. & Beato, C. 2007b. Assessments for measuring patient-centered cultural sensitivity in community-based primary care clinics. *Journal of the National Medical Association* 99 (6), 609-619.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuominen, M. 2009. Valmiina vanhemmuuteen. Perhevalmennuksen kehittäminen Turun sosiaali- ja terveystoimessa. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 30. Turun ammattikorkeakoulu.
- Tuominen, P., Savola, E. & Koskinen-Ollenvqvist, P. 2005. Terveystieteiden edistämisen avainsisällöt. Kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen koulutuksen tukeminen. Terveystieteiden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 5/2005. Helsinki: Terveystieteiden edistämisen keskus.
- Turunen, H., Tossavainen, K, Paukkunen, I. & Taskinen, H. 1996. Ryhmähaastattelu aineistonkeruun menetelmänä - osallistujien näkemyksiä haastattelujen toteutumisesta. *Hoitotiede* 8, 264-202.
- Ulkoasiainministeriö 2009a. Matkustustiedotteet 28.1.2009. [Viitattu 15.3.2009.] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentid=65718&nodeid=15735&contentlan=1&culture=fi-FI>>.
- Ulkoasiainministeriö 2009b. Somalia: kehityksen mittarit. [Viitattu 1.5.2009.] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <<http://global.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=33709&culture=fi-FI&contentlan=1>>.
- Ulkoasiainministeriö 2009c. Oleskelulupa. [Viitattu 28.7.2009.] Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa): <<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=15721>>.

- Upvall, M. J., Mohammed, K. & Dodge, P. D. 2009. Perspectives of Somali Bantu refugee women living with circumcision in the United States: A focus group approach. *International Journal of Nursing* 46, 360-368.
- Urbaani sanakirja 2013. [Viitattu 12.11.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://urbanisanakirja.com/word/holistinen/ >](http://www.muodossa.com/word/holistinen/)
- Utriainen, K. & Ala-Mursula, L. 2013. Työterveyshuoltoon erikoistuvien terveydenhoitajien ja lääkäreiden käsityksiä työterveyshuollon työstä. *Hoitotiede* 25 (2), 92-104.
- Vainikainen, T. 2003. Maahanmuuttajaystävällinen sairaala. *Lasaretti* (2), 24-26.
- Vallimies-Patomäki, M. 1998. Synnytys naisen ja miehen kokemana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen väitöskirja.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta a sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338)
- Vantaan kaupunki 2009. Vantaan monikulttuurisuusohjelma 2009-2012. Maahanmuuttaja- ja monikulttuurisuusasiat.
- Vartti, A.-M. 2001. Maahanmuuttajien terveysterveystieteen järjestäminen. Asenteita vai oikeaa tietoa? *Kansanterveyslehti* (12), 89-91.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Teittinen, M. 1993. Tietoa, tukea ja varmuutta synnytykseen ja odotukseen: pienryhmätyöskentely Lapinlahden äitiysneuvolassa. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, raportteja 81. Helsinki: Stakes.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1987. Perhevalmennuksen kehittäminen: ensisynnyttäjien pienryhmävalmennuskokeilu neljässä äitiysneuvolassa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. *Terveyskasvatus. Sarja Tutkimukset*, 2. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Vehviläinen-Julkunen, K., Saarikoski, S. & Marttinen P. 1995. Perhevalmennus perheiden tukena: tutkimus asiakasarvioinneista ja neuvoloiden työntekijöiden työorientaatioista. Kuopion yliopiston selvityksiä. E. Yhteiskuntatieteet: 3. Hoitotieteen laitos.
- Vertio, H. 2003. *Terveyden edistäminen*. Helsinki: Tammi.
- Vertio, H. 2009. *Terveysneuvonnan periaattet. Sairauksien ehkäisy. Terveyskirjasto, Duodecim*.
- Viisainen, K. (toim.) 1999. Stakesin perhesuunnittelun ja äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. *Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999*. Jyväskylä: Stakes Oppaita 34. 1999.
- Viitala, R 2007. Perhekeskus - lapsi- ja perhepalvelujen uusi tapa toimia. Teoksessa: M. Heikkilä & T. Lahti (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Viitala, R., Kekkonen, M. & Paavola, A. 2008. Perhekeskustoiminnan kehittäminen. PERHE- hankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:12. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://pre20090115.stm.fi/vk1203683225284/passthru.pdf >](http://pre20090115.stm.fi/vk1203683225284/passthru.pdf)

- Vikström, J. 2006. Erilaisuus voimavarana. Elämä on joukkuepeliä -seminaarissa Kuopiossa 22.10.1996.
- Viljamaa, M.-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä studies in education 212. Psychology and social research, Jyväskylä. Psykologian väitöskirja.
- Vuori, P. & Riihelä, J. 2010. Vieraskielisen väestön ennuste Helsingin seudulla 2010-2030. Helsingin seudun suunnat 1. Helsinki, Espoo ja Vantaa: Helsingin kaupungin tilastokeskus.
- Väestöliitto 2006. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Helsinki: Väestöliitto.
- Väestöliitto 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Tarpeita, tietoa ja yhdenvertaisuutta. Toimintasuunnitelma 15.6.2009. Helsinki: Väestöliitto.
- Väestöliitto 2013. Julkaisut. [Viitattu 12.10.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/julkaisut/>](http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/julkaisut/)
- Väänänen, A., Toivanen, M., Aalto, A., Bergbom, B., Härkäpää, K., Jaakkola, M., Koponen, P., Koskinen, S., Kuusio, H., Lindström, K., Malin, M., Makkula, H., Mertaniemi, R., Peltola, U., Seppälä, U., Tiitinen, E., Vartia- Väänänen, M., Vuorenpää, M., Vuorento, M. & Wahlbeck, K. 2009. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Esi-selvitysraportti, Sektoritutkimuksen neuvottelukunta, Osaaminen, työ ja hyvinvointi. Helsinki: Työterveyslaitos, Kuntoutussäätiö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Wager, K., Lee, F.W., Bradford, W.D., Jones, W. & Kilpatrick, A.O. 2004. Qualitative Evaluation of South Carolina's Postpartum/Infant Home Visit Program. *Public Health Nursing* 21 (6), 541-546.
- Wallerstein, N. 2006. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>](http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf)
- Warren, M. 2008. Collaboration in developing a protocol for nurse-led seroma aspiration. *British Journal of Community Nursing* 17 (15), 86-90.
- Weiner, E.A., Billamay, S., Partridge, J. C. & Martinez, A. M. 2011. Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. *Journal of Perinatology* 31 (2), 92-97
- WHO 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/)
- WHO 1988. Adelaide Statement on Health in All Policies. World Health Organization. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf>](http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf)

- WHO 1991. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. World Health Organization. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/)
- WHO1997. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. World Health Organization. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf >](http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf)
- WHO 1998. Health issues of Minority women living in Western Europe. Report on a WHO meeting. Copenhagen, Denmark 24-25.11.1997. EUR/ICP/FMLY 03 03 02 05738. EUR/HFA target 8.
- WHO 1998. Health Promotion Glossary. World Health Organization. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf >](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf)
- WHO 2001a. Regional strategy for sexual- and reproductive health. Copenhagen 2001. World Health Organization. [Viitattu 23.4.2009.] Saatavana [www-muodossa: <http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf>.](http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf)
- WHO 2001b. Information, Education and Communication. Lessons from the past; perspectives for the future. WHO/RHR/01.22. World Health Organization. [Viitattu 1.8.2009.] Saatavana [www-muodossa: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.22.pdf>.](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.22.pdf)
- WHO 2003. Report International Migration, Health and Human Rights, Iss.No.4.
- WHO 2005. Make every mother and child count. Geneva: WHO Press.
- WHO 2005. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. World Health Organization. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en>](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en)
- WHO 2005. The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update. World Health Organization. Regional Committee for Europe. [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf>](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf)
- WHO 2006. Maternal health. World Health Organization. [Viitattu 23.10.2013.] Saatavana [www-muodossa: <http://www.who.int/topics/maternal_health/en/>](http://www.who.int/topics/maternal_health/en/)
- WHO 2007. Health of indigenous peoples. Fact sheet N°326. World Health Organization. [Viitattu 6.10.2013.] Saatavana [www-muodossa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/en/>](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/en/)
- WHO 2010. Health of migrants: the way forward - report of a global consultation. World Health Organization. WHO library Cataloguing-in-Publication. [Viitattu 6.10.2013.] Saatavana [www-muodossa: <http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf >](http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf)

- WHO 2013. 8th Global Conference on Health Promotion. World Health Organization [Viitattu 06.09.2013] Saatavana [www-muodossa: <http://www.who.int/kobe_centre/interventions/intersectorial_action/8GCHP_WKC/en/>](http://www.who.int/kobe_centre/interventions/intersectorial_action/8GCHP_WKC/en/)
- Wiener, A. & Rogers, C. 2008. Antenatal classes: women can't think beyond labour. *British Journal of Midwifery* 16 (2), 121-4.
- Wilklund, H., Aden, A.S., Högberg, U., Wikman, M. & Dahlgren, L. 2004. Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours. *Midwifery* 16 (2), 105-15
- Willamson, M. & Harrison, L. 2010. Providing culturally appropriate care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 47 (6), 761-769.
- Williamson, G. & Posser, S. 2002. Action research: politics, ethics and participation. *Journal of Advances Nursing* 40 (5), 587-593.
- Wong, F.K.Y. 2010. Challenges for nurse managers in China. *Journal of Nursing Management* 18, 526-530.
- Yakong, VN., Rush, KL., Bassett, J., Bottorff, JL., Robinson, C. 2010. Women's experiences of seeking reproductive health care in rural Ghana: challenges for maternal health service utilization, *Journal of Advanced Nursing* 66 (11), 2431-2441.
- Yhdenvertaisuuslaki 2004. 21/1.2.2004.
- Yliruka, J., Pakkala, T., Gartman, M., & Mussalo-Rauhamaa, H. 2012. Maahanmuuttajien sosiaali- ja terveystalvetut Etelä-Suomessa 2012. Helsinki: Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja. Publikationer från Regionförvaltningsverket i Södra Finland 21/2012.
- Zarate-Abbott, P., Etnyre A., Gilliland, I., Mahon, M., Allwein, D. Cook, J., Mikan, V., Rauschhuber, M., Sethness, R., Muñoz, L., Lowry, J. & Jones, M.E. 2008. Workplace health promotion--strategies for low-income Hispanic immigrant women. *American Association of Occupational Health Nurses* 56 (5), 217-222.
- Äitiysneuvola 2013. Kasvun kumppanit. Lasten hyvinvointia rakentamassa. [Viitattu 28.10.2013.] Saatavilla [www-muodossa: <http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/neuvolat/aitiysneuvola>](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/neuvolat/aitiysneuvola)

LIITTEET

LIITE A Tiedotteet ja mittarit

LIITE A1 Tiedote suomeksi

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Liikunta- ja terveystieteidentiedekunta

”Suomessa asuvien somalien perhevalmennus: Tarveanalyysi ja kulttuurisesti sensitiivisen ohjelman kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin” tutkimushankkeesta

Hankkeen tavoitteena on kehittää Suomessa asuvien somaliperheiden perhevalmennusta. Hanke toteutetaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvassa Naistensairaalassa sekä Vantaan ja Espoon sosiaali- ja terveysasemilla. Tutkimushankkeen alussa 1) kartoitetaan kyselyin ja haastatteluin somaliperheiden perhevalmennustarvetta. Kyselyt toteutetaan perusterveydenhuollossa työskenteleville terveydenhoitajille ja erikoissairaanhoidossa työskenteleville kätilöille. 2) Haastattelut toteutetaan somaliperheille: raskaana oleville tai viimeisen kolmen vuoden aikana synnyttäneille somalinaisille ja heidän puolisoille.

Kartoitusten jälkeen somaliperheistä, terveydenhoitajista, kätilöistä sekä neuvola- ja kulttuuritutkijoista kootaan pienryhmä, joka yhdessä tutkijan kanssa laatii kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman. Tutkija havainnoi pienryhmän toimintaa ja pitää ryhmätoiminnasta päiväkirjaa sekä haastattelee ryhmän jäseniä.

Kulttuurisesti sensitiivisessä perhevalmennusohjelmaa laatiessa otetaan huomioon somaliperheiden kulttuuritausta, yksilöllinen elämäntilanne, perheiden kulttuuriset ja yksilölliset tarpeet sekä somalikulttuurin erityispiirteet. Lisäksi siinä huomioidaan kulttuurisen kohtaamisen vaatimukset.

Jokaiselle tutkimukseen osallistuvalla asiakkaalla sekä terveydenhoitajalle ja kätilölle selitetään kirjallisesti ja suullisesti tutkimuksen tarkoitus. Kartoituksiin ja pinneryhmätoimintaan osallistuminen on vapaaehtoista ja henkilöllä on mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan.

Haastatteluja varten laaditaan asiakkaille ja hoitohenkilökunnalle tiedote ja suostumusasiakirja, joka on saatavana tarvittaessa myös somaliankielisenä. Haastatteluissa käytetään tarvittaessa apuna somalinkielistä tulkkiä. Haastattelut nauhoitetaan. Haastatteluihin liittyvät ääninauhat tulevat ainoastaan tutkijan käyttöön ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimushankkeeseen osallistumisesta ei makseta palkkiota, mutta tutkimuksen aiheuttamia suoranaisia kuluja voidaan tutkittavalle korvata. Yksityisiä henkilöitä/työyhteisöä ei tutkimusraportista voi tunnistaa, eikä hankkeeseen osallistuneiden nimiä tulla julkaisemaan tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimushanke tähtää väitöskirjaan terveystieteiden tohtorin tutkintoa varten. Tutkimuksen toteutus ja tulosten raportointi ajoittuvat vuosille 2003-2006.

Helsingissä ____/____2003

Pirjo Koski

TtT - opiskelija, Puh. + 358-9- 310 8135

LIITE A2 Tiedote somaliaksi

JAAMACADDA JYVÄSKYLÄ

Kulliyadda caafimaadka iyo cilmiga isboortiga (Liikunta- ja terveystieteidentiedekunta)

WARGELIN ku saabsan cilmibaarista "Tababarka qoyska ee Soomaalida Finland deggan: Falanqaynta baahida iyo horumarinta barnaamijka dhaqan ahaan nugal iyadoo la adeegsanayo habab cilmibaaris waxqabad ah"

Hadafka mashruucu waa in la horumariyo tababarka qoyska ee qoysaska Soomaalida ah ee Finland deggan. Mashruuca waxaa laga fulinayaa Isbitaalka Haweenka ee ka tirsan daryeelka caafimaadka ee Helsinki iyo Uusimaa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva Naistensairaala) iyo xarumaha arrimaha bulshada iyo caafimaadka ee Vantaa iyo Espoo. Mashruucan cilmibaarista ah bilowgiisa waxaa su'aalo ahaan iyo waraysi ahaan lagu ogaanaya intay le'eg tahay baahida qoysaska Soomaalida ahi u qabaan tababarka qoyska. Su'aalaha waxaa lagu fulinayaa kalkaalisoooyinka caafimaadka ee ka shaqeeya goobaha daryeelka caafimaadka aasaasiga ah iyo ummulisooyinka ka shaqeeya goobaha khaaska ah ee daryeelka bukaanka. Waraysiyada waxaa lagu fulinayaa qoysaska Soomaalida ah: dumarka Soomaalida ah ee uurka leh ama saddexdii sano ee ugu dambeeyey ilmo dhallay iyo nimankooda. Marka baahidda jirta la ogaado ka dib waxaa la samaynayaa koox yar oo ka kooban dad laga soo doortay qoysaska Soomaalida ah, kalkaalisoooyinka caafimaadka, ummulisooyinka iyo kuwa cilmi baarista ku sameeya rugta daryeelka hooyada iyo ilmaha (neuvola) iyo dhaqamada. Kooxda iyo cilmibaaruhu waxay si wadajir ah u dejinayaan barnaamijka tababarka qoyska ee dhaqan ahaan nugal. Cilmibaaruhu wuxuu u fiirsanayaa waxqabadka kooxda yar, meel ayuuna ku qoranayaa waxqabadka kooxda, xubnaha kooxdana waraysi ayuu la yeelanayaa. Marka la dejinayo barnaamijka tababarka qoyska ee dhaqan ahaan nugal waxaa la tixgelinayaa asalka dhaqanka ee qoysaska Soomaalida, xaalad nololeedka shakhsi walba, qoysaska baahidooda dhaqan ahaaneed iyo shakhsi ahaaneedba iyo weliba waxyaabaha dhaqan ahaan Soomaalida u gaarka ah. Waxaa kaloo la tixgelinayaa waxyaabaha laysaga baahan yahay markay dhaqamo kala duduwani kulmaan. Qof walba oo cilmibaarista ka qaybqaadanaya, ha ahaado macaamiil, kalkaaliye caafimaad ama ummuliso, qoraal ahaan ah iyo hadal ahaan ayaa loogu sharaxayaa ujeeddada cilmibaarista laga leeyahay. Ka qaybqaadashada marka baahida la ogaanayo iyo ka qaybqaadashada waxqabadka kooxda yartoona khasab ma aha oo qofku wuu u madax bannaan yahay, qof walbana waxaa suuragal u ah in uu haddii uu rabo, markiiba ka bixi karo cilmibaarista. Waraysiyada dartood dadka macaamiisha ah iyo shaqaalaha caafimaadka waxaa loo dejinayaa wargelin iyo warqad ay ku ogolaanayaan inay raalli ka yihiin (suostumusasiakirja) ka qaybqaadashada cilmibaarista. Warqadaasna haddii loo baahdo waxaa la heli karaa iyadoo ku qoran luuqadda Iswiidhishka iyo tan Soomaaliga. Marka waraysiyada la samaynayo waxaa haddii loo baahdo la isticimaalaya turjubaan Soomaali ah. Waraysiyada cajallad ayaa lagu duubayaa. Cajalladaha waraysiyada lagu duubayo waxaa isticimaalaya oo keliya qolada cilmibaarista samaynaysa, markay cilmibaaristu diyaar noqotona cajalladaha waa la burburinayaa. Ka qaybqaadashada cilmibaarista wax lacag ah laguma bixinayo, laakiin wixii kharash ah oo qofka si toos ah ugaga baxa cilmibaarista darteed waa loo magdhebayaa. Warbixinta lagama garan karayo qofka/shaqaalaha cilmibaarista ka qaybqaatay, dadka mashruuca ka qaybqaatayna magacyadooda marnaba lama sheegayo. Mashruucan cilmibaarista ah waxaa lagu talojiraa inuu noqdo buugga digriiga sare ee jaamacadda (väitöskirja) ee cilmiga caafimaadka, qaybqayb isagoo ah ayaa la daabici doonaa. Cilmibaaristan samaynteedu iyo soo saaridda warbixinta maxsuulka cilmibaarista ka soo baxa waxay wakhti ahaan qaadan doonaan sannadaha 2003-2006.

Helsinki ____/ ____2003

Pirjo Koski

TtT -opiskelija (arday diyaarinaya digriiga sare ee jaamacadda ee cilmiga caafimaadka)

Tel. + 358-9- 310 8135

LIITE A3 Somalinaisten teemahaastattelu

Taustatiedot:

Ikä:
 Kuinka monta kertaa olet ollut raskaana?
 Kuinka monta synnytystä sinulla on?
 Oletko avioliitossa, avoliitossa?
 Keitä perheeseen kuuluu?

Raskaus

Kerro aikaisemmista raskauksistasi ja synnytyksistäsi
 Ovatko kaikki lapset elossa?
 Kerro raskauden aikaisesta terveydestäsi, sairauksistasi, hoidoista (viimeisin raskaus)
 Miten voit edistää raskaudenaikaista terveyttä?
 Millaisia vaivoja raskausaikaan liittyy?
 Miten voit ehkäistä tauteja ja sairastumista raskauden aikana

Synnytys

Mitä ajattelit tulevasta synnytyksestä?
 Osallistuiko isä synnytykseen?
 Millainen synnytys sinulla oli? Kerro synnytyskokemuksestasi – mitä tapahtui?
 Miten pystyit itse vaikuttamaan synnytykseen?
 Millaista apua toivoit saavasi ja sait synnytystilanteessa?
 Mikä oli vaikeinta synnytyksessä?
 Millainen hoito auttoi sinua eniten synnytyksen aikana?
 Miltä tuntui kun vauva nostettiin ensimmäisen kerran rinnallesi?

Synnytyksen jälkeinen aika

Kerro synnytyksen jälkeisestä voinnistasi
 Kerro synnytyksen jälkeisistä tunteistasi
 Miten voit edistää synnytyksenjälkeistä terveyttä?
 Millaisia vaivoja ja sairauksia synnytyksen jälkeen voi esiintyä?
 Miten voit edistää synnytyksestä toipumista – voiko siihen vaikuttaa itse jotenkin?
 Millaisiin vaivoihin haet apua synnytyksen jälkeen?

Pienten lasten hoito ja terveyden edistäminen

Kerro vauvastasi, miten hoidat vauvaasi?
 Mitä ajattelet imettämisestä? Miten vauvan imettäminen onnistuu?
 Miten vauvan sairastumista voidaan ehkäistä?
 Millaisia vaivoja ja sairauksia vauvalla voi olla ensimmäisen vuoden aikana?
 Miten toimit silloin kun vauva itkee? Miten hoidat sairastunutta vauvaa?
 Kerro vauvan hoitokeinoista, joita ei ole Suomessa
 Mistä olet saanut apua kun vauvasi on ollut sairaana?

(jatkuu)

Vauvaperheen arkielämä

Millaista on mielestäsi onnellinen perhe-elämä?

Millainen on hyvä äiti ja isä?

Millainen on mielestäsi hyvä parisuhde?

Miten hoidat suhteitasi muihin ihmisiin?

Kerro perheesi arjesta

Miten sovitte perheessänne työnjaosta ja lapsenhoitokysymyksistä?

Kerro niistä tunteista, joita vauvaperheen arkeen liittyy?

TEEMAHAASTTELURUNKO (jatkuu)

Perhevalmennus

Oletko osallistunut perhevalmennukseen?

Millaiset käsitykset sinulla on perhevalmennuksesta?

Millaista tietoa haluaisit perhevalmennuksesta? Miksi?

Millainen perhevalmennus sopisi sinulle parhaiten?

LIITE 4 Kehittämistyöryhmän haastattelu

LIITE A4 Fokusryhmähaastattelua ohjasivat seuraavat perhevalmennusprosessiin liittyvää kysymystä:

- Mitkä tekijät vaikuttavat kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennuksen toteuttamiseen?
- Millaisia perhevalmennustarpeita Suomessa asuvilla somaliperheillä on?
- Millainen on kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus?
- Mitä kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus edellyttää?
- Miten kulttuurisesti sensitiivinen perhevalmennus tulisi toteuttaa?
- Millaisia vaikutuksia kulttuurisesti sensitiivisellä perhevalmennuksella on?

LIITE A5 Kyselylomake kätilöille ja terveydenhoitajille

Hyvä terveydenhoitaja ja kätilö

Tällä kyselyllä pyrimme kartoittamaan ajatuksianne Suomessa asuvien somali perheiden perhevalmennuksesta. Kyselyn avulla toivomme saavamme tietää näkemyksiänne: 1) somaliperheiden arjesta 2) somalinaisten terveystiedoista raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen, 3) somalinaisten taidoista hoitaa pikkuvauvoja ja edistää heidän terveyttään sekä 4) somaliperheiden perhevalmennuksesta. Kysely on osa väitöskirjatyötä, jonka aihe on "Suomessa asuvien somalien perhevalmennus: tarvekartoitus ja kulttuurisesti sensitiivisen ohjelman kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin". Vastaamalla tähän kyselyyn voitte omalta osaltanne edistää kulttuurisesti sensitiivisen perhevalmennusohjelman kehittämistyötä. Kyselylomakkeet käsitellään luottamuksellisesti.

Lomake palautetaan oheisessa kirjekuoressa 15.12.2003 mennessä.

TtM Pirjo Koski

Puh.

Helsingissä 26.9.2003

Aloita kysymyksiin vastaaminen tältä sivulta. Jokaisen kysymyssarjan alkuun on kirjoitettu vastausohjeet.

Vastaajien taustatiedot

Rengastakaa oikea vaihtoehto

1. Oletteko

- Nainen 1
Mies 2

2. Oletteko

- Naimaton 1
Avoliitossa 2
Avoliitossa 3
Eronnut tai asumuserossa 4
Leski

3. Mikä on peruskoulutuksenne?

Rengastakaa korkein koulutus.

- Kansakoulu 1
Perus- tai keskikoulu 2
Osa lukiota 3
Ylioppilas 4

4. Mikä on ammatillinen koulutuksenne?

Rengastakaa korkein koulutus

- Terveystieteiden opistoaste 1
Terveystieteiden AMK 2
Kätilö opistoaste 3
Kätilö AMK 4
Muu, mikä? _____

5. Mikä on syntymävuotenne? 19_____

Rengastakaa oikea vaihtoehto.

6. Mikä on asuinpaikkanne?

- Helsinki 1
Espoo 2
Vantaa 3
Jokin muu, mikä? _____

7. Mikä on äidinkielenne?

- Rengastakaa oikea vaihtoehto
- Suomi 1
Ruotsi 2
Joku muu, mikä? _____

8. Onko Teillä lapsia? Jos on, kuinka monta?

- Rengastakaa oikea vaihtoehto
- Ei, minulla ei ole lapsia 1
Kyllä, minulla on _____ lasta. 2
Olen raskaana. / Puolisoni odottaa lasta. 3

9. Jos Teillä on lapsia, kuinka vanha on nuorin lapsenne?

- Rengastakaa oikea vaihtoehto.
- Minulla ei ole lapsia. 1
Nuorin lapseni on _____ -vuotias. 2

10. Kuinka monta somaliperhettä teillä on asiakkaana kuukaudessa: _____

11. Ovatko asiakasperheenne?

- Ydinperheitä (äiti, isä, lapsi) 1
Uusperheitä 2
Yksinhuoltajaperheitä 3
Suurperheitä
(mukaan lukien lähisukulainen) 4
Muita, mitä? 5

A - osan kysymykset

1. Kuinka tärkeinä arvioitte somaliperheiden pitävän seuraavia asioita elämässään? Ruk-
satkaa kyseinen vaihtoehto. Asettakaa valitsemanne erittäin tärkeät vaihtoehdot tärke-
ysjärjestykseen. 1 = Erittäin tärkeä, 2 = Melko tärkeä, 3 = Ei kovinkaan tärkeä, 4 = Ei
merkitystä, 0 = En osaa sanoa.

	Näkemykset somaliperhei- den elämänarvoista	n	Erittäin tärkeä	Melko tärkeä	Ei kovin- kaan tär- keä	Ei merki- tystä	En osaa sanoa 1)	p2
			Tärkeä					
			%	%				
1	Perhe-elämä	68	97		1	0	1	
2	Ajan riittäminen sekä per- heelle että työlle	67	43		39	4	13	
3	Kotitöiden tasapuolinen ja- kaminen	67	10		63	16	10	
4	Puolisoiden välinen kunnioi- tus	68	69		16	3	12	
5	Yhteydenpito sukulaisiin	68	99		0	0	1	
6	Ajan viettäminen ystävien kanssa							
7	Mukava ja tilava asunto	68	71		16	1	12 (0,23)	0,0041
8	Vapaa-ajan harrastustoiminta (kuten liikunta, musiikki, lukeminen)	67	21		6	51	22 (6,34)	0,0016
9	Työ	67	30		49	9	12	
10	Hyvät tulot ja varallisuus	68	49		29	3	19	
11	Työuralla eteneminen	67	12		52	11	25 (6,43)	0,0033
12	Arvostus työelämässä	68	35		28	10	26	
13	Arvostus perheen ulkopuoli- silta ihmisiltä	67	58		10	7	24	
14	Mahdollisuus elää omien arvojen mukaisesti	68	94		0	0	6	
15	Juhlapyhiin (esimerkiksi ramadaan) liittyvät perinteet perheessä	67	97		1	0	1	
16	Sukujuhlat	68	97		1	0	1	
17	Moskeijassa käynti							
18	Rukoileminen	68	93		0	0	7	
19	Somalikulttuuriin liittyvien elämäntapojen säilyttäminen	68	97		0	0	3	
20	Lasten hoito	68	91		6	0	3	
21	Lasten kasvatusta	68	90		6	3	1	
22	Lasten hyvä koulumenestys 3)	68	38		34	4	24	

(jatkuu)

KYSYMYS 1 (jatkuu)

23	Toisten huomioon ottamisen opettaminen lapsille	68	56	19	7	18	
24	Käytötapojen opettaminen lapsille	68	62	16	7	15	
25	Pöytätapojen opettaminen lapsille	68	53	16	9	22	
26	Taloudellisen vastuun tasainen jakautuminen perheessä	68	9	53	19	19	
27	Lasten saaminen harrastustoiminnan piiriin	68	16	50	15	19 (9,29)	0,041
28	Lasten hyvä koulumenestys 3)	68	38	34	4	24	

1) koko aineiston %-osuus ja suluissa erikseen terveydenhoitajien ja kätilöiden luvut. 2) en osaa sanoa -vastausten osuuden ero terveydenhoitajien ja kätilöiden välillä. 3) vastausta ei tuloksissa huomioida, koska kysymyksiin on vastattu eri tavalla.

2. Mitä mieltä olette seuraavista somaliperheisiin kohdistuneista väittämistä? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = Ei samaa, muttei eri mieltäkään, 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä, 0 = En osaa sanoa

		n	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa, muttei eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa 2)	
			Samaa mieltä		%	Eri mieltä 1)			%
1	Mies on perheenpää	68	93		4		1	1	
2	Perinteiden siirtäminen sukupolvelta toiselle on perheen keskeisimpiä tehtäviä	69	81		10		0	9	
3	Lapsella on velvollisuus huolehtia ikääntyvistä vanhemmistaan	69	78		10		0	12	
4	Kotitöiden tekeminen kuuluu enemmän naiselle kuin miehelle	69	94		1		3	1	
5	Päävastuu taloudellisista asioista kuuluu miehelle	69	86		9		0	6	
6	Avioero on aina hyväksyttävä, jos puoliset eivät tule toimeen keskenään	69	22		23		33	22	
7	Perheen osuutta on lisättävä lasten ja vanhusten hoivatyössä	68	41		26		9	24	
8	Ikääntyneiden vanhempien hoitaminen sujuu paremmin naiselta	69	67		12		14	7	

(jatkuu)

KYSYMYS 2 (jatkuu)

9	Lapsensa luona asuva ikään- tyvä vanhempi on taakka	68	12	12	62	15
10	Naisen tulisi huolehtia myös puolisonsa ikääntyvistä van- hemmista	69	48	14	16	22
11	Perheessä vallitsee tasa-arvo miehen ja naisen välillä	69	12	16	70	3
12	On lasten parhaaksi, että van- hemmat eivät eroa erimieli- syyksistään huolimatta	69	30	13	38	19 (9, 29)
13	Yhteiskunta osallistuu nyky- ään lasten ja vanhusten hoita- miseen jo liikaakin	69	20	30	28	22
14	Päävastuu kodinhoidosta kuu- lu naiselle	69	86	6	7	1
15	Molempien vanhempien tulee osallistua lasten kasvattami- seen yhtä paljon	69	45	13	35	7

1) koko aineiston % -osuus ja suluissa erikseen terveydenhoitajien ja kättilöiden luvut.

2) en osaa sanoa -vastausten osuus eroaa merkitsevästi terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä ($p = 0.036$).

3. Mitä mieltä olette seuraavista somalinaisiin kohdistuvista väittämistä? Ruksatkaa jo-
kaiseen kohtaan yksi vaihtoehto.

1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = Ei samaa, muttei eri miel-
täkään, 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä, 0 = En osaa sanoa

		n	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa, muttei eri mieltäkään	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sa- noa	p 2)
			Samaa mieltä			Eri mieltä			
			%	%	%	%	%		
1	Suurin osa somali- naisten henkilökoh- taisista elämänta- voitteista liittyy perheeseen	68	97	0	0	1	0	1	
2	Somalinaiset saavat vapaa-aikansa riit- tämään myös omille harrastuksilleen	68	6	24	24	54	16	16	
3	Somalinaiset ovat tyytyväisiä siihen, miten tehtävät ja velvollisuudet on parisuhteessa jaettu	68	32	18	18	28	22 (9,34)	22 (9,34)	0,012
4	Somalinaiset viettä- vät valtaosan vapaa- ajastaan perheensä kanssa	68	93	3	3	0	4	4	

(jatkuu)

KYSYMYS 3 (jatkuu)

5	Somalinaisten mielestä heidän puolisonsa keskittyy liikaa työhön	67	12	28	28	31 (16,46)	0,008
6	Somalinainen on tyytymätön siihen, miten perheessä päätetään taloutta koskevista asioista	67	16	16	24	43 (28, 57)	0,017
7	Työ vie liikaa somalinaisten aikaa	68	4	10	68	18 (6, 29)	0,015
8	Somalinainen on liukasi kiinni työssään	68	13	7	63	16 (3,29)	0,004
9	Somalinaisen ja - ja miehen työpanokset perheen hyväksi ovat yhtä suuret	68	25	10	43	22	
10	Somaliperheissä on täysin mahdollista sovittaa yhteen lapset ja työ	68	4	7	74	15 (3,26)	0,014
11	Somalinaisille työ on tärkeä tapa toteuttaa itseä	68	51	12	10	26	
12	Somalinaisten on usein vaikea keskittyä työhön kotiasioiden vuoksi	67	55	9	4	31 (16,46)	0,008
13	Somalinaisten mielestä parisuhteessa menee paremmin, kun miehellä on myös työtä	68	28	9	34	29 (18, 40)	0,048
14	Perhe-elämä vie usein somalinaisten aikaa, jonka he haluaisivat käyttää työhön ja uraan liittyviin toimintoihin	68	6	18	56	21	
15	Somalinaisen taloudellinen panos on perheen toimeentulolle välttämätön	67	51	19	13	16 (3,29)	0,004
16	Joskus somalinainen kokee perheeseen liittyvät velvoitteet liian raskaiksi	68	79	7	4	9 (0, 17)	0,025

(jatkuu)

KYSYMYS 3 (jatkuu)

1 7	Somalainen kantaa suuremman vastuun perheestään kuin hänen puolisonsa	67	94	3	0	3	
1 8	Somalainen käyttää kotitöiden tekemiseen enemmän aikaa kuin puolisonsa	67	43	21	6	30 (13,46)	0,003

1) koko aineiston % -osuus ja suluissa erikseen terveydenhoitajien ja kättilöiden luvut.

2) en osaa sanoa -vastausten osuuden ero terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä.

4. Kuka mielestänne hoitaa ensisijaisesti seuraavia tehtäviä ja velvoitteita somaliperheessä? Ruksatkaa yksi kohta kustakin vaihtoehdosta.

1 = Selvästi enemmän mies,

2 = Jonkin verran enemmän mies,

3 = Mies ja nainen yhtä paljon,

4 = Jonkin verran enemmän nainen,

5 = Selvästi enemmän nainen,

		n	Selvästi enemmän mies	Jonkin verran enemmän mies	Mies ja nainen yhtä paljon	Jonkin verran enemmän nainen	Selvästi enemmän nainen
			Selvästi enemmän mies			Selvästi enemmän mies	
			%	%	%		
1	Siivoaminen	67	1	1	97		
2	Tiskaaminen	68	1	0	99		
3	Roskien vieminen	67	10	10	79		
4	Laskujen maksaminen	65	78	14	8		
5	Suhteiden hoitaminen sukulaisiin	67	30	57	13		
6	Kodin korjaustyöt	63	71	16	13		
7	Ruuan laittaminen	67	3	9	88		
8	Suhteiden hoitaminen perheen yhteisiin ystäviin	66	27	53	20		
9	Pyykkien pesu	66	2	2	97		
10	Ruokaostosten tekeminen	66	8	18	74		
11	Silittäminen	64	2	2	97		
12	Mattojen tamppaaminen	61	11	11	77		
13	Lasten vieminen päiväkotii tai kouluun	66	11	29	61		

(jatkuu)

KYSYMYS 4 (jatkuu)

14	Rajojen asettaminen lapsille (kuten kotiintuloajat)	63	46	37	17
15	Pöytätapojen opettaminen lapsille	63	11	37	52
16	Lasten nukuttaminen illalla	65	3	5	92
17	Lasten pukeminen	65	3	5	92
18	Pienten lasten yöherämiset	67	1	0	99
19	Lasten kanssa leikkiminen	66	3	21	76
20	Lasten iltapäivähoidon järjestäminen	64	11	17	72
21	Lasten koulumenestyksen seuraaminen	62	16	42	42
22	Sätujen lukeminen lapsille	62	3	27	69
23	Lasten kanssa leikkiminen	52	6	25	69

5. Minkä taho on somaliperheiden mielestä pääasiallisessa vastuussa seuraavista asioista? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan (a - g) kaksi tärkeintä tahoa (yhteiskunta, koti/perhe tai joku muu) numeroilla 1 ja 2. Vaihtoehto yhteiskunta tarkoittaa muun muassa erilaisia valtioiden ja kuntien toimia ja palveluita, kuten koulu, päiväkoti, sairaala jne.

		Yhteiskunta	Koti/perhe	Jokin muut, mikä? ²⁾
		% ¹⁾	%	%
1	Lasten opettaminen kunnan kansalaiseksi (n=68)	24	84	-
2	Perheiden selviäminen taloudellisista ongelmista, kuten työttömyydestä (n=67)	81	24	4
3	Pienten lasten hoito (n=66)	24	88	3
4	Vanhusten hoito (n=64)	23	84	5
5	Lasten iltapäivähoito (n=65)	40	69	5
6	Hyvien tapojen opettaminen lapsille (n=66)	17	83	5
7	Syntyvyyden lisääminen (n=67)	1	97	6

- 1) Tärkeimpänä pidetyn tahon prosenttiosuus. Prosenttien summa voi olla yli 100, koska jotkut vastaajat ovat merkinneet kaksi tahoja tärkeimmäksi.
- 2) Muuna tahona on useimmiten mainittu suku. Muita mainittuja tahoja ovat ystävät, naapurit ja uskonto.

6. Kuinka paljon mielestänne somalinaiset ja miehet hoitavat perheeseen liittyviä tehtäviä ja velvoitteita? Ruksatkaa yksi vaihtoehto.

	n = 65	%
1	Somalinen hoitaa enemmän kuin hänen puolisonsa	78
2	Somalimies hoitaa enemmän kuin somalinainen	14
3	Somalimies- ja nainen hoitavat yhtä paljon	3
4	Suurimman osan hoitaa joku muu kuin somalinainen tai hänen puolisonsa	5

7. Onko joidenkin seuraavien asioiden hoitaminen jakaantunut mielestänne Suomessa asuvien somalinaisten ja miesten kesken perheissä epätasaisesti? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto.

	n = 66	Kyllä	Ei
		%	%
1	Kotityöt yleensä	91	9
2	Osa kotitöistä	78	22
3	Kasvatusvastuu lapsista	69	31
4	Kodin korjaustyöt	30	70
5	Käytännön raha-asioiden hoitaminen (esimerkiksi laskujen maksaminen)	60	40
6	Kokonaisvastuu perheen taloudellisista asioista	75	25
7	Velvoitteet on jaettu perheessämme tasaisesti	22	78

8. Ovato Suomessa asuvat somalinaiset mielestänne tyytyväisiä tapaan, jolla erilaiset tehtävät ja velvollisuudet on perheessä jaettu? Ympyröikää yksi vaihtoehto.

n = 65	%
1. Täysin tyytyväisiä	5
2. Melko tyytyväisiä	37
3. Jossain määrin tyytyväisiä	32
4. Ei lainkaan tyytyväisiä	5
5. En osaa sanoa	22

9. Muuttuuko mielestänne somalivanhempien parisuhde ensimmäisen lapsen syntymän jälkeen?

Rengastakaa yksi vaihtoehto

n = 66	%
Kyllä 1	72
Ei 2	28
En osaa sanoa 3	-

10. Jos vastasitte kyllä, miten parisuhde mielestänne muuttuu? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto.

			Paljon			Paljon		
	n = 27		%	%	%	%	%	
1	Ajankäyttö:	selkiintyi	4	4	33	41	19	vaikeutui
2	Kotitöidenjakaminen:	helpottui	-	7	26	52	15	vaikeutui
3	Seksielämä:	parani	4	8	50	33	4	huononi
4	Parisuhde:	syveni	12	12	48	24	4	väljähtyi
5	Käytännön asioiden hoitaminen:	helpottui	-	4	60	24	12	vaikeutui
6	Elämän arvot:	syveni	12	36	40	8	4	laimeni
7	Kiinnostus toisen lapsen hankkimiseen:	lisääntyi	31	19	42	4	4	väheni

11. Monissa perheissä jotkut asiat aiheuttavat joskus riitoja. Missä määrin Suomessa asuvilla somaliperheillä on mielestänne ristiriitoja seuraavista asioista? Ruksatkaa yksi kohta kustakin vaihtoehdosta. 1 = Melko usein, 2 = Silloin tällöin, 3 = Harvoin, 4 = Ei koskaan, 0 = En osaa sanoa

	n = 40	Melko usein	Silloin tällöin	Harvoin	Ei koskaan	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%
1	Kotitöiden jakaminen	10	53	30	8	-
2	Erilaisten juhlien viettäminen	3	26	56	15	-
3	Lasten kasvatust	14	55	29	2	-
4	Lasten hoito	17	51	24	7	-
5	Talouteen liittyvät asiat	9	71	14	6	-
6	Lomanvietosta sopiminen	4	72	20	4	
7	Töistä poissaoleminen sairaan lapsen hoitamiseksi	3	13	56	28	

B- osan kysymykset

12. Arvioikaa Suomessa asuvien somalinaisten raskauden aikaista terveyttä. Ruksatkaa yksi vaihtoehto.

	n = 66	%
1	Erittäin hyvä	-
2	Melko hyvä	35
3	Keskinkertainen	45
4	Melko huono	20
5	Erittäin huono	-

13. Arvioikaa Suomessa asuvien somalineaisten synnytyksen jälkeistä terveyttä. Ruksatkaa yksi vaihtoehto.

	n = 67	%
1	Erittäin hyvä	3
2	Melko hyvä	34
3	Keskinkertainen	51
4	Melko huono	12
5	Erittäin huono	-

14. Mitä mieltä olette seuraavista Suomessa asuvia somaliäitejä koskevista väittämistä? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = Ei samaa, muttei eri mieltäkään, 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä, 0 = En osaa sanoa

n = 61	Somaliäiti, jolla on pieni vauva	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa, muttei eri mieltäkään	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%	%
1	Kokee itsensä epävarmaksi	7	26	21	36	10	-
2	Kokee, että äitinä olo raskasta	13	37	17	20	13	-
3	Kokee onnistuvansa lapsen hoidossa	14	66	12	8		-
4	Ei osaa tehdä hoitopäätöksiä ilman apua	3	13	15	51	18	-
5	Paljon ongelmia lapsen hoidossa	5	7	33	40	15	-
6	Nauttii äitinä olemisesta	18	54	18	11		-
7	Tarvitsee apua lasten hoidossa	11	53	22	13	2	-
8	Kokee ettei osaa toimia hyvin lapsensa kanssa	2	9	25	47	16	-
9	Kokee lämpimiä tunteita lastaan kohtaan	33	52	6	8		-
10	Viettää suurimman osan ajastaan lapsensa kanssa	38	44	8	6	2	2
11	Tuntee vastuuta vanhempana	34	52	7	3	3	-
12	Kokee lapsen rajoittavan elämänsä	7	5	20	20	16	-
13	Ei voi osallistua kodin ulkopuolisiin harrastuksiin	24	39	24	10	4	-

15. Arvioikaa Suomessa asuvien somaliäitien synnytyskokemuksia.
Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto.

	n = 62	Negatiivinen			Positiivinen			
		%	%	%	%	%	%	
1	Epämiellyttävä	8	26	50	15	2	Miellyttävä	
2	Sietämättömän kivulias	15	45	35	35	5	Kivuton	
3	Raskas, vaativa	13	32	44	11		Helppo	
4	Odotusten vastainen	2	10	65	21	3	Odotusten mukainen	
5	Vaikea	8	39	39	15		Helppo	
6	Pelottava	5	39	37	16	3	Turvallinen	
7	Kielteinen	2	16	53	27	2	Myönteinen	

16. Arvioikaa miten paljon Suomessa asuvilla somalinaisilla esiintyy seuraavia mielialoja synnytyksen jälkeen?
Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin paljon, 2 = Melko paljon, 3 = Ei kovinkaan paljon, 4 = Vähän, 0 = En osaa sanoa.

	n = 65	Erittäin paljon	Melko paljon	Ei kovinkaan paljon	Vähän	Ei ollenkaan
		%	%	%	%	%
1	Itkuherkkyys		14	48	32	6
2	Ahdistuneisuus	6	16	48	25	5
3	Ärtäisyys		27	52	17	5
4	Univaikeudet	2	27	44	18	10
5	Levollinen olo	3	72	16	8	2
6	Onnellinen olo	5	63	20	11	2
7	Kipu	32	42	18	6	2
8	Yksinäinen olo	18	31	34	13	5
9	Mielen pahoittaminen	5	23	53	16	3
10	Pelokas	6	29	32	32	2
11	Luottavainen	5	64	22	8	2
12	Jännittynyt	2	23	48	23	3
13	Rauhallinen	8	58	23	9	2

17. Miten Suomessa asuvat somalinaiset selviytyvät mielestänne imetyksestä?
Ruksatkaa yksi vaihtoehto.

	n = 66	%
1	Erittäin huonosti	5
2	Huonosti	20
3	Kohtalaisesti	44
4	Hyvin	20
5	Erittäin hyvin	12

18. Millaisia kokemuksia arvioitte Suomessa asuvilla somaliäideillä olevan imetyksestä? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto.

	Negatiivinen			Positiivinen		
	%	%	%	%	%	
n = 62						
Vaikea	5	23	34	29	10	Helppo
Raskas	7	28	39	25	2	Kevyt
Kivulias	7	16	33	33	11	Kivuton
Vähemmän antoisa	10	32	32	19	8	Antoisa
Epämiellyttävä	10	19	43	22	6	Miellyttävä

19. Millaiset tiedot raskaana olevilla somalinaisilla on mielestänne seuraavista asioista? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin hyvät, 2 = Melko hyvät, 3 = Ei kovinkaan hyvät, 4 = Heikot, 0 = En osaa sanoa.

	n = 63	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Ei kovinkaan hyvät	Heikot	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%
1	Raskauden seurannan merkitys äidin ja lapsen terveyteen	5	42	34	20	
2	Raskaan olevan naisen ja perheen sosiaaliset etuudet	24	50	24	2	
3	Perhe- ja synnytysvalmennus	2	29	41	29	
4	Kotikäyntien merkitys	3	46	33	17	
5	Imetys	11	47	29	14	
6	Vauvan hoito	17	69	11	3	
7	Lapsen kasvatus	10	62	22	6	
8	Varhainen vuorovaikutus	3	34	38	25	

20. Millaiset tiedot raskaana olevilla Suomessa asuvilla somalinaisilla on mielestänne seuraavien elintapojen merkityksestä raskaudenaikaiseen ja synnytyksen jälkeiseen terveyteen? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin hyvät, 2 = Melko hyvät, 3 = Ei kovinkaan hyvät, 4 = Heikot, 0 = En osaa sanoa.

	n = 63	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Ei kovinkaan hyvät	Heikot	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%
1	Säännöllinen liikunta	2	8	48	43	-
2	Monipuolinen ravitsemus	5	27	45	23	-
3	Sopivan painon saavuttaminen ja säilyttäminen	2	11	49	38	-
4	Tupakoimattomuus	33	46	11	11	-
5	Päihteettömyys	41	38	14	7	-
6	Toimenpiteet onnettomuuksien ehkäisyksi kotona ja vapaa-aikana		31	53	16	-
7	Stressin hallinta	2	35	38	25	-
8	Hyvät ihmissuhteet	8	66	15	11	-

21. Millaiset tiedot raskaana olevilla Suomessa asuvilla somalinaisilla on mielestänne liikunnan ja kuntoilun vaikutuksesta terveyteen? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin hyvät, 2 = Melko hyvät, 3 = Ei kovinkaan hyvät, 4 = Heikot, 0 = En osaa sanoa.

	n = 60	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Ei kovinkaan hyvät	Heikot	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%
	Liikunnan vaikutus					
1	terveyden edistämiseen ja yleiskuntoon	3	18	50	28	-
2	työ- ja toimintakykyyn	2	16	62	21	-
3	elämäniloon ja virkeyteen	2	21	57	21	-
4	vähentää sairastumisen uhkaa	3	17	57	22	-
5	elämän pituuteen	3	14	57	26	-
6	oireiden vähenemiseen ja hyvinvoinnin tunteeseen		16	60	24	-
7	sairauksien ennaltaehkäisyyn ja riskien vähenemiseen	2	14	58	26	-
8	ulkonäköön ja muihin esteettisiin seikkoihin	2	26	50	22	-
9	omanarvontunteeseen ja itseluottamukseen	3	19	53	24	-

22. Millaiset tiedot raskaana olevilla Suomessa asuvilla somalinaisilla on mielestänne terveellisen ravitsemuksen vaikutuksesta terveyteen?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin hyvät, 2 = Melko hyvät, 3 = Ei kovinkaan hyvät, 4 = Heikot, 0 = En osaa sanoa.

n = 62	Terveellisen ravitsemuksen vaikutus	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Ei kovinkaan hyvät	Heikot	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%
1	terveyden edistämiseen ja yleiskuntoon	2	34	53	11	-
2	työ- ja toimintakykyyn	2	24	64	10	-
3	elämäniloon ja virkeyteen	3	36	48	13	-
4	vähentää sairastumisen uhkaa	2	38	44	16	-
5	elämän pituuteen	2	26	55	17	-
6	oireiden vähenemiseen ja hyvänolon tunteeseen	2	31	50	18	-
7	sairauksien ennaltaehkäisyyn ja riskien vähenemiseen	2	24	56	19	-
8	ulkonäköön ja muihin esteettisiin seikkoihin	2	36	48	14	-
9	omanarvontunteeseen ja itseluottamukseen	2	28	54	16	-

23. Millaiset tiedot raskaana olevilla Suomessa asuvilla somalinaisilla on tupakoinnin vaikutuksesta terveyteen?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin hyvät, 2 = Melko hyvät, 3 = Ei kovinkaan hyvät, 4 = Heikot, 0 = En osaa sanoa.

n = 44	Tupakoinnin vaikutus	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Ei kovinkaan hyvät	Heikot	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%
1	terveyden edistämiseen ja yleiskuntoon	26	33	33	9	-
2	työ- ja toimintakykyyn	26	30	35	9	-
3	elämäniloon ja virkeyteen	25	30	39	7	-
4	vähentää sairastumisen uhkaa	24	35	33	9	-
5	elämän pituuteen	24	33	33	9	-
6	oireiden vähenemiseen ja hyvänolon tunteeseen	23	39	32	7	-
7	sairauksien ennaltaehkäisyyn ja riskien vähenemiseen	23	34	34	9	-
8	ulkonäköön ja muihin esteettisiin seikkoihin	26	30	33	12	-
9	omanarvontunteeseen ja itseluottamukseen	25	30	35	10	-

24. Millaiset tiedot raskaana olevilla Suomessa asuvilla somalinlaisilla on stressin vaikutuksesta terveyteen?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin hyvät, 2 = Melko hyvät, 3 = Ei kovinkaan hyvät, 4 = Heikot, 0 = En osaa sanoa.

n = 39	Stressin vaikutus	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Ei kovinkaan hyvät	Heikot	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%
1	terveyden edistämiseen ja yleiskuntoon	5	36	46	13	-
2	työ- ja toimintakykyyn		45	45	10	-
3	elämäniloon ja virkeyteen	5	48	38	10	-
4	vähentää sairastumisen uhkaa	3	33	51	13	-
5	elämän pituuteen		39	45	16	-
6	oireiden vähenemiseen ja hyvinolon tunteeseen		38	46	15	-
7	sairauksien ennaltaehkäisyyn ja riskien vähenemiseen		33	54	13	-
8	ulkonäköön ja muihin esteettisiin seikkoihin	3	33	49	15	-
9	omanarvontunteeseen ja itseluottamukseen	3	33	53	13	-

25. Millaiset tiedot Suomessa asuvilla somalinlaisilla on lääkkeiden ja päihteiden vaikutuksesta terveyteen?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin hyvät, 2 = Melko hyvät, 3 = Ei kovinkaan hyvät, 4 = Heikot, 0 = En osaa sanoa.

n = 26	Päihteiden vaikutus	Erittäin hyvät	Melko hyvät	Ei kovinkaan hyvät	Heikot	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%
1	terveyden edistämiseen ja yleiskuntoon	20	36	32	11	
2	työ- ja toimintakykyyn	18	34	34	14	
3	elämäniloon ja virkeyteen	18	41	25	16	
4	vähentää sairastumisen uhkaa	21	33	36	10	
5	elämän pituuteen	19	38	33	10	
6	oireiden vähenemiseen ja hyvinolon tunteeseen	18	45	25	11	
7	sairauksien ennaltaehkäisyyn ja riskien vähenemiseen	19	36	36	10	
8	ulkonäköön ja muihin esteettisiin seikkoihin	20	35	33	13	
9	omanarvontunteeseen ja itseluottamukseen	21	36	31	13	

C-osan kysymykset

26. Arvioikaa Suomessa syntyneiden somalivauvojen käyttäytymistä ja terveyttä. Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = Ei samaa, muttei eri mieltäkään, 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä, 0 = En osaa sanoa

	n = 64	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa, muttei eri mieltäkään	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%	%
1	Itkee paljon	5	14	11	55	16	
2	Herkästi ärtyvä	2	17	6	58	17	
3	Lapsi ei kehity yhtä nopeasti kuin yleensä lapset	2	7	8	51	33	
4	Lapsella on enemmän terveysongelmia kuin muilla lapsilla		22	15	42	22	
5	Lapsi on vaikeasti hoidettava	2	3	18	39	39	
6	Lapsi ei suostu imemään rintaa	3	5	6	41	44	
7	Lapsen paino ei kehity normaalisti	2	3	10	44	41	

27. Miten Suomessa asuvat somaliäidin selviytyvät mielestänne seuraavista lapsen hoitoon liittyvistä tehtävistä? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin huonosti, 2 = Melko huonosti, 3 = Tyydyttävästi, 4 = Kohtalaisesti, 5 = Erittäin hyvin.

	n = 63	Erittäin huonosti	Melko huonosti	Tyydyttävästi	Kohtalaisesti	Erittäin hyvin
		%	%	%	%	%
1	Kylvettäminen		3	17	33	46
2	Vaipanvaihto		2	6	29	63
3	Herääminen yöllä vastamaan vauvan tarpeisiin	3	9	20	38	30
4	Imettäminen	5	18	23	31	23
5	Lapsen tyyntäminen		5	19	45	31
6	Pukeminen/riisuminen		2	6	42	51
7	Seurustelu/viihdytys	2	13	22	39	25
8	Lapsen nukuttaminen		6	15	48	31
9	Päiväohjelman pitäminen samana	2	13	33	34	19
10	Sairastuneen lapsen hoitaminen	2	10	25	44	19
11	Lapsen hoitaminen kun itku kestää yli 2 tuntia	5	16	33	30	16
12	Lapsen hoitaminen kun itse on väsynyt	6	14	47	25	8
13	Lapsen ulkoilu	2	25	36	21	16

28. Millaisia kokemuksia Suomessa asuvilla somaliäideillä on mielestänne vauvanhoidosta?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto.

n = 66	Negatiivinen				Positiivinen	
	%	%	%	%	%	
Raskas	2	18	52	27	2	Kevyt
Pelottava		8	56	35	2	Ihana
Ei palkitseva		8	38	52	3	Antoisa
Vaikea		11	39	44	6	Helppo
Epämiellyttävä			36	59	5	Miellyttävä

29. Ratkaise mitä mieltä olet seuraavien Suomessa asuviin somalinoisin kohdistuvien väittämien kanssa.

Ruksatkaa se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa mielipidettänne. 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = Ei samaa, muttei eri mieltäkään, 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä, 0 = En osaa sanoa

	n = 66	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa, muttei eri mieltäkään	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
		%	%	%	%	%	%
1	Somalinaiset tarvitsevat elintapoja koskevaa neuvontaa	30	56	6	6	2	-
2	Kaikilla somalinoisilla on pohjimmiltaan pyrkimys ylläpitää terveyttään	14	60	19	6	0	-
3	Vain harvat somalinaiset ovat valmiita muuttamaan raskaudenaikana elintapojaan	3	46	15	31	5	-
4	Terveyskasvatuksen avulla ei saada aikaan muutoksia somalinaisten elintavoissa heidän vastakaisten asenteidensa vuoksi	3	27	23	38	9	-
5	Terveyskasvatuksen avulla ei saada aikaan muutoksia somalinaisten elintavoissa, koska naisten asema somalikulttuurissa on niin huono	3	28	18	42	9	-
6	Terveyskasvatuksen avulla ei saada aikaan muutoksia somalinaisten elintavoissa, koska he eivät ymmärrä suomenkieltä	14	35	15	29	6	-
7	Somalinaiset kokevat terveyskasvatuksen uhkana henkilökohtaiselle vauhdilleen	21	22	44	44	44	-

30. Kuinka usein arvioit neuvontasi aiheuttavan suotuisia muutoksia Suomessa asuvien somalinaisten tottumuksissa, tavoissa tai muussa käyttäytymisessä?

(Jos ette juuri koskaan neuvo tietyistä elintavoista, laittakaa rasti ruutuun ei neuvontaa). 1 = Miltei aina, 2 = Usein, 3 = Silloin tällöin, 4 = Harvoin, 5 = Ei juuri koskaan, 6 = Ei neuvontaa.

	n = 63	Miltei aina	Usein	Silloin tällöin	Harvoin	Ei juuri koskaan	Ei neuvontaa
		%	%	%	%	%	%
1	lääkkeiden käyttö	8	30	37	17	8	-
2	liikuntatottumukset	0	8	32	39	20	-
3	tupakointi	24	14	24	16	22	-
4	alkoholin käyttö	26	18	15	21	21	-
5	turvallisuustottumukset	2	22	51	18	8	-
6	stressin hallinta	-	7	47	31	15	-
7	ihmissuhteet	-	13	41	29	18	-
8	sukupuolielämä	-	10	29	41	20	-

31. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = Ei samaa, muttei eri mieltäkään, 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä, 0 = En osaa sanoa

		n	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa, muttei eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	p 2)
			Samaa mieltä		%	Eri mieltä		%	
			%	%		%	%		
1	Somaliperheet kokevat perhevalmennuksen hyödylliseksi	66	20		24	23		33	
2	Somaliperheet nauttivat muiden odottavien perheiden tapaamisesta ja heihin tutustumisesta	67	36		12	30		22 (9,34)	0,015
3	Perhevalmennus on tarpeen sekä somalinaisille että miehille	67	85		0	6		9	

(jatkuu)

KYSYMYS 31 (jatkuu)

4	Perhevalmennus lisää somaliperheiden tietoja	65	78	5	3	14	
5	Perhevalmennus poistaa somaliäitien synnytyspelkoja ja ennakkoluuloja	67	75	4	4	16 (6,26)	0,032
6	Perhevalmennus lisää somalinaisten itseluottamusta	67	66	13	4	16	
7	Perhevalmennus on tarpeen somalimiehille	67	79	7	4	9	
8	Perhevalmennus lisää somalinaisten itseluottamusta äiteinä	67	66	10	4	19 (9,29)	0,047
9	Perhevalmennus lisää somalimiesten itseluottamusta isinä	67	39	22	16	22 (9,34)	0,015
10	Perhevalmennus ei ole tärkeä somaliperheille	67	12	7	66	15	
11	Perhevalmennusta on parempi antaa somaliperheille henkilökohtaisen ohjauksen aikana	67	60	12	10	18	

1) koko aineiston % -osuus ja suluissa erikseen terveydenhoitajien ja kättilöiden luvut.

2) en osaa sanoa -vastausten osuuden ero terveydenhoitajien ja kättilöiden välillä.

32. Mikä merkitys seuraavilla perhevalmennuksessa käsiteltävillä asioilla somaliperheille?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin tärkeä, 2 = Tärkeä, 3 = Melko tärkeä, 4 = Vähän tärkeä, 0 = En osaa sanoa

		n	Erittäin tärkeä	Tärkeä	Melko tärkeä	Vähän tärkeä	En osaa sanoa %	p 2)
			Tärkeä %		Melko tärkeä %			
1	Perhevalmennuksen tavoitteet	65	37		40		23 (10, 34)	0,021
2	Ryhmän jäseniin tutustuminen	67	39		46		15 (3, 26)	0,014
3	Osallistujien odotusten ja toiveiden kysyminen	67	49		37		13 (3, 23)	0,029
4	Sikiön kehitys	67	54		34		12	
5	Synnytys ja sen kulku	67	69		22		9	
6	Tieto tapahtumista sairaalassa	66	68		23		9	
7	Raskauden normaali kulku	66	68		23		9	
8	Isän osuus synnytyksessä	67	57		31		12	
9	Isän osuus lapsen hoidossa	67	61		27		12	
10	Kivun lievitys synnytyksessä	67	78		13		9	
11	Vastasyntyneen hoito	66	64		27		9	
12	Poikkeava synnytys	67	48		42		10	
13	Poikkeava raskauden kulku	67	45		45		10	
14	Lapsen kasvatus	67	46		42		12	
15	Ehkäisy	66	64		29		8	
16	Sosiaalipalvelut ja etuudet	67	67		24		9	
17	Seksiin liittyvät asiat	66	58		32		11	
18	Ympärileikkaus	65	68		14		18 (6, 29)	0,017
19	Parisuhde	66	53		33		14	
20	Vanhemmuus	67	55		30		15	
21	Ravitsemus	67	55		33		12	
22	Liikunta	67	49		39		12	
23	Hampaiden hoito	67	51		36		13 (3, 23)	0,029
24	Äidin ja isän jaksaminen	66	53		32		15	
25	Toisten lasten mustasukkaisuus	66	52		35		14	
26	Tutustuminen synnytyssairaalaan	67	51		37		12	

1) koko aineiston % -osuus ja suluissa erikseen terveydenhoitajien ja kätilöiden luvut.

2) en osaa sanoa -vastausten osuuden ero terveydenhoitajien ja kätilöiden välillä.

33. Miten paljon somaliäideillä on ohjaustarvetta seuraavissa asioissa?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin paljon, 2 = Melko paljon, 3 = Vähän, 4 = Melko vähän, 0 = Ei ollenkaan

		n	Erittäin paljon %	Melko paljon %	Vähän %	Melko vähän %	Ei ollenkaan %
1	Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset raskauden aikana	64	14	66	17	3	-
2	Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus	65	14	60	17	9	-
3	Kotitalous ja kodissa tarvittavat käytännön taidot	64	5	31	39	22	3
4	Yhteiskunnan tukitoimet sekä oikeudelliset kysymykset	65	12	46	29	9	3
5	Raskauden aikainen terveydenhoito	65	20	57	15	8	-
6	Parisuhde	64	5	55	31	9	-
7	Itseluottamuksen lisääntyminen	65	12	46	34	8	-
8	Synnytyssairaalan hoitokäytännöt	68	34	49	13	4	-
9	Synnytyspelkojen ja ennakkoluulojen poistaminen	66	27	52	20	2	-
10	Synnytys	68	24	57	18	1	-
11	Lasten hoito	66	17	41	36	5	2
12	Lasten kasvatus	65	18	40	34	6	2

34. Miten paljon Suomessa asuvilla somaliäideillä on mielestänne ohjaustarvetta seuraavissa lapsen hoitoon liittyvissä asioissa?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto.

	n = 63	Erittäin paljon %	Melko paljon %	Vähän %	Kohtalaisesti %	Ei ollenkaan %
1	Lapsen käsittely	3	22	49	21	5
2	Imetysohjaus	29	34	25	11	2
3	Kylvetysohjaus	3	17	57	17	5
4	Lapsen perushoito	6	25	51	16	2
5	Lapsen tarkkailu	6	44	40	8	2
6	Sairaalan lapsen hoito	17	50	28	5	-
7	Varhainen vuorovaikutus	22	48	28	3	-

35. Miten paljon Suomessa asuvat somaliäidit tarvitsevat arvionne mukaan tukea seuraavissa asioissa synnytyksen jälkeen? Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin paljon, 2 = Melko paljon, 3 = Ei kovinkaan paljon, 4 = Vähän, 0 = En osaa sanoa.

	n = 64	Erittäin paljon %	Melko paljon %	Ei kovinkaan paljon %	Vähän %	En osaa sanoa %
1	Konkreettinen tuki					
	Lapsen käsittely	6	25	44	25	-
	Imetys	13	44	33	11	-
	Kylvetys	3	19	50	28	-
	Lapsen perushoito	5	23	47	25	-
	Sairaalan lapsen tarkkailu	8	45	39	8	-
	Sairaalan lapsen hoito	13	61	19	8	-
	Varhainen vuorovaikutus	19	47	26	8	-
2	Päätöksenteon tuki					
	Itseluottamuksen vahvistaminen	10	51	30	10	-
	Kannustaminen omiin ratkaisuihin	14	41	31	14	-
	Tietoa lapsen kasvu- ja kehitysvaiheista	21	55	19	5	-
	Lapsen kehityksen tukeminen	19	57	17	6	-
	Ohjaus lisätiedon hankkimiseen	16	54	21	8	-
	Äidin ratkaisujen tukeminen	19	50	22	9	-
3	Emotionaalinen tuki					
	Myönteinen palaute	24	55	18	3	-
	Hyväksyntä	25	57	14	3	-
	Kiinnostuksen osoittaminen	29	52	15	5	-
	Arvostus äitinä	32	51	13	5	-
	Luottamuksellisuus	32	49	13	6	-
	Yksilöllisyys	32	48	16	5	-

36. Miten paljon Suomessa asuvat somaliäidit saavat mielestänne läheisiltään tukea synnytyksen jälkeen?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Erittäin paljon, 2 = Melko paljon, 3 = Ei kovinkaan paljon, 4 = Vähän, 0 = En osaa sanoa.

	n = 64	Erittäin paljon %	Melko paljon %	Ei kovinkaan paljon %	Vähän %	En osaa sanoa %
1	Konkreettinen tuki					
	Lapsen käsittely	18	52	26	3	
	Imetys	10	37	34	19	
	Kylvetys	12	48	34	5	
	Lapsen perushoito	17	50	27	7	
	Sairaalan lapsen tarkkailu	12	39	42	7	
	Sairaalan lapsen hoito	8	46	29	17	
	Varhainen vuorovaikutus	9	28	38	26	
2	Päätöksenteon tuki					
	Itseluottamuksen vahvistaminen	13	38	36	13	
	Kannustaminen omiin ratkaisuihin	9	39	35	17	
	Tietoa lapsen kasvu- ja kehitysvaiheista	7	45	33	15	
	Lapsen kehityksen tukeminen	6	42	36	17	
	Ohjaus lisätiedon hankkimiseen	10	33	37	20	
	Äidin ratkaisujen tukeminen	11	45	25	19	
3	Emotionaalinen tuki					
	Myönteinen palaute	16	55	22	7	
	Hyväksyntä	19	54	18	9	
	Kiinnostuksen osoittaminen	21	62	10	7	
	Arvostus äitinä	22	62	9	7	
	Luottamuksellisuus	17	60	17	6	
	Yksilöllisyys	12	60	20	8	

37. Mitä mieltä olette somaliperheiden perhevalmennuksesta?

Ruksatkaa jokaiseen kohtaan yksi vaihtoehto. 1 = Täysin samaa mieltä, 2 = Jokseenkin samaa mieltä, 3 = Ei samaa, muttei eri mieltäkään, 4 = Jokseenkin eri mieltä, 5 = Täysin eri mieltä, 0 = En osaa sanoa

	n = 62	Täysin samaa mieltä %	Jokseenkin samaa mieltä %	Ei samaa, muttei eri mieltäkään %	Jokseenkin eri mieltä %	Täysin eri mieltä %	En osaa sanoa %
1	Ensisynnyttäjille olisi järjestettävä täysin omat ryhmät	32	26	10	24	8	-
2	Ryhmissä tulisi olla sekä ensi-, että uudelleensynnyttäjiä	18	57	5	13	7	-
3	Isille olisi järjestettävä täysin omat ryhmät	15	16	23	30	16	-
4	Isät voisivat olla äitien kanssa samoissa ryhmissä	29	38	14	17	2	-
5	Kaikissa ryhmissä tulisi olla kerran mukana vastasyntynyt vauva	43	33	10	6	8	-
6	Ryhmän tulisi pystyä keskustelemaan	62	34	5	-	-	-
7	Ryhmän jäsenten ja asiantuntijoiden tulisi kokea olevansa tasaverlaisia	59	30	11	-	-	-
8	Ryhmän tunnelman tulisi olla leppoisa	65	29	5	2		-
9	Perhevalmennus tulisi toteuttaa somaliankielillä	44	21	16	10	8	-
10	Perhevalmennuksessa tulisi käyttää tulkkia	31	31	10	15	14	-
11	Perhevalmennus tulisi toteuttaa yhdessä valtaväestön edustajien kanssa	32	23	20	18	7	-
12	Perhevalmennuksessa ei tulisi käyttää vaikeita sanoja	62	29	5	3	2	-

KIITOS VASTAUKSISTA!

LIITE B Kehittämistyön eteneminen ja toimintaan liittyvät ohjeet ja sopimukset**LIITE B1 Kehittämistoiminnan itsearviointi**

Olemme kokoontuneet neljä kertaa vuoden 2004 aikana. Vuoden viimeinen tapaaminen on marraskuussa. Nyt on toiminnan arvioinnin aika. Arvioinnin helpottamiseksi olen laatinut yhden kysymyksen, johon toivon jokaisen suunnitteluryhmän jäsenen vastaavan. Vastaa suoraan tähän lomakkeeseen ja lähetä lomake allekirjoittaneelle sähköpostin välityksellä osoitteeseen pirjo.koski@stadia.fi Voit vastata kysymykseen myös seuraavassa kokouksessa. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kiitos etukäteen vastauksistanne!

Mitä työskentely somaliperheiden perhevalmennusta suunnittelevassa ryhmässä on antanut Sinulle ja/tai vaikuttanut Sinuun?

LIITE B2 Ohje ja sopimus perhevalmennusohjelmn osien testaamiseksi

Sovitut testauspäivät:

Paikka:

Toteuttajat:

Sopimus:

1. Suunnitteluryhmän laatima perhevalmennusohjelma kahden teeman osalta lähetetään terveydenhoitajalle _____(Liite 1 ja 2)
2. Kotipuu - hankkeessa "Kirjoitetaan, että tapaamisten teemat voivat olla joustavia osallistujien tarpeiden mukaisesti". Suunnitteluryhmän laatima valmennusohjelma pohjautuu dialogiin, keskustelun eteneminen on suunniteltu etukäteen, teemojen sisällä on mahdollista edetä osallistujien tarpeiden mukaisesti!
3. Väitöskirjatyön kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että ko. päivinä testataan suunnitteluryhmän kehittämää perhevalmennusohjelmaa mahdollisimman tarkasti
4. Palautetta valmennuksesta kerätään sekä havainnoimalla, että suullisesti. Myös toteuttaja antaa palautetta kokemuksestaan. Palautteen avulla on tarkoitus edelleen kehittää valmennusohjelmaa.
5. Valmennusta toteuttavalle terveydenhoitajalle lähetetään asiakaspalautelomake (Liite 3), jonka hän täyttää asiakkaiden puolesta ja palauttaa väitöskirjatyöntekijälle sähköpostin välityksellä. Samassa yhteydessä hän täyttää myös omia kokemuksia kuvaavan lomakkeen (Liite 4) ja palauttaa myös sen väitöskirjantekijälle.
6. Palaute kokeilusta raportoidaan suoraan edellä kuvatulla tavalla väitöskirjatyöntekijälle, jotta palautetta voidaan hyödyntää suunnitteluryhmän laatiman valmennusohjelman kehittämistyössä. Palautelomakkeet toimitetaan täytettynä ainoastaan väitöskirjatyöntekijälle.
7. Valmennusohjelman käyttöoikeudet koskevat vain kahta tässä kirjeessä mainittua tilaisuutta.
8. Valmennusohjelmaa ei saa toimittaa eteenpäin kolmansille osapuolille.

Helsingissä 4.2.2005

TtM Pirjo Koski

LIITE B3 Arviointilomake pilotointeihin osallistuneiden kokemusten keräämiseksi

Aihe:

Päivämäärä:

Osallistujien määrä:

Paikka :

Valmennuksen toteuttaja:

Miten valmennus asiakkaiden mielestä onnistui? Kysy asiaa osallistujilta ja tee yhteenveto alla olevaan taulukkoon. Kuvaile nelikentän avulla sekä valmennuksen (sisältö, menetelmä, järjestelyt) tarjoamat mahdollisuudet oppimiseen että uhkatekijät, jotka estivät oppimista. Kuvaile myös osallistujien vahvuuksia ja heikkouksia.

Osallistujien vahvuudet	Osallistujien kehittämiskohteita / tarpeita
Osallistujien uhat (esim. epävarmuus)	Osallistujien mahdollisuudet

LIITE B4 Arviointilomake pilotointien toteuttajien kokemusten keräämiseksi

Aihe:

Päivämäärä:

Osallistujien määrä:

Paikka :

Valmennuksen toteuttaja:

Miten valmennus **toteuttajan/toteuttajien** mielestä onnistui?

Selvitä nelikentän avulla sekä valmennuksen tarjoamat mahdollisuudet oppimiseen että uhkatekijät. Kuvaile myös omia vahvuuksiasi ja heikkouksiasi valmennuksen toteuttajana.

Vahvuuteni	Kehittämiskohteeni/ tarpeeni
Uhkani	Mahdollisuuteni

**LIITE C MONIKULTTUURINEN PERHEVALMENNUS -KIRJAN TOIMIT-
TAMISEEN LIITTYVÄ SOPIMUS JA KIRJAN ARVIOINTILOMAKE**

Liite C1 Sopimus artikkelien käyttöoikeudesta

Me allekirjoittaneet osapuolet olemme sopineet seuraavaa:

Kirjoittajan nimi

antaa Edita Publishing Oy:lle oikeuden julkaista Monikulttuurinen perhval-
mennus -teoksessa

Käytettävän artikkelin nimi – nimisen artikkelin,

johon kirjoittajalla on täydellinen tekijänoikeus. Sopimus koskee myös teoksesta
mahdollisesti myöhemmin otettavia uusia painoksia.

Tätä sopimusta on tehty kaksi samansisältöistä kappaletta, yksi kummallekin
sopijaosapuolelle.

Helsingissä xx.xx.200x

.....
xxxxxx
Kirjoittaja

.....
xxxxxx
Edita Publishing Oy

LIITE C2 Kehittämistyöryhmän tuottaman kirjallisen perhevalmennusohjelman arviointilomake**Palautelomake Monikulttuurinen perhevalmennus-kirjasta**

Arvosanasi oppikirjasta; 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Kirja-arvostelusi:

1. Arvioi kirjan asiasisältöä ja rakennetta (selkeys, johdonmukaisuus, ajantasaisuus, kattavuus, luettavuus)

2. Millaisia asioita Monikulttuurinen perhevalmennus -kirjan avulla voi mielestäsi oppia?

3. Vastasiko kirja odotuksiasi ja tarpeitasi? Perustele:

4. Mitä lisäisit kirjaan?

5. Mitä poistaisit kirjasta?

6. Arvioi kirjan ulkoasu (sekä kansi että taitto)

7. Käytetäänkö perhevalmennuksen opetuksessasi/täydennyskoulutuksessa oppikirjaa?

(voit vastata tähän vaikka et itse opettaisikaan perhevalmennusta)

- Kyllä. Käytössä oleva oppikirja on: _____
- Ei
- En osaa sanoa

8. Onko työpaikallasi mainitsemasi oppikirja/t? Hankkivatko opiskelijasi mainitsemasi oppikirjan?

Kyllä Ei

9. Arvioi seuraavia oppikirjan valintaan vaikuttavia tekijöitä asteikolla 1-5.

- 1= ei lainkaan merkitystä
 2= jonkin verran merkitystä
 3= en osaa sanoa
 4= melko tärkeä valintakriteeri
 5= hyvin tärkeä valintakriteeri

- Oppikirjan oppimisenäkemys
- Oppikirjan sisältö
- Oppikirjan kappaleiden aihealueet
- Oppikirjan rakenne
- Oppikirjassa olevat kaaviot, kuvat ja taulukot
- Oppikirjan kuvitus ja ulkoiset mitat
- Oppikirjan sisällön ja lähteiden kattavuus
- Opetussuunnitelmien mukaisuus
- Oppikirjan vaikeusaste
- Mahdollisuus hyödyntää oppikirjaa työelämässä
- Muu, mikä _____

10. Mitä uutta oppimateriaalia työpaikallasi tarvitaan?

Palautteesi Editalle:

Palautteesi kirjan tekijälle voit lähettää suoraan sähköpostilla osoitteeseen:

pirjo.koski@stadia.fi

Voit antaa palautteen yhteystiedoilla tai ilman.

KIITOS AJASTASI!

Kysely löytyy myös verkko-osoitteesta:

<https://elomake.stadia.fi/lomakkeet/968/lomake.html>