

Kulttuurisen kompetenssin tärkeys luottamuksellisen asiakassuhteen luomisessa ja tehokkaassa terveyden edistämisessä

Esimerkkinä islamin uskonto ja seksuaaliterveyden edistäminen

Tiina-Kaisa Alakärppä

Tiivistelmä

Asiakkaan kulttuuria ja etnisyyttä pidetään usein muureina terveydenhuollon asiakassuhteen luomisessa. Monikulttuurisessa terveydenhuollossa yhtenä haasteena on sellaisen asiakassuhteen muodostaminen, jossa päästään yksimielisyyteen hoitomenetelmästä ja edistetään tehokkaasti asiakkaan terveyttä. Tässä artikkelissa vastaus haasteeseen löytyy kulttuurisesta kompetenssista, jota ei yleensä oteta asiakastyössä huomioon sen monien haasteiden vuoksi. Artikkelissa kulttuurisella kompetenssilla tarkoitetaan ammattilaisen tietoisuutta omasta kulttuurista, tietoa asiakkaan kulttuurista ja taitoa työskennellä asiakastilanteessa minietnografisen työtteen kautta huomioiden asiakas sekä osana kulttuuria että yksilönä. Aihetta käsitellään kollektiivisesta kulttuurista tulevien muslimimaa-hanmuuttajien kanssa tehtävän seksuaaliterveyden näkökulmasta tutkimustiedon ja seksuaaliterveysalan kenttätöiden pohjalta.

Islam on tänä päivänä yksi suurimmista ja laajimmalle levinneistä uskonnoista maailmassa (Hämeen-Anttila 2015, 12–13). Islamin uskonto on näyttäytynyt suomalaisessa katukuvassa enenevässä määrin 1990-luvun alusta lähtien, jolloin muslimimaahanmuuttajien määrä alkoi nopeasti kasvaa. Samalla suomalaiselle terveydenhuollolle tuli uusia haasteita muun muassa kulttuurista ja uskonnosta johtuvien suomalaisille terveydenhuollon ammattilaisille vieraiden terveys- ja sairauskäsitysten sekä hoitokäytäntöjen vuoksi. (Tiilikainen 2012, 169.) Haasteiden myötä etenkin muslimimaahanmuuttajien seksuaaliterveyttä koskevalle lisätiedolle on todettu tarve niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin (Kellogg Spadt et al. 2014; Klemetti & Raussi-Lehto 2014; Yildirim, Hacıoglu, Essizoglu & Kucukparlak 2012).

Tiedontarpeen lisäksi on painotettu kulttuuria koskevan ymmärryksen merkitystä seksuaaliterveysalan asiakastyössä. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa todettiin, että ”maahanmuuttajien ja pakolaisten kulttuuritaustan erityistarpeet tulisi huomioida seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvässä neuvonnassa” (Koponen ym. 2012, 139). Ohjelman selkeä viesti on, että terveysalan ammattilaisilla tulisi olla *kulttuurista kompetenssia* eli kykyä ottaa huomioon toisten kulttuurien käsityksiä ja käytäntöjä sekä ymmärtää näiden vaikutuksia terveyteen. Kulttuurisen kompetenssin käsite on kuitenkin usein jäänyt pintapuoliseksi ja ymmärrys sitä kohtaan on puuttunut, mikä on näkynyt ammattilaisten keskuudessa siihen kohdistuvana vastarintana: sen on sanottu lisäävän esimerkiksi ennakkoletuksia ja stereotypioita. (Kleinman & Benson 2006; Sue, Zane, Nagayama Hall & Berger 2009.) Tämän vuoksi asiakaskontaktissa on haluttu painottaa asiakkaan kohtaamista ensisijaisesti yksilönä (Koponen ym. 2012, 139).

Tässä artikkelissa paneudun muslimiasiakkaiden kanssa tehtävän seksuaaliterveystyön kautta monikulttuurisen terveydenhuollon keskeiseen haasteeseen: *Miten asiakkaan kanssa saa muodostettua luottamuksellisen asiakassuhteen, joka ottaa huomioon sekä kulttuurin että yksilön ja jossa päästään yhteisymmärrykseen asiakkaalle sopivasta hoitomenetelmästä ja edistetään tehokkaasti hänen terveyttään?* Esitän, että vastaus tähän haasteeseen löytyy kulttuurisesta kompetenssista. Tarkastelussa hyödynnän useita kenttäesimerkkejä, jotka perustuvat aikavälillä 2016–2017 tekemääni työhön seksuaaliterveystyönä ja kouluttajana.

Muslimiasiakkaiden kanssa työskennellessä kaksi asiaa ovat nousseet esiin erityisen merkityksellisinä asiakkaiden seksuaalisuutta koskevien käsitysten ymmärtämisen ja luottamuksellisen asiakassuhteen rakentamisen kannalta. Ensimmäinen on *kollektivistinen eli yhteisöllinen kulttuuri*, johon muun muassa arabikulttuurit pääasiassa lukeutuvat (Baker & Dwairy 2003; Dwairy 1998, 2010; Hofstede 1980, 1983; Haj-Yahia 2000)¹. Toinen on *islamin uskonto*, jonka tiettyjen sääntöjen noudattamisesta asiakkaiden keskuudessa on oltu varsin yksimielisiä. Terveydenhuollossa nämä kaksi tekijää jäävät liian vähälle huomiolle. Artikkelissani käsitelen erityisesti kollektiivisesta kulttuurista tulevien muslimimaahanmuuttajien kanssa tehtävää seksuaaliterveystyötä, mutta siitä saatavaa tietoa voi hyödyntää laajemminkin asiakaskontakteissa muslimiasiakkaiden kanssa.

Artikkelini rakentuu yleisen kulttuurisen kompetenssin raamin mukaisesti. Sen mukaan kulttuurista kompetenssia omaavalla ammattilaisella on kulttuuriin liittyvää tietoisuutta, tietoa ja taitoa (Lo & Fung 2003; Sue 1998; Sue et al. 1982; 1992). Aluksi argumentoin kulttuurisen kompetenssin puolesta, minkä jälkeen nostan esiin käsitteiden määrittämisen vaikeuden. Asetan tämän vaikeuden ymmärtämisen tärkeään osaan kulttuurisen tietoisuuden lisääntymisessä, eli siinä, että ammattilainen ymmärtää työskentelevänsä omasta kulttuuristaan käsin. Kulttuurisen tietoisuuden jälkeen käsitelen kulttuurista tietoa, eli sitä, että ammattilaisella tulee olla tietoa asiakkaan kulttuurista. Viimeisessä osiossa paneudun kulttuuriseen taitoon eli minietnografiseen työtoteeseen ja samalla kehitän sitä soveltumaan paremmin artikkelini kohdejoukon parissa tehtävään terveydenhuollon asiakastyöhön.

Asiakkaan kulttuuri ja etnisyys terveydenhuollon haasteina

Asiakkaan kulttuuria ja etnisyyttä pidetään usein muureina tehokkaan ja mielekkään asiakassuhteen luomisessa ja soveliaiden hoitomenetelmien löytämisessä. Jokainen asiakas tuo oman yksilöllisen taustansa mukaan terveydenhuollon asiakaskontaktiin: eri kulttuureista tulevilla henkilöillä voi

1 Geert Hofstede (1980, 1983) puhui kansallisten kulttuurien eri ulottuvuuksista, joista yksi käsiteli individualismi-kollektivismi jakoa. Hofstede huomasi, että Yhdysvallat asettuivat individualistisen ja arabivaltiot kollektivistisen kulttuurin kategoriaan. Vaikka Hofsteden tutkimuksissa ei juuri otettu huomioon moninaisuutta kulttuurien sisällä, on arabiyhteisöt nähty kollektivistisina eri tutkimuksissa hänen jälkeinkin (Baker & Dwairy, 2003; Dwairy, 1998, 2010; Haj-Yahia, 2000).

olla hyvin erilaiset näkemykset terveydestä ja sairaudesta kuin länsimaisella terveydenhuollon ammattilaisella, ja heidän tapansa kommunikoida voi erota suurestikin siitä, mihin olemme länsimaissa tottuneet. Tärkeä kommunikaatioon vaikuttava tekijä on kielimuuri, mutta empiiristen tutkimusten mukaan se ei kuitenkaan ole oleellisimpia tekijöitä asiakassuhteen kommunikaation onnistumisessa. (Kleinman 2006, 1673; Saarni 2013, 50; Schouten & Meeuwesen 2006, 21–31.)

Useiden eri tutkimusten mukaan asiakaskontaktissa on vähemmän ymmärrystä ja asiakas on tyytymättömämpi ja vastahakoisempi, jos kyseessä on terveydenhuollon asiakaskontakti kahdesta eri kulttuurista kuin kahden samasta kulttuurista tulevan henkilön välillä. Lisäksi terveydenalan ammattilaiset usein kokevat konsultaation etnisen vähemmistön edustajan kanssa tunteellisesti vaativaksi. Myös syy konsultaation tulemiseen jää usein epäselväksi. (Schouten & Meeuwesen 2006, 22.) Vaikka asiakaskontaktin ongelmallisuudelle ei ole tutkimuksissa löydetty yksiselitteisiä tyhjentäviä syitä, ehdotan, että kulttuurinen kompetenssi voi olla arvokas lähtökohta ja väline ongelmien purkamiselle.

Kulttuurisen kompetenssin käsite on kuitenkin jäänyt hämäräksi ja sille on annettu paljon erilaisia merkityksiä ja määritelmiä. Kulttuurisella kompetenssilla ei myöskään ole teoreettista pohjaa, sen käytöstä ei ole konsensusta eikä ole olemassa indikaattoreita tai yleisesti hyväksyttyä mallia, jonka avulla sen vaikutuksia ja tärkeyttä voitaisiin arvioida ja vertailla. (Hall, Iwamasa & Smith 2003; Sue et al. 2009, 530.) Ei olekaan ihme, että ammattilaisten keskuudessa kulttuurinen kompetenssi on herättänyt vastarintaa (Kleinman & Benson 2006). Useissa tutkimuksissa on kuitenkin painotettu, että kulttuurin tulee olla keskeisessä osassa kaikessa terveyden edistämisessä, ja että ammattilaisen työssä kulttuurisen kompetenssin huomioiminen on eettinen velvollisuus, jonka avulla terveydenhuollossa voidaan huomioida kaikkien asiakkaiden tasa-arvoinen kohtelu (Hall et al. 2003; Napier et al. 2014; Ridley 1985; Sue et al. 2009, 532).

Kulttuurisen kompetenssin tärkeys on nostettu esiin erityisesti mielenterveytyksessä, jonka yhteydessä on huomattu suuriakin eroja eri etnisten ryhmien hoitomenetelmien myöntyvyydessä (Sue et al. 2009, 525). Suomessa Duodecim kustansi klinikan psykiatrista diagnostiikkaa monikulttuurisissa hoitotilanteissa helpottamaan *Kulttuuri ja psykiatrinen diagnostiikka* -käsikirjan

vuonna 2010. Alun perin ruotsinkielisessä kirjassa on hahmoteltu kulttuurista haastattelua eli listattu kysymyksiä, joiden avulla klinikko pystyy selvittämään asiakkaan omia näkemyksiä sairaudestaan ja vaivoistaan sekä näiden sosiaalisia ja kulttuurisia yhteyksiä. (Bäärnhielm, Scarpinati Rossi & Patty 2010.)

Kulttuurista kompetenssia on määritelty kyvyksi ottaa huomioon asiakkaan kulttuuria ja ymmärtää sen vaikutuksia tämän terveydelle (Kleinman & Benson 2006). Pidän tätä määritelmää suppeana, koska se korostaa ainoastaan asiakkaan kulttuurin vaikutusta. Tässä artikkelissa tarkoitan kulttuurisella kompetenssilla kulttuuriin liittyvää tietoisuutta, tietoa ja taitoa: ammattilaisella tulee olla kykyä ottaa huomioon sekä omaan että asiakkaan kulttuuriin liittyviä käsityksiä ja käytäntöjä, ymmärtää näiden vaikutuksia asiakaskontaktissa ja asiakkaan terveyden edistämisessä sekä työskennellä sensitiivisesti ja kunnioittavasti asiakassuhteessa. Määritelmä siis liittyy ammattilaisen kykyihin ja osaamiseen (eng. kind-of-person-malli), ja sen mukaan kulttuurinen kompetenssi tulee ottaa huomioon kaikissa asiakaskontakteissa. (Kleinman & Benson 2006; Lo & Fung 2003; Sue et al. 2009, 541–542; Sue 1998; Sue et al. 1982; 1992.)

Kulttuurisen kompetenssin käytöstä on myös toinen näkemys. Sen mukaan kulttuuriset interventiot tulee huomioida vain sellaisissa tilanteissa, joissa yksilön ongelmiin vaikuttaa esimerkiksi etnisen vähemmistöryhmään kuuluminen tai jos yksilö ottaa huonosti vastaan ammattilaisen ehdottamia hoitomenetelmiä (Bernal 2006; Leong & Lee 2006; Lau 2006). Tämäkin näkemys puoltaa sitä, että kollektiivisesta kulttuurista tulevan muslimiasiakkaan kanssa työskennellessä kulttuurinen kompetenssi tulee ottaa koko ajan huomioon. Kollektiivisesta kulttuurista tuleva asiakas ei *välttämättä* pysty tekemään päätöksiä yksilönä huomioimatta laajempaa ympärillään olevaa yhteisöä. (Baker & Dwairy, 2003; Dwairy 1998, 2010; Hofstede 1980, 1983; Haj-Yahia 2000; Schouten & Meeuwesen 2006, 30; Williams 2005.)

Kulttuurisen kompetenssin tärkeyden olen huomannut konkreettisesti seksuaaliväkivaltatyössäni. Eräs musliminainen esimerkiksi kertoi, ettei hän usko kouluterveydenhoitajilla olevan tietoa islamin uskonnosta, minkä vuoksi heillä ei myöskään ole taitoa puhua muslimilapsille uskontoa kunnioittavasti esimerkiksi pornografiasta. Myös pitämissäni koulutuksissa on noussut esiin, että kouluterveydenhoitajat tarvitsevat enemmän tietoutta muslimilasten ja -nuorten elämästä ja ymmärrystä siitä, että nämä usein elävät ristiriitaisten

seksuaaliopetusten keskellä – se, minkä koulussa opetetaan olevaan normaalia, voi kotona saatavan opetuksen mukaan olla suuri synty. Tällainen ristiriita usein näkyy muun muassa homoseksuaalisuus-, masturbointi- ja pornografiateemoihin liittyvissä opetuksissa. Jos ammattilaisella ei ole tietoa islamin uskonnosta, voi muslimilasten ja -nuorten kanssa keskustelu olla vaikeaa. Voi olla, että kysyttäessä lapsi tai nuori ei itsekään osaa tai halua selittää omasta uskonnostaan eikä varsinkaan siihen liittyvistä sensitiivisistä aiheista ammattilaiselle.

Kulttuurinen tietoisuus – määritelmien muuttuva luonne

Kulttuurinen kompetenssi rakentuu kulttuurisen tietoisuuden pohjalta. Ajatuksena on, että ilman omien arvojen, asenteiden ja ennakkoluulojen tutkimista on vaikea ymmärtää ”toista”. Kulttuurisen tietoisuuden mukaisesti ammattilaisen tulee ymmärtää omaa kulttuuriaan ja tiedostaa, että kaikkien käsitteiden määrittelyt ja merkitystenannot tapahtuvat niiden omassa sosiaalisessa, kulttuurisessa ja historiallisessa kontekstissa. Esimerkiksi kulttuuria, seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä on määritelty eri tavoin eri aikoina ja eri tieteenalojen keskuudessa. (Edwards & Coleman 2004; Kagawa Singer et al. 2016; Kleinman & Benson 2006; Oman 2015.) Ammattilaisen tulee lisäksi ymmärtää, että hän työskentelee omasta kulttuuristaan, sen ihanteista, normeista ja arvoista, käsin, mikä vaikuttaa asiakassuhteeseen ja siinä tapahtuvaan vuorovaikutukseen (Bäärnhielm et al. 2010; Lo & Fung 2003; Sue 1998; Sue et al. 1982; 1992). Koska oma kulttuuri vaikuttaa asiakassuhteeseen, myös seksuaalivoujoapinnoissa korostettiin omien arvojen, asenteiden ja ennakkoluulojen tarkastelun tärkeyttä. Tämä onnistuu hyvin esimerkiksi itsenäisellä seksuaaliammunein tekemisellä (kts. Ilmonen & Nissinen 2006).

Arkipuheessa käsitteitä *kulttuuri*, *seksuaalisuus* ja *seksuaaliterveys* käytetään toistuvasti, vaikka yleistä konsensusta niiden määrittelmästä ei ole – määrittelmiä on usein yhtä monta kuin on niiden antajia. (Edwards & Coleman 2004; Kagawa Singer et al. 2016; Kleinman & Benson 2006; Oman 2015.) Emme välttämättä tiedä, mitä toinen henkilö tarkoittaa puhuessaan esimerkiksi kulttuurista, jos hän ei tätä käsitettä määrittele. Tässä artikkelissa tarkoitan kulttuurilla tietyn ryhmän sisäistämää ja jatkuvan muutoksen alla olevaa kattokäsitettä, jonka alle voivat kuulua kieli, traditiot, perinteet ja uskonto, ja ikkunaa, jonka läpi muun muassa sairaus ja hoitomenetelmät ymmärretään, selitetään ja ilmaistaan.

Kulttuurin avulla ryhmä ja sen jäsenet saavat yhteisöllisiä ja yksilöllisiä merkityksiä elämälle, ja yhdessä muodostettujen rajoitteiden avulla se auttaa ryhmää ja sen jäseniä selviämään. Koska ryhmä koostuu yksilöistä, on se väistämättä myös heterogeeninen – esimerkiksi ala-asteikäinen voi määritellä suomalaisen kulttuurin hyvin eri tavoin kuin iäkkäämpi suomalainen henkilö. (Kagawa Singer et al. 2016; Kleinman & Benson 2006.)

Seksuaalisuuden määrittelen Maailman terveysjärjestön eli WHO:n mukaisesti olennaisena osana jokaisen ihmisen persoonallisuutta ja perustarpeena, joka ”saa meidät etsimään rakkautta, ihmissuhteita, lämpöä ja läheisyyttä; se ilmenee tavassamme tuntea ja herättää tunteita sekä koskettaa toisiamme. Seksuaalisuus vaikuttaa... henkiseen ja ruumiilliseen terveyteemme” (Janghorban, Latifnejad Roudsari, Taghipour & Abbasi 2015, 183). Tätä ihmisyyden eri osa-alueet monipuolisesti kattavaa seksuaalisuutta voidaan jäsentää eri dimensioiden avulla (kuvio 1). Dimensiot kuvastavat seksuaalisuuden rakentumisen eri tekijöitä, joista yhtenä kategoriana nähdään sosiokulttuuriset tekijät. (Greenberg, Bruess & Oswalt 2014.) Tästä kategoriasta tarkastelen artikkelissani erityisesti uskontoa ja kulttuuria.

Biologiset tekijät	Sosiokulttuuriset tekijät	Psyykkiset tekijät
Sukupuoli	Lait	Tunteet
Geenit	Uskonto	Kokemukset
Lisääntyminen	Etninen tausta	Käsitys omasta itsestä
Hedelmällisyyden kontrollointi	Kulttuuri	Motivaatio
Seksuaalinen kiihottuminen	Perhe, naapurit, ystävät	Ilmaisukyky
Kasvu ja kehitys	Sosioekonominen status	Kehonkuva
Fyysinen ulkonäkö	Media ja informaatio	Opitut asenteet
Fysiologiset muutokset	Etiikka: moraali, ihanteet, arvot	Opittu käyttäytyminen

Kuvio 1: Seksuaalisuuden dimensiot (Greenberg et al. 2014) Oma suomennos.

Vastaavasti tukeudun seksuaaliterveyden määrittelyssä WHO:n määrittelmään, joka laajuudessaan osoittaa käsitteen monimuotoisuuden: seksuaaliterveys tarkoittaa fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa suhteessa seksuaalisuuteen. Seksuaaliterveyteen kuuluu

seksuaalisuudesta nauttiminen ilman syrjintää, pelkoa ja painostusta. Seksuaalisuuden tulisi kohottaa yksilön elämänlaatua ja seksuaalista identiteettiä. Jotta seksuaaliterveyttä voidaan pitää yllä ja saavuttaa, jokaisen yksilön seksuaalioikeuksia tulee suojella, kunnioittaa ja toteuttaa. (Janghorban et al. 2015, 183.)

Kulttuurin vaikutuksen vuoksi ammattilaisella ja asiakkaalla voi olla erilaiset määritelmät esimerkiksi terveydelle. Jos käsitettä ei asiakastilanteessa määritellä, ammattilainen ja asiakas eivät välttämättä puhu samasta asiasta ja asiakkaan terveyden edistäminen voi olla vaikeaa. Asiakassuhteessa käsitteiden määrittelyillä on tärkeä osa kommunikaation tukemisessa, mutta asiakkaan tulee saada määritellä käsitteet itse. Tällöin määritelmät tukevat parhaiten positiivista kommunikaatiota ja auttavat edistämään asiakkaan terveyttä. (Edwards & Coleman 2004; Oman 2015.)

Kulttuurinen tieto – islamin uskonnon ja seksuaaliterveyden yhteyksiä

Tutkimusten mukaan asiakkaan kulttuurin ja uskonnon tietämys helpottavat ymmärryksen ja empatian osoittamista asiakassuhteessa esimerkiksi ihmis- ja sairauskäsityksiin liittyviä asenteita, arvoja, uskomuksia ja toimintatapoja kohtaan (Hobern 2012; Kellogg Spadt et al. 2014). Kulttuurin ja uskonnon tietämys ovat tärkeitä muun muassa kollektiivisesta kulttuurista tulevien muslimiasiakkaiden kanssa tehtävässä seksuaaliterveytyössä. Erityisesti arabikulttuuri on usein kollektiivinen, mikä saattaa vaikuttaa terveyteen liittyviin päätöksentekoihin. Lisäksi islamin uskonnolla on usein suuri rooli seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä puhuttaessa. (Baker & Dwairy 2003; Alakärppä 2016; Dwairy 2010; Haj-Yahia 2000; Hobern 2014; Hofstede 1980, 1983; Williams 2005.)

Islamin uskonnon ylimmässä auktoriteetissa eli *Koraanissa* on useita kymmeniä seksuaaliterveyteen liittyviä suuria ja jakeita, joissa kerrotaan sääntöjä ja/tai kehotuksia esimerkiksi yhdyntään, avioliittoon, raskauteen ja imettämiseen liittyen (Janghorban et al. 2015, 182; Kadri et al. 2006, 200; Aboul-Enein 2016, 826). Lisäksi islamin toiseksi ylimmässä auktoriteetissa, *haditheihin* eli perimätietoon kootussa profeetta Muhammadin elämäntavassa *sunnassa* (Hämeen-Anttila 2005, 88; Perho 2005, 164), on satoja Muhammadin ihanteellisen elämäntavan mukaisia seksuaalisuutta käsitteleviä tekstejä

(Kadri et al. 2006, 200). Muslimeita yhdistävä islamin uskonto on kuitenkin monimuotoinen uskonnollisten suuntausten, uskontoon suhtautumisen vaihtelevuuden ja etniskulttuuristen tekijöiden osalta. Nämä kaikki vaikuttavat siihen, miten muslimi tulkitsee uskontoaan. (Hämeen-Anttila 2015, 12–13.) Muun muassa kulttuuristen vaihteluiden vuoksi muslimien näkemykset seksuaalisuudesta voivat erota toisistaan (Mäkinen 2006, 103).

Islamin uskonnon ja muslimien moninaisuudesta huolimatta seksuaalineuvonnan lopputyöstäni² kävi ilmi, että islamin uskonnon seksuaalisuuteen liittyvät kiellot ja rajoitukset vaikuttavat muslimien seksuaalisuuden rakentumiseen. Näiden ohella siihen vaikuttaa myös islamin ajatus seksuaalisuudesta positiivisena ja suotavana asiana. Islamin uskonnon mukaiset kiellot ja rajoitukset, joista haastattelemani henkilöt olivat samaa mieltä, olivat homoseksuaaliset teot, anaaliseksi, seksi kuukautisten aikana, pornografian katsominen, fyysinen kontakti vastakkaisen sukupuolen kanssa ilman avioliittoa ja miehen ja naisen välisen avioliiton ulkopuolinen seksi. Suuseksiin, masturbointiin ja seksivälineisiin liittyen ajatukset olivat moninaisempia. Lisäksi nousi esiin, että islamin mukaan seksuaalisuus kuuluu tiiviisti yksityisen elämän piiriin, minkä vuoksi vastaajat eivät hakeneet seksuaaliterveysongelmiinsa apua. (Alakärppä 2016, 19–23, 35–36.)

Williams (2005) kirjoittaa artikkelissaan, että pornografisten kuvien näyttäminen muslimiasiakkaalle ei välttämättä ole suotavaa luottamuksellisen asiakassuhteen ylläpitämisessä. Tämä on noussut vahvasti esiin myös seksuaalineuvontatyössäni. Yhdistän pornografian kiellon musliminaisten näkemykseen koulun seksuaalikasvatuksesta, joka heidän mukaansa kuuluu vasta yli 12-vuotiaille lapsille, ja heillekin on hyvä puhua vain esimerkiksi kuukautisista ja raskaudesta. Seksuaalisuuteen liittyvän tiedon antamisen ajateltiin vaikuttavan nuoriin negatiivisesti, ja naiset olivat vahvasti sitä mieltä, että kaikenlainen pornografinen materiaali seksuaalikasvatuksessa on kiellettyä. Seksuaalisuuden kun muutenkin nähdään kuuluvan avioliittoon miehen ja naisen välille.

2 Lopputyöni aineisto koostui 46 puolistrukturoidusta teemahaastattelusta, joista 34 oli naisten ja 12 miesten. Naisten keski-ikä oli 27-vuotta ja miesten 22-vuotta. Vastanneiden joukko oli hyvin monimuotoinen: Suurin osa naisosallistujista oli joko syntynyt Suomessa tai asunut Suomessa kymmeniä vuosia ja etniseltä taustaltaan he olivat Afganistanista, Irakista, Saksasta, Somaliasta tai Suomesta. Suurin osa miehistä oli joko syntynyt Suomessa tai muuttanut Suomeen hyvin nuorena. He olivat etniseltä taustaltaan Afganistanista, Egyptistä, Irakista, Kosovosta ja Somaliasta.

Seksuaaliterveystyössä muslimiasiakkaan kanssa on hyvä tietää islamin uskontoon liittyvistä syy-seuraussuhde-ajatuksista sekä erilaisista *coping*-strategioista. Syy-seuraussuhde usein liitetään Allahin antamaan rangaistukseen, mikä voi vaikuttaa hoitomenetelmien myöntyvyyteen. (Weatherhead & Daiches 2015.) Olen seksuaalineuvontatyöni myötä huomannut, että homoseksuaalisuutta pidetään yleensä Allahin antamana koettelemuksena, jonka voi voittaa vahvistamalla uskoa Allahiin. Tähän liittyen muslimit ovat kertoneet, että he luottavat rukoilemisen voimaan, mikä auttaa nimenomaan uskon vahvistamisessa ja tuo apua koettelemuksesta selviämiseen. Paastoamisen on kerrottu lisäävän kärsivällisyyttä ja vahvaa tahtoa sekä auttavan nousemaan omien mielihalujen yläpuolelle. Eräs seksuaalineuvonnan lopputyöni yhteydessä haastattelemani muslimimies puolestaan sanoi, että paastoaminen ei auta hillitsemään hänen seksihalujaan, vaan se päinvastoin kiihdyttää niitä. Hän myös nosti esiin, ettei jokapäiväinen paastoaminen ole terveyssyistä edes järkevää. (Alakärppä 2016, 29.) Rukoilemisen ja paastoamisen lisäksi koettelemuksen voittamiseksi tulee välttää ystäviä ja mediaa, jotka ruokkivat homoseksuaalisia haluja, ja viettää enemmän aikaa niiden muslimiyävien kanssa, jotka auttavat pitämään koettelemuksien kanssa kamppailevan ”kaidalla tiellä”.

Erityisesti arabikulttuurista tulevien muslimiasiakkaiden seksuaaliterveyttä edistettäessä tulee myös huomioida kollektiivisuus (Baker & Dwairy 2003; Dwairy 2010; Hofstede 1980, 1983; Haj-Yahia 2000) Tähän liittyen konkreettinen esimerkki nousi esiin Hobernin (2014) tutkimuksessa, jossa Lontoon seksuaaliterveysklinikan työntekijöitä haastateltiin uskonnon ja seksuaaliterveyden välisistä yhteyksistä ja haasteita. Hoitomenetelmiin liittyvissä haasteissa esille nousivat erityisesti seksitaudit. Tutkimuksen mukaan seksitaudit yhdistetään vahvasti avioliiton ulkopuoliseen seksiin ja usein muslimiväestön keskuudessa suuressa arvossa pidetyn neitsyyden menettämiseen, minkä vuoksi niistä voi olla vaikea kertoa omalle partnerille. Ulkopuolinen seksi, neitsyyden menettäminen ja partnerille kertomisen vaikeus liittyvät nimenomaan kollektiiviseen kulttuuriin ja tämän myötä häpeä- ja kunniaakysymyksiin.

Kun ammattilainen tietää asiakkaan kulttuurista ja uskonnosta, tässä yhteydessä muslimimaahanmuuttajan kollektiivisesta kulttuurista ja islamin uskonnosta, on hänen myös helpompi kommunikoida kunnioittavasti hänen kanssaan (Saarni 2013, 50–51; Williams 2005). Tietämyksen kautta ammattilainen osaa

sensitiivisesti ottaa puheeksi ja puhua aiheista sekä lopettaa aiheesta keskustelu tilanteen niin vaatiessa. Tässä isossa osassa ovat kulttuuriset taidot, joiden avulla vuorovaikutusta rakennetaan ja pidetään yllä.

Kulttuuriset taidot – minietnografisen työtteen tärkeys luottamuksellisen asiakassuhteen luomisessa

Kulttuuriseen kompetenssiin liittyen ammattilaisen vähimmäisvaatimuksena on esitetty kulttuurisesti asianmukainen ja hyväksyttävä tapa kommunikoida asiakastilanteessa (Sue et al. 1991). Jotta tämä vähimmäisvaatimus voi täytyä, tulee ammattilaisella olla edellisessä luvussa käsiteltyä kulttuurista tietoa, mutta myös kulttuurisia taitoja eli osaamista käyttää kulttuurisia tietoa sensitiivisellä ja relevantilla tavalla asiakassuhteessa. Tässä luvussa esitellyn kulttuurisen taidon, antropologian etnografiasta muodostetun *minietnografian*, avulla ammattilainen voi ottaa huomioon asiakkaan kulttuurin, mutta myös yksilöllisyyden – koska kaikkea ei voida selittää kulttuurillisilla tekijöillä, on tutkimuksissa painotettu sekä yksilöllisyyden että kulttuurin huomioimisen tärkeyttä asiakassuhteessa (Kleinman & Benson 2006; Sue et al. 2009, 541–542).

Antropologian tieteenalan eri suuntauksia yhdistävänä ajatuksena on, että ihminen on kulttuurinsa tuotosta. Kulttuurilla on paikkansa muun muassa ihmisen arvojen, asenteiden ja käytöksen muodostumisessa. Antropologian päämetodologiassa etnografiassa keskeisenä ajatuksena puolestaan pidetään sitä, että tutkijan tulee yrittää ymmärtää maailmaa tutkittavien näkökulmasta käsin. Tämä ajatus sopii myös terveydenhuollon luottamuksellisen asiakassuhteen rakentamiseen. Ammattilaisille tulisikin opettaa minietnografiaa eli taitoa tehdä pienimuotoista tutkimusta asiakaskontaktissa.

Minietnografisen työtteen avulla asiakas saa itse määritellä oman terveytensä ja ammattilainen voi paremmin ymmärtää muun muassa asiakkaan omia selityksiä ja näiden vaikutuksia hänen terveyteen. Kun ammattilainen yhdistää saadun tiedon omaan asiantuntemukseensa, asiakassuhteessa onnistutaan etsimään yhdessä asiakkaalle sopivia terveyden edistämisen interventioita, mikä on keskeistä asiakkaan hoitomyöntyvyydelle ja -tyytyväisyydelle. Terveyttä siis edistetään asiakkaan näkökulmasta käsin, ja ammattilaisen tehtävänä on auttaa yksilöä adaptoitumaan paremmin omaan ympäristöönsä. (Kleinman & Benson 2006; Sherman Heyl 2001.) Ranskalainen lääkäri ja filosofi Georges

Canguilhem puhui tästä personalisoituna lääketieteenä (Editorial 2009, 781).

1. Miksi kutsut tätä ongelmaa?
2. Minkä uskot aiheuttaneen tämän ongelman?
3. Mihin ajattelet tämän ongelman johtavan? Kuinka vakavaa se on?
4. Mitä ajattelet tämän ongelman tekevän kehöllesi?
5. Mitä ajattelet tämän ongelman tekevän mielellesi?
6. Mitä pelkää eniten tässä ongelmassa?
7. Mitä pelkää eniten hoitomenetelmässä?

Kuvio 2: Mini-etnografiset kysymykset 1. Oma suomennos. (Napier et al. 2014, 1614.)

Napier ym. (2014) esittivät artikkelissaan useita mini-etnografisia kysymyksiä, joita voi käyttää asiakaskontaksissa (kuvio 2). Nämä mini-etnografiset kysymykset ovat kuitenkin hyvin yleisluontoisia eivätkä ne ota huomioon esimerkiksi asiakkaan uskonnon ja mahdollisen kollektiivisuuden merkitystä. Olen tämän vuoksi muotoillut patteristoa ja lisännyt siihen mini-etnografisia kysymyksiä (kuviot 3–7), jotka ottavat huomioon yhteisön ja uskonnon³ sekä näiden vaikutukset yksilön ongelmaan ja hoitomenetelmiin. Lisäksi niiden avulla asiakas saa kertoa mitä hän toivoo ammattilaiselta. Kysymykset soveltuvat hyvin myös seksuaaliterveysalan ammattilaisten asiakastyöhön. On kuitenkin tärkeää muistaa, että ne ovat nimenomaan apukysymyksiä työhön. Asiakastilanteessa voi olla vaikea noudattaa kysymyspatteristoa tarkasti, koska kommunikoinnin on tarkoitus edetä omalla painollaan ja asiakkaan ehdoilla. Kuvioissa 3–7 esitetyt kysymykset ovat kuitenkin olleet tärkeässä osassa omassa seksuaalivouvatyössäni.

1. Miksi kutsut tätä ongelmaa?
2. Minkä ajattelet aiheuttaneen tämän ongelman?
3. Mikä olisi ihanteellinen lopputulos? Onko sinulla ajatuksia, miten siihen päästäisiin?
4. Oletko jo tehnyt jotain ongelman ratkaisemiseksi?

Kuvio 3. Mini-etnografiset kysymykset 2.

³ Hengellisyysanamneesista on Suomessa puhunut Ikali Karvinen, joka on muodostanut AVAUS-mallin hengellisen hoitotyön avuksi (kts. Karvinen 2012). Kansainvälisesti hengellisyysanamneeseja on enemmänkin (kts. Anandarajah & Hight 2001; Koenig 2007; La-Rocca-Pitts 2009; Puchalski & Romer 2000).

Eräässä asiakastilanteessa vaihdevuosi-ikäinen somalinainen kertoi, että seksi ja kaikki aviomiehen kosketus tuntuvat pahalta. Kuviossa 3 esitetyt kysymykset autoivat muodostamaan somalinaisen kanssa ongelmalle yksinkertaista janaa. Kysymysten *miksi kutsut tätä ongelmaa?* ja *minkä ajattelet aiheuttaneen tämän ongelman?* kohdalla asiakas sai itse miettiä hieman syvällisemmin määrittelemäänsä ongelmaa ja sitä, miksi kyseisessä tilanteessa oltiin. Kun esimerkiksi kysyin hänen ajatuksiaan ongelman aiheuttajasta, hän kertoi, että hänelle tehty ympärileikkaus saattaa vaikuttaa ongelmaan. Jos en olisi kysynyt asiakkaan ajatuksia ongelman syistä avoimella kysymyksellä, ympärileikkaus tuskin olisi noussut esiin. Ammattilaisen on tärkeää kuulla asiakkaan omia ajatuksia ongelman syistä ja huomioida, että jos asiakas nostaa jonkin asian itse esiin, sillä todennäköisesti on oma paikkansa ongelmassa.

Kysymyksellä *mikä olisi ihanteellinen lopputulos?* autetaan asiakasta katsomaan tulevaisuuteen. Somalinainen halusi, että miehen kosketus ei tuntuisi niin pahalta ja että he fyysisesti pääsisivät hieman lähemmäksi toisiaan. Jatkokysymyksen *onko sinulla ajatuksia, miten siihen päästäisiin?* avulla asiakas saa myös kertoa omia toiveita ongelman ratkaisussa. Somalinainen ei osannut vastata tähän kysymykseen suoraan, mutta kysymykseen *minkä asian haluaisit muuttuvan arjessasi?* hän vastasi, että haluaisi laihtua ja saada enemmän ”omaa elämää” kotielämän rinnalle. Mini-etnografisten kysymysten avulla asiakas sai mietittyä omaa ongelmaansa syvällisemmin. Samalla hän löysi ongelmansa mahdolliset syyt sekä sen, mitä hän haluaa tehdä ongelman ratkaisemiseksi. Neljäs kysymys *oletko jo tehnyt jotain ongelman ratkaisemiseksi?* antaa ammattilaiselle tärkeää tietoa siitä, millaisia toimenpiteitä on jo kokeiltu ongelman ratkaisussa, ja samalla se auttaa miettimään, mitä mahdollisesti on vielä kokeilematta.

Kuvion 4 kysymysten avulla asiakkaan kanssa voi pohtia ongelman vaikutuksia ja nostaa esiin syitä, joiden vuoksi ongelman ratkaisu, tai ainakin sen lievittäminen, on tärkeää. Somalinainen ajatteli, että ongelman jatkuminen pahentaisi kotona tilannetta entisestään ja koko perheen hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää saada ongelma korjattua. Samalla hän itse mietti perheessään vallitsevia sukupuolirooleja ja sitä, mitä tarkoittaa olla hyvä vaimo ja äiti. Jälleen on tärkeää, että asiakas itse pohtii ongelman vaikutuksia, koska ne voivat vaihdella suuresti asiakkaan mukaan.

5. Jos ongelma ei ratkea, mihin ajattelet tämän ongelman johtavan? Kuinka vakavaa se on?
6. Miten ongelma vaikuttaa nyt kehoosi? Jos ongelma ei ratkea, miten ongelma vaikuttaa kehoosi tulevaisuudessa?
7. Miten ongelma vaikuttaa nyt mieleesi? Jos ongelma ei ratkea, miten ongelma vaikuttaa mieleesi tulevaisuudessa?

Kuvio 4. Mini-etnografiset kysymykset 3.

Kuvion 5 kysymyksissä otetaan huomioon kollektiivisuus, jolla voi olla vaikutusta asiakkaan ongelmaan ja siihen liittyviin päätöksentekoihin. Somalinainen kertoi minulle, että hän ei ollut aikaisemmin puhunut ongelmastaan kenellekään. Varsinkin se, että kaikki miehen kosketus tuntuu pahalta, hävetti naista – hän ajatteli, että hänessä oli jotain vikaa. Vaikka kollektiivisuus ei noussut kovin keskeiseen osaan somalinaisen ongelmassa ja sen ratkaisumenetelmissä, on kuvion 5 kysymykset hyvä pitää mukana seksuaaliterveytyksessä kollektiivisesta kulttuurista tulevan muslimimaahanmuuttajan kanssa. Esimerkiksi kun asiakas sanoo ongelmana olevan hänen homoseksuaalisuutensa, kollektiivisuus on erittäin tärkeää ottaa huomioon. Weber ja Pargament (2014) puhuvat hengellisestä kamppailusta, joka voidaan jakaa henkilökohtaiseen kamppailuun (syyllisyyden ja epäilyn tunteet), jumalasuhteeseen liittyvään kamppailuun (viha Jumalaa kohtaan) ja henkilöiden väliseen kamppailuun yhteisössä, joka voi näkyä muun muassa ristiriitoina ja pahimmassa tapauksessa yhteisön hylkäämisinä. Homoseksuaalisuuden ollessa kyseessä, hengellinen kamppailu voi liittyä näistä jokaiseen, mutta erityisesti henkilön ja yhteisön välinen kamppailu liittyy kollektiivisuuteen. Tutkimusten mukaan hengellinen kamppailu hengellisyyden tasosta riippumatta aiheuttaa psykologista stressiä, kuten ahdistusta ja masennusta (Weber & Pargament 2014, 360).

8. Miten perheesi, sukulaisesi ja ystäväsi ajattelevat/ajattelisivat tästä ongelmasta?
9. Miten perheesi, sukulaisesi ja ystäväsi ajatukset vaikuttavat/vaikuttaisivat hoitomenetelmään?

Kuvio 5. Mini-etnografiset kysymykset 4.

Kuviossa 6 on esitetty uskontoon liittyviä kysymyksiä. Kysymykset 11–13 auttavat ammattilaista kartoittamaan uskonnon vaikutuksia ongelmaan ja sen ratkaisuihin. Ammatillaisen on hyvä tietää, että hengellisyydellä on positiivisia vaikutuksia yksilön terveyteen ja hyvinvointiin muun muassa positiivisten coping-menetelmien, yhteisöllisyyden, osallisuuden tunteen ja positiivisten uskomusten ansiosta (Weber & Pargament 2014). Uskonto voi siis olla iso apu ongelmatilanteissa. Toisaalta negatiiviset coping-menetelmät ja uskomukset sekä edellä kuvatut hengelliset kamppailut voivat olla terveydelle ja hyvinvoinnille haitaksi. Koska uskonto on kokemukseni mukaan suurimmalle osalle muslimeista erittäin tärkeää, tulee huomioida, että myös ongelma ja sen ratkaisumenetelmät voivat vaikuttaa asiakkaan uskontoon ja sen harjoittamiseen (kts. kysymys 14). Esimerkiksi pakko-oirehäiriöistä kamppailevilla voi olla vaikeuksia ylläpitää ihanteellista uskonnon mukaista jumalasuhdetta ja osallistua uskonnollisiin rutiineihin, mikä taas voi vaikuttaa negatiivisesti ongelmaan ja johtaa hengelliseen kamppailuun. (Al-Solaim & Loewenthal 2011; Da Silva et al. 2015; Levin 2012; Weber & Pargament 2014.)

Kun kysyin somalinaiselta uskonnon roolia hänen ongelmassaan, hän kertoi saavansa paljon voimaa rukoilusta. Hän ei kokenut, että ongelma olisi vaikuttanut hänen uskontoonsa tai sen harjoittamiseen. Rohkaisin asiakasta pitämään kiinni rukoilusta ja osoitin, että ymmärrän sen merkityksen hänen hyvinvoinnilleen ja ylipäättänsä hänen elämälleen. Koska uskonto on muslimille usein tärkeä, sen huomioiminen positiivisessa valossa auttaa muodostamaan ja ylläpitämään kunnioitettavaa ja avointa vuorovaikutusta asiakassuhteessa (kts. kysymys 15).

10. Mikä on sinun/perheesi uskonto? Miten se näkyy arjessa?
11. Antaako uskontosi sinulle turvaa tämän ongelman kanssa vai tuoko se ahdistusta?
12. Miten uskontosi vaikuttaa tähän ongelmaan?
13. Miten uskontosi vaikuttaa hoitomenetelmään?
14. Miten ongelmasi tai hoitomenetelmät vaikuttavat uskontoosi?
15. Miten toivoisit, että minä ottaisin uskontosi huomioon?

Kuvio 6. Mini-etnografiset kysymykset 5.

Lopuksi voi olla hedelmällistä myös puhua asiakkaan kanssa hänen peloistaan, jotka liittyvät ongelmaan ja sen hoitomenetelmään (kts. kuvio 7). Asiakkaan kertomia pelkoja on hyvä peilata aiempiin kysymyksiin: Liittyykö pelko siihen, että ongelmaa ei saada ratkaistua? Liittyykö se siihen, että asiakas pelkää ongelman pidentymisen vaikeuttavan ongelmaa ja tuovan enemmän negatiivisia vaikutuksia hänen elämäänsä? Entä liittyytkö ongelmaan ja hoitomenetelmään kohdistuvat pelot kollektiivisuuteen eli mahdollisesti häpeä- ja kunnia-kysymyksiin? Millainen rooli uskonnolla on näiden pelkojen keskellä?

16. Mitä pelkää eniten tässä ongelmassa?

17. Mitä pelkää eniten hoitomenetelmässä, joka sinulle valittiin?

Kuvio 7. Mini-etnografiset kysymykset 6.

Kun ammattilainen on käyttänyt minietnografista työotetta asiakastilanteessa ja saanut laajan ymmärryksen asiakkaan ongelmasta sekä tämän ajatuksista, asenteista ja arvoista, on hänen hyvä yhdistää tietoutta omaan asiantuntemukseensa. Somalinainen löysi minietnografisten kysymysten avulla ongelmalleen useita syitä ja oivalsi itse, miten ongelman voi ratkaista. Rohkaisin asiakasta ongelman ratkaisemisessa ja yhdessä mietimme, miten hän saisi enemmän omaa aikaa arjen keskellä. Lisäksi kerroin asiakkaalle vaihdevuosista ja niihin liittyvistä kehon muutoksista, kuten estrogeenitason laskemisesta ja limakalvojen kuivumisesta, joka vaikuttaa usein siihen, että seksistä tulee kivuliasta. Kun seksistä tulee kivuliasta, sitä ei halua ja samalla jopa läheisyydestä voi tulla ei-toivottua. Lopuksi annoin somalinaiselle hyvin tarkat ohjeet apteekin kuiville limakalvoille tarkoitetuista valmisteista.

Jos olisin jättänyt somalinaisen kanssa keskustelun Napierin ym. muodostamiin kysymyksiin, tärkeä yhteisöllinen ja uskonnollinen ulottuvuus olisivat jääneet keskustelusta pois. En myöskään olisi voinut osoittaa asiakkaalle niin suurta empatiaa ja kunnioitusta, jos olisin jättänyt uskonnollisen ulottuvuuden ja uskonnollisuuteen liittyvän positiivisen rohkaisun käsittelemättä. Kun asiakassuhteessa on kunnioitusta, on asiakkaan helpompi luottaa ammattilaiseen. Tämän myötä vuorovaikutussuhde pysyy avoimena, ja asiakkaan kanssa voi yhteisymmärryksessä etsiä parhaan hoitomenetelmän. Mini-etnografian avulla voidaan huomioda asiakas kokonaisvaltaisesti

sekä osana kulttuurista että yksilönä ja luoda sellainen asiakassuhde, jossa hoitomyöntyvyys on hyvä ja terveyttä päästään tehokkaasti edistämään.

Lopuksi

Kulttuuri ja uskonto voivat tuoda useita haasteita terveydenhuollon asiakaskontaktiin – esimerkiksi asiakkaan ajatukset ongelmasta ja sen ratkaisumenetelmistä voivat poiketa suurestikin ammattilaisen ajatuksista. Tästä huolimatta kulttuurisen kompetenssin merkitys usein sivuutetaan. Kulttuurisen kompetenssin huomiotta jättäminen johtuu usein siitä, että kulttuuri käsitteenä on hyvin laaja, kulttuurista kompetenssia ei ole avattu eikä siihen liittyviä työkaluja ole ammattilaisille tarjottu. Usein myös ajatellaan, että liiallinen kulttuurin huomioiminen peittoaa yksilökeskeisyyden. Sanotaan, että asiakaskontaktissa jokainen asiakas tulee nähdä ensisijaisesti yksilönä eikä ole tästä eri mieltä. Tässä artikkelissani olen kuitenkin halunnut nostaa esiin kulttuurin ja uskonnon ”voiman”, jonka vaikutusta yksilöön ei tule vähätellä. Tämä ”voima” tulee laittaa keskeiseen asemaan terveydenhuoltoalalla luottamuksellisen asiakassuhteen luomisessa kulttuurisen kompetenssin avulla.

Olen sisällyttänyt kulttuurisen kompetenssin määritelmään kulttuurisen tietoisuuden, jonka mukaan ammattilaisen tulee ymmärtää, että hän työskentelee omasta kulttuuristaan käsin, ja että kaikki käsitteet ovat kulttuurissa rakennettuja ja sen vuoksi koko ajan muutoksen alla. Tämän näen koko kulttuurisen kompetenssin pohjana. Kompetenssiin kuuluu myös kulttuurinen tietous eli se, että ammattilaisella on tietoutta asiakkaan kulttuurista, jotta hän voi puhua tälle mahdollisimman kunnioittavasti ja asianmukaisesti. Tietous on erityisen tärkeää sensitiivisistä aiheista, kuten seksuaalisuudesta, puhuttaessa. Viimeisimpänä kulttuuriseen kompetenssiin kuuluu kulttuurinen taito eli tiedon sensitiivinen ja asianmukainen hyödyntäminen asiakassuhteessa minietnografisen työotteen avulla.

Vaikka minietnografista menetelmää on aiemmissa tutkimuksissa esitelty, olen tässä artikkelissani kehittänyt sitä eteenpäin soveltamaan nimenomaan kollektiivisesta kulttuurista tulevien muslimimaahanmuuttajien kanssa tehtävään seksuaaliterveystyöhön. Esittelemäni minietnografisen työotteen avulla ammattilainen voi paremmin ymmärtää asiakkaan ongelmaa, osoittaa empatiaa ja luoda tämän kanssa luottamuksellisen asiakassuhteen.

Luottamuksessa on pitkälti kyse pyrkimyksestä ymmärtää asiakkaan näkökulmia, mikä näkyy asiakkaan kokonaisvaltaisena huomioimisena. Samalla asiakassuhteesta saadaan luotua mahdollisimman kunnioittava ja avoin, minkä myötä asiakkaan kanssa voidaan yhteisymmärryksessä valita parhaat hoitomenetelmät ja näin edistää asiakkaan terveyttä mahdollisimman tehokkaalla tavalla kulttuuri ja yksilö huomioiden.

Tiina-Kaisa Alakärppä, Uskontotieteen tohtorikoulutettava (FT), Auktorisoitu seksuaalineuvoja (SSS), Teologian maisteri (TM).

Lähteet

Aboul-Enein, Basil (2016) Health-Promoting Verses as Mentioned in the Holy Quran. *Journal of Religion and Health* 55:3, 821–829.

Alakärppä, Tiina (2016) *Tutkimus Suomen muslimien seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä*. Seksuaalineuvonnan lopputyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.

Al-Solaim, Lamis & Loewenthal, Kate Miriam (2011) Religion and Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Among Young Muslim Women in Saudi Arabia. *Mental Health, Religion & Culture* 14:2, 169–182.

Anandarajah, Gowri & Hight, Ellen (2001) Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *American Family Practice* 63:1, 81–88.

Baker, Khawla Abu & Dwairy, Marwan (2003) Cultural Norms Versus State Law in Treating Incest: A Suggested Model for Arab Families. *Child Abuse & Neglect* 27:1, 109–123.

Bernal, Guillermo (2006) Intervention Development and Cultural Adaptation Research with Diverse Families. *Family Process* 45:2, 143–151.

Bäärnhielm, Sofie, Scarpinati Rossi, Marco & Patty, Lazlo (2010) *Kulttuuri ja psykiatrinen diagnostiikka. Käsikirja kulttuuriseen haastatteluun psykiatriassa*. Halla, Tapio & Suomen psykiatriyhdistyksen transkulttuurinen jaos (suom.)

Helsinki: Duodecim.

Da Silva, Arthur Fernandes, de Carvalho, Alberto Gorayeb et al. (2015) The Influence of Religiosity/Spirituality on Mental Health. *International Archives of Medicine* 8:116, 1–4.

Dwairy, Marwan (2010) Parental Inconsistency: A Third Cross-Cultural Research on Parenting, Culture, and Psychological Adjustment of Children. *Journal of Child and Family Studies* 19:1, 23–29.

Editorial (2009) What is Health? The Ability to Adapt. *The Lancet* 373:9666, 781.

Edwards, Weston M. & Coleman, Eli (2004) Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. *Archives of Sexual Behavior* 33:3, 189–195.

Greenberg, Jerrold S., Bruess, Clint E. & Oswalt, Sara B. (2014) *Exploring the Dimensions of Human Sexuality*. 5th edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Haj-Yahia, Muhammad M. (2000) Wife Abuse and Battering in the Sociocultural Context of Arab Society. *Family Process* 39:2, 237–255.

Hall, Gordon C. Nagayama, Iwamasa, Gayle Y. & Smith Jessica N. (2003) Ethical Principles of the Psychology Profession and Ethnic Minority Issues. Teoksessa O'Donohue, William & Ferguson, Kyle (toim.) *Handbook of Professional Ethics for Psychologists: Issues, Questions, and Controversies*. Thousand Oaks: Sage, 301–318.

Hobern, Kylie (2014) Religion in Sexual Health: A Staff Perspective. *Journal of Religion and Health* 53:2, 461–468.

Hofstede, Geert (1980) *Culture's Consequences: International Differences in Work-related Values*. London & Beverly Hills: Sage.

Hofstede, Geert (1983) National Culture in Four Dimensions. *International Studies of Management and Organization* 13:2, 52–53.

Hämeen-Anttila, Jaakko (2015) Islamin moninaisuus. Teoksessa Maristo, Joonas

& Sergejeff, Andrei (toim.) *Aikamme monta islamia*. Helsinki: Gaudeamus, 12–22.

Hämeen-Anttila, Jaakko (2005) *Islamian käsikirja*. Keuruu: Otava.

Ilmonen, Tuisku & Nissinen, Jussi (2006) Seksuaalianamneesin tai seksuaalihistorian laatiminen. Teoksessa Apter, Dan, Väisälä, Leena & Kaimola, Kari (toim.) *Seksuaalisuus*. Helsinki: Duodecim, 414–420.

Janghorban, Roksana, Latifnejad Roudsari, Robab, Taghipour, Ali & Abbasi, Mahmoud (2015) Sexual and Reproductive Rights from Qur'anic Perspective: A Quantative Content Analysis. *Asian Social Science* 11:3, 182–187.

Kadri, Nadia, Berrada, S., Mchichi Alami, Kh., Manoudi, F., Rachidi, L., Maftouh, S. & Halbreich, U. (2007) Mental health of Moroccan women, a sexual perspective. *Journal of Affective Disorders* 102:1, 199–207.

Kagawa Singer, Mrjorie, Dressler, William & George, Sheba (2016) Culture: The Missing Link in Health Research. *Social Science & Medicine* 170, 237–246.

Karvinen, Ikali (2012) AVAUS-malli asiantuntijan apuna transkulttuurisen henkisen ja hengellisen hoitoyön asiakastilanteissa. *Pro terveys* 2, 20–22.

Kellogg Spadt, Susan, Rosenbaum, Talli Y., Dweck, Alyssa, Millheiser, Leah, Pillai-Friedman, Sabitha & Krychman, Michael (2014) Sexual Health and Religion: A Primer for the Sexual Health Clinician. *The Journal of Sexual Medicine* 11:7, 1606–1619.

Kleinman, Arthur & Benson, Peter (2006) Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Medicine* 3:10, 1673–1676.

Klemetti, Reija & Raussi-Lehto, Eija (2014) *Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuaali- ja lisääntymisterveiden toimintaohjelma 2014–2020*. Tampere: Yliopistopaino.

Koenig, Harold G. (2007) *Spirituality in Patient Care: Why, How, When and What*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.

Koponen, Päivikki, Klemetti, Reija, Surcel, Heljä-Marja, Mölsä, Mulki, Gissler,

Mika & Weiste-Paakkanen, Anneli (2012) Lisääntymisterveys. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa Castaneda, Anu E., Rask, Shadia, Koponen, Päivikki, Mölsä, Mulki & Koskinen, Seppo (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis- somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2012, raportti 61/2012.

Larocca-Pitts, Mark A. (2008) FACT: Taking a Spiritual History in a Clinical Setting. *Journal of Health Care Chaplaincy* 15:1, 1–12.

Lau, Anna S. (2006) Making the Case for Selective and Directed Cultural Adaptations of Evidence-Based Treatments: Examples from Parent Training. *Clinical Psychology: Science and Practice* 13:4, 295–310.

Leong, Frederick T. L. & Lee, Szu-Hui (2006) A Cultural Accommodation Model for Cross-Cultural Psychotherapy: Illustrated with the Case of Asian Americans. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43:4, 410–423.

Levin, Jeff (2012) Religion and Mental Health Among Israeli Jews: Findings from the SHARE-Israel Study. *Social Indicators Research* 113:3, 769–784.

Lo, Hung-Tat & Fung, Kenneth P. (2003) Culturally Competent Psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry* 48:3, 161–170.

Napier, David A., Ancarno, Clyde, Butler, Beverley et al. (2014) Culture and Health. *The Lancet* 384:9954, 1607–1639.

Oman, Doug (2015) Defining Religion and Spirituality. Teoksessa Paloutzian, Raymond F. & Park, Crystal L. (toim.) *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Second Edition. New York, London: The Guilford Press, 23–47.

Puchalski, Christina & Romer, Anna (2000) Taking a Spiritual History Allows Clinicians to Understand Patients More Fully. *Journal of Palliative Medicine* 3:1, 129–137.

Ridley, Charles R. (1985) Imperatives for Ethnic and Cultural Relevance in Psychology Training Programs. *Professional Psychology: Research and Practice* 16:5, 611–622.

Saarni, Samuli (2013) Kulttuurien kohtaaminen lääkärin vastaanotolla. Teoksessa Saarni, Samuli ym. (toim.) *Lääkärin etiikka*. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto, 50–53.

Schouten, Barbara C. & Meeuwesen, Ludwien (2006) Cultural Differences in Medical Communication: a Review of the Literature. *Patient Education and Counseling* 64:1, 21–34.

Sherman Heyl, Barbara (2001) Ethnographic Interviewing. Teoksessa Atkinson, Paul, Coffey, Amanda, Delamont, Sara, Lofland, John & Lofland, Lyn (toim.) *Handbook of Ethnography*. London: Sage Publication, 369–383.

Sue, Stanley, Zane, Nolan, Nagayama Hall, Gordon, C. & Berger, Lauren K. (2009) The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions. *Annual Review of Psychology* 60, 525–548.

Sue, Stanley (1998) In Search of Cultural Competence in Psychotherapy and Counseling. *American Psychologist* 53:4, 440–448.

Sue, Derald Wing, Arredondo Patricia & McDavis Roderick J. (1992) Multicultural Counseling Competencies and Standards: a Call to the Profession. *Journal of Counseling & Development* 70:4, 477–486.

Sue, Stanley, Fujino, Diane C., Hu, Li-Tze, Takeuchi, David T. & Zane, Nolan W.S. (1991) Community Mental Health Services for Ethnic Minority Groups: a Test of the Cultural Responsiveness Hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59:4, 533–540.

Sue, Derald Wing, Bernier Joseph E, Durran, Anna, Feinberg Lawrence, Pedersen Paul, Smith, Elsie J. & Vasquez-Nuttall, Ena (1982) Position Paper: Cross-Cultural Counseling Competencies. *Counseling Psychologist* 10:2, 45–52.

Tiilikainen, Marja (2012) Maahanmuuttajien sairaus ja hoito transnationaalisenä ilmiönä. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa & Salmi, Hannu (toim.) *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: k&h, 169–189.

Weatherhead, Stephen & Daiches, Anna (2015) Key Issues to Consider in

Therapy with Muslim Families. *Journal of Religion and Health* 54:6, 2398–2411.

Weber, Samuel R. & Pargament, Kenneth I. (2014) The Role of Religion and Spirituality on Mental Health. *Current Opinion in Psychiatry* 27:5, 358–363.

Williams, Veronica (2005) Working with Muslims in Counselling – Identifying Sensitive Issues and Conflicting Philosophy. *International Journal for the Advancement of Counselling* 27:1, 125–130.

Yildirim, Ejder Akgun, Hacioglu, Munevver, Essizoglu, Altan & Kucukparlak, Ilker (2012) Persistent Genital Arousal Disorder Misdiagnosed Because of Islamic Religious Bathing Rituals: A Report of Three Cases. *Journal of Sex & Marital Therapy* 38: 436–444.