

Opinnäytetyö AMK

Terveydenhoitajakoulutus

2017

Susanna Marinica, Livia Mattila, Sanni Siivola ja Kaisu Tamminen

SEKSUAALITERVEYS- NEUVONTAA MAAHANMUUTTAJANAISILLE

– neuvontatapahtuma Opetuskoti Mustikassa

Susanna Marinica, Livia Mattila, Sanni Siivola ja Kaisu Tamminen

SEKSUAALITERVEYSNEUVONTAA MAAHANMUUTTAJANAISILLE

- neuvontatapahtuma Opetuskoti Mustikassa

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata maahanmuuttajanaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa maahanmuuttajanaيسille tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyden seuraavista aiheista: ehkäisymenetelmät, seksuaalisuuden portaat, naisten seksuaalioikeudet Suomessa ja yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy esimerkkeinä naisten syöpäseulonnat sekä rintojen omatarkkailu. Näiden aiheiden kautta tavoitteena on myös edistää maahanmuuttajanaisten kotoutumista sekä integraatiota Suomeen.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön toimeksiantaja on MARJAT-hanke. Tuotoksena järjestettiin Opetuskoti Mustikan asiakkaille seksuaaliterveyteen keskittyvä tapahtuma, jossa osallistujat kiersivät opiskelijoiden pitämiä neuvontapisteitä. Tapahtuman kulkua muokattiin osallistujien tarpeiden mukaan. Tapahtuma oli sekä opiskelijoiden että osallistujien mielestä hyödyllinen ja antoi kiinnostavia näkökulmia maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyteen. Maahanmuuttajanaيسilla oli kiinnostusta seksuaaliterveyden aiheita kohtaan ja he puhuivat aiheesta oletettua rohkeammin. Käytössä oli vain somalin kielen tulkki, jonka kanssa työskentely vapautti käsittelemään aiheita syvällisemmin. Tässä ryhmässä myös kurdin ja arabian kielen tulkit olisivat olleet tarpeen asiasisällön ymmärtämisen takaamiseksi.

Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden tilasta on tehty tutkimuksia aiemmin, mutta useat niistä ovat jo vanhentuneita, joten uusille tutkimuksille aiheesta on suuri tarve. Aikaisempien tutkimusten valossa maahanmuuttajanaيسille tarjotaan tietoa seksuaaliterveysasioista samalla tavalla kuin kantaväestölle, mutta kielitaidon puutteen ja kulttuurien välisten erojen vuoksi ymmärtämisestä ei ole luotettavaa tietoa. Olisi myös tärkeää, että seksuaaliterveyskasvatus saataisiin lisääntymään maahanmuuttajien keskuudessa maahanmuuttajien toimesta, jolloin tiedolle oltaisiin vastaanottavaisempia eikä kielimuuri tai kulttuurierot tulisi niin suureksi haasteeksi.

ASIASANAT:

maahanmuuttaja, kulttuurisensitiivisyys, terveysneuvonta, seksuaaliterveys, lisääntymisterveys

Susanna Marinica, Livia Mattila, Sanni Siivola ja Kaisu Tamminen

SEXUAL HEALTH COUNSELING FOR IMMIGRANT WOMEN

- a counseling day at Opetuskoti Mustikka

The purpose of this thesis is to describe the immigrant women's sexual and reproductive health. The aim of the thesis is to provide immigrant women with information about the following topics: contraception, sexual development, women's sexual rights in Finland and the prevention of the most common forms of female cancer, such as women's cancer screening and breast self-examination. Through these topics, the goal is also to promote the integration of migrant women.

The commissioner of this functional thesis is the MARJAT-project. As a product, students held a consultation event focusing on sexual health for Opetuskoti Mustikka's customers. The flow of the event was tailored according to the needs of the customers. The event was useful for both students and participants and gave interesting perspective to the immigrant women's sexual counseling. Immigrant women expressed their interest in sexual health topics and participated more than expected. Only a Somali language interpreter was used during the event. Working with the interpreter made a more thorough conversation possible. In this group, interpreters of the Kurdish and Arabic language would have enhanced the understanding of the topics at hand.

The sexual health of immigrants has been a topic of research in the past as well. However, many of the conducted studies have been expired. So there is a great need for new research. In the light of previous studies, information on sexual health issues is provided to immigrant women in the same way as the native population. However, because of the language barrier and cultural differences there's an uncertainty when it comes to actual comprehension. It would also be important for sexual health education to be increased among the immigrants themselves. In that way comprehension would be more certain and the language barrier or cultural differences wouldn't be such a big challenge.

KEYWORDS:

immigrant, cultural sensitivity, health advice, sexual health, reproductional health

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	7
3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	8
3.1 Maahanmuuttajien väestörakenne Suomessa	9
3.2 Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden tila	10
3.3 Islamilaisen kulttuurin erityispiirteitä	12
3.4 Neuvontatapahtuman aiheiden teoreettinen viitekehys	15
3.4.1 Ehkäisymenetelmät	15
3.4.2 Seksuaalisuuden portaat	19
3.4.3 Seksuaalioikeudet Suomessa	25
3.4.4 Yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy	26
3.5 Ryhmänohjaus	28
3.5.1 Ammatillinen ohjaaminen	29
3.5.2 Monikulttuurisen ryhmän ohjaus	31
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	34
4.1 Toiminnallisen osuuden suunnittelu	34
4.2 Neuvontatapahtuman toteutus ja arviointi	35
5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	39
6 POHDINTA	41
LÄHTEET	45

LIITTEET

- Liite 1. Mainosjuliste
- Liite 2. Ehkäisymenetelmät
- Liite 3. Seksuaalisuuden portaat
- Liite 4. Seksuaalioikeudet Suomessa
- Liite 5. Yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy
- Liite 6. Palautelomakkeet

TAULUKOT

Taulukko 1. Ulkomaiden kansalaiset (Tilastokeskus 2017b)	10
--	----

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja on MARJAT-hanke eli maahanmuuttajien kotoutumisen edistäminen terveyden ja hyvinvoinnin keinoin. Hankkeen päätavoitteena on maahanmuuttajien terveystietouden lisääminen ja palveluohjauksen kehittäminen. Hankkeen keskeisiä teemoja ovat terveys ja hyvinvointi kotoutumisen perustana, uutta oppien ja kehittyen sekä parempaa palvelua maahanmuuttajille. (Turun ammattikorkeakoulu 2017.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata maahanmuuttajanaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa maahanmuuttajaisille tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyden seuraavista aiheista: ehkäisymenetelmät, seksuaalisuuden portaat, naisten seksuaalioikeudet Suomessa ja yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy käyttäen esimerkkinä syöpäseulontoja sekä rintojen omatarkkailua. Näiden aiheiden kautta tavoitteena on myös edistää maahanmuuttajanaisten kotoutumista sekä integraatiota Suomeen. Lisäksi tätä opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden henkilökohtaisena tavoitteena on kehittää omia ohjaustaitojaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden kontekstissa, kun asiakkaana on maahanmuuttajanainen.

Maahanmuuttovirrat ovat muokanneet Suomen väestörakennetta huomattavasti viime vuosina. Maahanmuutto on ollut niin vilkasta, että se teki Tilastokeskuksen (2017a) mukaan vuonna 2016 uuden ennätyksen. Maahanmuuttajien taustojen ja kulttuurien selvittäminen on tärkeää tässä opinnäytetyössä, koska niiden voidaan olettaa vaikuttavan moniin terveyden osa-alueisiin, kuten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen (Castaneda ym. 2012, 42). Seksuaaliterveysneuvonnalle on tarvetta, sillä tehdystä teoreettisesta viitekehyksestä käy ilmi, että monet tutkimukset osoittavat maahanmuuttajien tiedonpuutteet seksuaaliterveyden useilla osa-alueilla.

Yksi MARJAT-hankkeen yhteistyökumppaneista on Turun Halisissa sijaitseva Opetuskoti Mustikka, jossa järjestettiin osana tätä opinnäytetyötä seksuaaliterveyteen keskittyvä tapahtuma. Opetuskoti on avoin kohtaamispaikka maahanmuuttajaisille ja lapsille. Se tarjoaa suomen kielen ja arjen taitojen opetusta sekä kulttuuritietoista palveluohjausta.

Neuvontatapahtuman aiheiksi valittiin teemat, joista maahanmuuttajat tarvitsevat tutkusti eniten tietoa. Nämä teemat ovat ehkäisymenetelmät, seksuaalisuus (seksuaali-

suuden portaat), naisten seksuaalioikeudet ja naisia koskevat valtakunnalliset syöpäseulonnat. (Väestöliitto 2009, 11; Castaneda ym. 2012, 118–120, 134, 244; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [THL] 2017a.) Lisäksi yhteyshenkilö Opetuskoti Mustikasta toivoi asiakkailleen neuvontaa seksuaaliterveydestä, sillä kyseisestä aiheesta ei ole ollut opetusta Mustikassa, ja asiakkaat olivat ilmaisseet kiinnostuksensa aihetta kohtaan.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA OHJAAVAT KYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata maahanmuuttajanaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa maahanmuuttajanaيسille tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyden seuraavista aiheista: ehkäisymenetelmät, seksuaalisuuden portaat, naisten seksuaalioikeudet Suomessa ja yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy käyttäen esimerkkinä syöpäseulontoja sekä rintojen omatarkkailua. Näiden aiheiden kautta tavoitteena on myös edistää maahanmuuttajanaisten kotoutumista sekä integraatiota Suomeen. Lisäksi tätä opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden henkilökohtaisena tavoitteena on kehittää omia ohjaustaitojaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden kontekstissa, kun asiakkaana on maahanmuuttajanaisten.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset:

1. Millaisia ovat maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyteen liittyvät yleisimmät ongelmat ja tarpeet?
2. Miten ohjata maahanmuuttajanaisten koostuvaa ryhmää seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä asioissa?

Opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjaksi etsittiin sekä sähköisiä lähteitä että alan kirjallisuutta. Tiedonhankinnassa hyödynnettiin Turun ammattikorkeakoulun ja Turun kaupunginkirjastoa sekä Turun ammattikorkeakoulun Finna-hakupalvelua. Verkossa olevien tutkimusten ja julkaisujen etsinnässä käytettiin Cinahl, EBSCOhost, Medline, Medic ja PubMed -tietokantoja. Lisäksi käytettiin Google sekä Google Scholar-hakupalveluita. Hakusanoina olivat breast cancer, condom use, contraception, ehkäisymenetelmät, genital mutilation, häveliäisyys, immigrant, Iran, Islam, islamin erityispiirteet, kohdunkaulansyöpä, kulttuurisensitiivinen, lastensuojelu, lisääntymisterveys, maahanmuuttaja, maahanmuuttajanaiset, maahanmuuttajat Suomi, Middle East, monikulttuurisuus, neitsyysihanne, neuvonta, ohjaaminen, omatarkkailu, research, rintasyöpä, ryhmänohjaus, seksuaalikasvatus, seksuaalioikeudet, seksuaalisuuden portaat, seksuaaliterveys, seksuaalivalistus, seulonnat, sexual rights, sexuality, silpominen, Somalia, syöpäseulonnat, tilastot, väestö, ympärileikkaus sekä näiden useita eri yhdistelmiä ja synonyymejä niin suomeksi, englanniksi kuin saksaksi.

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tässä kappaleessa avataan työn keskeisimmät käsitteet, jotka ovat maahanmuuttaja, seksuaaliterveys sekä lisääntymisterveys.

Maahanmuuttaja

Maahanmuuttaja ei terminä ole aivan yksioikoinen - sanan merkitys riippuu muun muassa puhujan omasta kansalaisuudesta. Termi pitää sisällään myös monta alatermiä kuten perheenyhdistäminen, siirtotyöläinen, siirtolainen, turvapaikanhakija, kiintiöpakolainen ja pakolainen (Martikainen & Tiilikainen 2007, 18; Väestöliitto 2017a). Lisäksi Suomessa on jo toisen asteen maahanmuuttajia eli Suomessa syntyneitä lapsia, joiden toinen tai molemmat vanhemmat ovat maahanmuuttajia sekä paluumuuttajia, jotka ovat entisiä tai nykyisiä Suomen kansalaisia, heidän perheenjäseniään tai jälkeläisiään, jotka ovat muuttaneet takaisin Suomeen (Väestöliitto 2017a). Edellä esitellyt alatermit tarkentavat henkilöiden maahantulosyitä sekä kuvaavat laillisen statuksen, joilla on merkitystä heidän oikeuksiinsa ja mahdollisuuksiinsa esimerkiksi kotipaikka- ja työnteokoasioissa (Martikainen & Tiilikainen 2007, 18). Tässä opinnäytetyössä maahanmuuttaja-termillä tarkoitetaan Suomeen pidempiaikaisesti muuttaneita muiden maiden kansalaisia riippumatta maahantulosyistä ja laillisista statuksista. Koska yhteistyökumppani Opetuskoti Mustikan asiakasryhmässä on pääasiassa Lähi-idästä ja Somaliasta saapuneita, opinnäytetyön näkökulma painottuu sinne.

Seksuaaliterveys

World Health Organization (WHO) määrittelee seksuaaliterveyden seuraavasti: Se on fyysisen, emotionaalisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila suhteessa seksuaalisuuteen eikä se tarkoita pelkästään häiriön, sairauden tai heikkouden puuttumista. Seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa suhtautumista seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta nauttia miellyttävistä ja turvallisista seksuaalisista kokemuksista ilman pakottamista, syrjintää tai väkivaltaa. Seksuaaliterveyden ylläpitäminen ja saavuttaminen edellyttää, että kaikkien ihmisten seksuaalisia oikeuksia kunnioitetaan ja suojellaan. (WHO 2002, 5.) Muun muassa terveydenhoito-laissa sekä tartuntatautilaissa säädetään seksuaaliterveyden edistämisestä, sillä se on osa seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä oikeuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2017a).

Lisääntymisterveys

Lisääntymisterveys kulkee kirjallisuudessa lähes aina seksuaaliterveyden kanssa käsi kädessä, koska käsitteet limittyvät jonkin verran. Lisääntymisterveys itsessään tarkoittaa, että jokaisella ihmisellä tulee olla mahdollisuus turvalliseen ja vastuuntuntoiseen seksielämään, ja että heillä on sekä kyky lisääntyä että vapaus päättää milloin ja miten usein he niin tekevät. Tämän saavuttamiseksi miehillä ja naisilla on oikeus saada tietoa turvallisista, tehokkaista, kohtuuhintaisista ja hyväksyttävistä ehkäisymenetelmistä. Naisilla tulee myös olla oikeus asianmukaisiin terveydenhuoltopalveluihin, joiden avulla pyritään turvaamaan mahdollisimman turvallinen raskaus ja synnytys sekä mahdollisimman terveen lapsen saaminen. (WHO, 2017a.) Suomessa lisääntymisterveyttä tukevana on useita kansallisia toimintaohjelmia, suosituksia, strategioita sekä palveluita, kuten esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemat kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmän laatimat suositukset äitiysneuvoloihin (Klemetti & Raussi-Lehto 2016, 11).

3.1 Maahanmuuttajien väestörakenne Suomessa

Kuten taulukosta 1 nähdään, suurimmat ulkomaalaisryhmät vuonna 2016 olivat virolaiset, venäläiset sekä irakilaiset. Kun tarkastellaan väestöryhmien prosentuaalisia vuosimuutoksia (2015–2016), voidaan huomata, että afganistanilaisten ja irakilaisten määrä on kasvanut räjähdysmäisesti (Maahanmuuttovirasto 2017; Tilastokeskus 2017b). Jos puolestaan tarkastellaan väestöryhmiä kielen mukaan, suurimmat Euroopan Unionin ulkopuolelta tulevat ryhmät ovat venäjän-, arabian- ja somalinkielisiä (Tilastokeskus 2017c).

Taulukko 1. Ulkomaiden kansalaiset (Tilastokeskus 2017b).

Maa, jonka kansalaisuus	2015	%	Vuosi- muutos, %	2016	%	Vuosi- muutos, %
Viro	50 367	21,9	4,2	51 499	21,1	2,2
Venäjä	30 813	13,4	0,6	30 970	12,7	0,5
Irak	7 073	3,1	4,1	9 813	4,0	38,7
Kiina	8 042	3,5	6,4	8 480	3,5	5,4
Ruotsi	8 174	3,6	-1,4	8 040	3,3	-1,6
Thaimaa	7 229	3,1	5,3	7 487	3,1	3,6
Somalia	7 261	3,2	-1,6	7 018	2,9	-3,3
Afganistan	3 741	1,6	6,1	5 294	2,2	41,5
Vietnam	4 552	2,0	14,0	5 253	2,2	15,4
Intia	4 992	2,2	5,6	5 016	2,1	0,5
Turkki	4 595	2,0	1,9	4 654	1,9	1,3
Britannia	4 427	1,9	3,4	4 562	1,9	3,0
Puola	3 959	1,7	7,5	4 192	1,7	5,9
Saksa	4 112	1,8	1,7	4 149	1,7	0,9
Ukraina	3 392	1,5	12,1	3 761	1,5	10,9
Muut	77 036	33,5	7,0	83 451	34,3	8,3
Yhteensä	229 765	100	4,6	243 639	100	6,0

Maahanmuuttajanaisia oli koko Suomessa vuoden 2016 lopussa 149 385. Varsinais-Suomen maakunnassa maahanmuuttajanaisten lukumäärä oli 12 434. Vuonna 2015 maahanmuuttajanaisia oli koko Suomessa 141 188 ja Varsinais-Suomessa 11 930. (Tilastokeskus 2017c.)

3.2 Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden tila

Erityisryhmien, kuten maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämiseen liittyviin palveluihin on alettu kiinnittää enemmän huomiota menneinä vuosikymmeninä. Seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvien palveluiden kehittämiseen ovat vaikuttaneet muun muassa pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelmat ja linjaukset, erityisesti Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma sekä hallituksen eduskunnalle kotoittamislain toimeenpanosta antama selonteko sekä Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla valmisteltu Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007–2011 (STM 2007). Myös Väestöliitto on kartoittanut maahanmuuttajaväestön tarpeita jo vuonna 2006. (Väestöliitto 2009, 1.) THL puolestaan organisoi suuren hankkeen Maahanmuuttajien terveystutkimus (Maamu) 2008–2011. Uudempi toimintaohjelma luotiin

vuosille 2014–2020. Tämä kantaa nimeä Edistä, ehkäise, vaikuta. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016.)

Yli puolet Suomessa asuvista ulkomaalaistaustaisista ihmisistä on hedelmällisyysikäisiä (15–49-vuotiaita), joten lisääntymis- ja seksuaaliterveyspalvelujen saatavuus ja toimivuus tälle kohderyhmälle on erittäin tärkeää. Erityisesti naisten raskausajan seuranta, ehkäisyneuvonta, perhesuunnittelu ja tyttöjen ja naisten seksuaalioikeuden edistäminen ovat asioita, joihin pitäisi tämän tiedon valossa panostaa. UTH- (ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi) ja Maamu-tutkimuksissa huomattiin, että tietyillä maahanmuuttajaryhmillä oli suuri lapsiluku, ehkäisyn käyttö vähäistä ja raskauden keskeytykset kantaväestöä yleisempiä. (THL 2017a.)

Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämisen haasteet voi tiivistää muutamaan lauseeseen: Laadukasta palvelua on olemassa, mutta palvelun laatu heikkenee kielitaidon, tulkin tai oikeanlaisen materiaalin puutteen vuoksi. Lisäksi maahanmuuttajia tulisi saada mukaan tiedottamiseen, neuvontaan, ohjaukseen ja palvelujen tuottamiseen seksuaaliterveyden edistämisen helpottumiseksi. (Väestöliitto 2009, 2.)

Maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen käytännön tasolla vaikuttavia asioita ovat muuttosyy, sosioekonominen asema lähtömaassa ja Suomessa, koulutus ja kielitaito, ikä, sukupuoli, seksuaalinen suuntautuneisuus ja perhetilanne sekä kulttuurinen ja uskonnollinen tausta. Riippumatta lähtömaasta, muuton tavasta tai perhesuhteesta muuttaminen maasta toiseen itsessään vaikuttaa ihmisen mahdollisuuksiin huolehtia seksuaali- ja lisääntymisterveydestään. (Väestöliitto 2009, 8.)

Muuttosyy on olennainen seksuaaliterveyden tarpeiden muodostumiseen vaikuttava tekijä, koska taustalla voi olla esimerkiksi seksuaalisen väkivallan kokemuksia tai seksityötä. Seksuaalinen suuntautuneisuus ja seksuaalioikeudet voivat olla maahanmuuton syynä, jos henkilön edustamaa vähemmistöä ei suvaita lähtömaassa. Joillekin seksuaalisuhde on yhtä aikaa avioliiton kautta myös maassaolon oikeutus. Suomessa on valitettavasti myös seksityöläisiksi maahan saapuneita. Heidän määrästään ei ole luotettavaa tietoa. (Väestöliitto 2009, 9.)

Maahanmuuttajat eivät käytä riittävästi ennaltaehkäiseviä seksuaaliterveyspalveluita: Heitä tulisi rohkaista enemmän itsetarkkailuun, kuten rintojen säännölliseen palpoimiseen ja ennaltaehkäisevissä seulonnoissa sekä gynekologisissa tutkimuksissa käymiseen, vaikka mitään sairauteen viittaavaa ei olisikaan ilmennyt. (Väestöliitto 2009, 10.)

Nuorten maahanmuuttajatyttöjen ja -naisten seksuaalineuvonnassa erityisen tärkeää on luottamuksen kasvattaminen ja dialogi. Monissa lähtömaissa seksuaalisuutta käsittelevää tietoa pidetään nuorille haitallisena. Tiedon voi pelätä johtavan aikaistuviin kokemuksiin ja ongelmiin. Lisäpelkoja luo median välittämä kuva suomalaisesta seksuaalisuudesta, joka voi olla hyvin väritynyt iltapäivälehtien otsikoiden ja tosi-television kautta. Myös kulttuuritausta luo kuilua väestöryhmien välille. Suomalaisten naisten paljastava pukeutuminen ja rento käyttäytyminen voi olla hyvinkin poikkeavaa siitä, mitä monet ovat tottuneet näkemään omassa lähtömaassaan. Pahimmillaan luontevan vuorovaikutuksen puuttuminen suomalaisten kanssa johtaa paikallisten sukupuolinormien ymmärtämättömyyteen tai ohittamiseen ja seksuaalisiin konfliktitilanteisiin, jopa väkivaltaan. (Väestöliitto 2009, 11.)

3.3 Islamilaisen kulttuurin erityispiirteitä

Tässä opinnäytetyössä ei käsitellä länsimaisen kulttuurin seksuaali- ja lisääntymisterveyden erityispiirteitä, koska valtaosa Opetuskoti Mustikan asiakkaista on joko Lähi-idästä tai Somaliasta. Sen tähden tässä opinnäytetyössä käsitellään nimenomaan islamilaisen kulttuurin erityispiirteitä seksuaali- ja lisääntymisterveyden valossa.

On syytä muistaa, että eri islamilaiden maiden kulttuurit eroavat valtavasti toisistaan, vaikka yhteneväisyyksiäkin on paljon. Eroja on myös uskonnollisten tekstien, kuten Koraanin tulkinnassa sekä uskonnon vaikutuksen näkymisessä yksilön elämässä. (Akar 2011.)

Perhe

Muslimeille perhe on usein suurperhe, johon lasketaan kuuluvaksi myös isovanhemmat, vanhempien sisarukset ja serkut. Perhettä arvostetaan ja lasten saanti on muslimille yleensä erittäin toivottua. (Akar & Tiilikainen 2009, 14.)

Lapsettomuus on vakava asia islamilaisessa kulttuurissa ja saattaa johtaa jopa avioeroon tai toisen vaimon ottamiseen. Lapset tuovat musliminaiselle lisää vaikutusvaltaa perheen ja yhteisön keskellä, sillä naisen tehtäväksi katsotaan perinteisesti lasten synnyttäminen, kasvattaminen ja hoitaminen. (Degni ym. 2006; Akar & Tiilikainen 2009, 14–15.) Islamilaisessa kulttuurissa vallitsevan sharian lain mukaan usean lapsen synnyttäminen on kunnia, ja lasten lukumäärän päättää viimekädessä aviomies, jolla on ylin auktoriteetti ja päätösvalta perheessä (Degni ym. 2006). Lasten ajatellaan olevan Juma-

lan lahja, mikä saattaa johtaa suuriin lapsilukuihin (Akar & Tiilikainen 2009, 15). Erityisesti somaliperheissä on usein suuri lapsiluku, mikä saattaa olla Degnin ym. (2006) tutkimuksen mukaan suuri haaste somaliperheille Suomessa, sillä perheen laaja tukiverkosto on saattanut jäädä kotimaahan. Tästä johtuen joidenkin perheiden perinteiset roolit ovat muuttuneet tai muuttumassa ja myös isä osallistuu kodinhoitoon.

Ehkäisykäyttäytyminen

Monet tutkimukset osoittavat, että maahanmuuttajat tarvitsevat tietoa turvallisista ehkäisymenetelmistä (Degni ym. 2006; Degni ym. 2008; Castaneda ym. 2012, 134–138; Taghizadeh ym. 2017). Taghizadeh ym. (2017) on tutkinut iranilaisten raskaudenehkäisykäyttäytymistä Iranissa. Hänen tutkimuksistaan nousi esiin, että aviopareista suurin osa käytti ehkäisynä yhdynnän keskeyttämistä (noin 40 %), seuraavaksi yleisin raskaudenehkäisymenetelmä oli kondomi.

Degnin ym. (2008, 298–303) Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan 63 % tutkituista somalimiehistä vältteli kondomin käyttöä ja suhtautui kielteisesti naisten ehkäisyyn uskonnollisista uskomuksista (Islamopas 2017a), sosiaalisista, kulttuurillisista ja taloudellisista syistä johtuen. Tutkitut miehet ja naiset, jotka suhtautuivat positiivisesti ehkäisyyn käyttöön, perustelivat kantansa muun muassa sillä, että uskonnon mukaan heidän on myös kyettävä kasvattamaan lapsensa hyvin. Heidän mielestään tämä on tukiverkoston puutteen vuoksi haasteellisempaa Suomessa kuin kotimaassa Somaliasa. (Degni ym. 2006.)

Maamu-tutkimuksessa kävi ilmi, että alle 12 % somalitaustaisista alle 55-vuotiaista naisista ja noin 43 % kurditaustaisista naisista käytti jotakin luotettavaa ehkäisymenetelmää. Samasta tutkimuksesta käy myös ilmi, että erityisesti somalinaisen ehkäisyyn käytöstä päättää yleensä aviomies. (Castaneda ym. 2012, 135–136.)

Akarin ja Tiilikaisen tutkimuksesta (2009) käy puolestaan ilmi, että muslimien oppineet hyväksyvät ehkäisyyn käytön, sillä myös profeetta Muhammedin kerrotaan hyväksyneen yhdynnän keskeyttämisen.

Neitsyysihanne

Islamilaiseen kulttuuriin kuuluu vahvasti neitsyysihanne ennen avioliiton solmimista. Neitsyys on perinteisesti musliminaiselle sosiaalisesta, kulttuurisesta sekä uskonnollisesta kontekstista tärkeä arvo. Esiaviollinen seksi tarkoittaisi hänelle kunniallisuuden, arvokkuuden ja maineen menettämistä. (Bokore 2013, 99; Unicef 2013, 115; Isotalo

2015, 139.) Bokoren tutkimuksen mukaan tytön neitsyys on myös yksi keino nousta köyhyydestä naimalla rikas mies, sillä joissain kulttuureissa aviomies maksaa neitsyteen perheelle palkkion tyttärensä luovuttamisesta (Bokore 2013, 99).

Tytön neitsyys on vahvasti koko islamilaisen perheen kunnia-asia. Kunnian menettäminen voi pahimmassa tapauksessa ajaa kunniamurhaan. Kunniaväkivalta on myös Suomessa vakava piilorikollisuuden ilmiö. (Laitinen ym. 2016, 136.) Perinteisen näkemysten mukaan tyttöjen ei katsota edes tarvitsevan seksuaalikasvatusta, koska tietämättömyyden ajatellaan suojaavan neitsyyttä (Farahani 2007, 97–101; Isotalo 2015, 132).

Sukuelinten ympärileikkaus ja silpominen

Tytön neitsyyden suojelemiseen liittyy vahvasti naisten sukupuolielinten ympärileikkaus (Female genital mutilation, FGM) ja silpominen (Cutting, C). FGM/C on vanhaa kulttuuriperinnettä varsinkin eräissä Afrikan maissa, kuten Somaliassa. Tutkimusten mukaan jopa 98 % Somaliassa asuvista naisista on ympärileikattuja. (Unicef 2013; THL 2016.) Suomen somalitaustaisista noin 70 % ja kurditaustaisista naisista noin 30 % on tutkittu olevan ympärileikattuja. Useimmat tytöt ympärileikataan 4–10-vuotiaina (Castaneda ym. 2012, 142; THL 2016.)

Ympärileikkaukseen vaikuttavat kulttuurin lisäksi muun muassa taloudelliset, seksuaaliset, sosiaaliset ja esteettisyyteen liittyvät syyt sekä uskonnolliset uskomukset. Tyttöjen ympärileikkaus on juurtunut syväälle tätä perinnettä harjoittavien maiden kulttuuriin, ja se on tämän kulttuurin edustajille luonnollinen osa elämää. (Koukkula ym. 2016; THL 2016; 2017b.)

FGM/C:sta on eri muotoja, joista pahin on nimeltään infibulaatio, jossa pienet ja/tai suuret häpyhuulet typistetään ja liitetään yhteen niin, että jäljelle jää vain pieni aukko eritteiden poistumiseksi (Castaneda ym. 2012, 142–143; Abdulcadir ym. 2014; WHO 2017b). FGM/C tuottaa naisille ja lapsille monia terveyshaittoja. Välittömiä ympärileikkauksen yhteydessä tai sen jälkeen ilmeneviä haittoja ovat muun muassa runsas verenvuoto, anemia, shokki, tulehdukset, virtsaamisvaikeudet, kudoksen turpoaminen tai jopa kuolema. Toimenpiteestä aiheutuvia pitkäaikaishaittoja ovat esimerkiksi synnytyskomplikaatiot, hedelmättömyys, kipu yhdynnän aikana, virtsaamisongelmat, psyykkiset oireet, kuukautisongelmat, emättimen tulehdukset ja postnataalikuolemat. (WHO 2017b; THL 2017c.)

FGM/C on lastensuojelulain mukaan rikos ja Yhdistyneiden kansakuntien (YK) lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen mukaan lapsen oikeuksia loukkaava teko, koska FGM/C vaikuttaa lapseen terveyttä heikentävästi (Lastensuojelulaki 417/2007; Unicef 2017).

Siveellisyys

Islamilaisessa kulttuurissa opetetaan, että musliminaisen tulee olla hillitty, siveellinen ja häveliäs (Bokore 2013, 99; Connor ym. 2016, 352). Siveellisyys tulee esiin muun muassa musliminaisen pukeutumisessa. Häveliäisyys huomataan esimerkiksi siitä, että seksuaalisuudesta ei puhuta. Vaikka variaatioita pukeutua on monia, ajatellaan usein, että naisten pitäisi peittää itsensä lukuun ottamatta kasvoja ja käsiä. (Mölsä & Tiilikainen 2007, 455; Akar & Tiilikainen 2009, 41; Isotalo 2015, 105; Connor ym. 2016, 352.) Koraanin (Islamopas 2017b) jae 33:59 antaa ohjeet pään peittämiseen eli hunnun käyttöön: "Profeetta, sano puolisoillesi, tyttärillesi ja uskovien vaimoille, että he panisivat vaatteen pänsä yli. Tämä on parasta, jotta heidät tunnistettaisiin siveiksi eikä heitä häirittäisi." Siveellisellä pukeutumisella hillitään sukupuolten välistä seksuaalista vetoa sekä pyritään olemaan herättämättä vastakkaisen sukupuolen huomiota (Isotalo 2015, 104–106).

3.4 Neuvontatapahtuman aiheiden teoreettinen viitekehys

Neuvontatapahtuman teemat valittiin tutkimustiedon perusteella. Maahanmuuttajat tarvitsevat tutkimusten mukaan eniten tietoa ehkäisystä, seksuaalisuudesta, seksuaalioikeuksista sekä valtakunnallisista syöpäseulonnoista. (Väestöliitto 2009, 11; Castaneda ym. 2012, 118–120, 134, 244; THL 2017a.) Myös Opetuskoti Mustikan yhteys henkilön kautta tuli toive seksuaaliterveysneuvonnasta. Aiheesta ei ole ollut opetusta Mustikassa aiemmin ja asiakkaat olivat ilmaisseet kiinnostuksensa aihetta kohtaan. Täten aiheiksi muotoutuivat ehkäisymenetelmät, seksuaalisuuden portaat, seksuaalioikeudet Suomessa sekä yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy.

3.4.1 Ehkäisymenetelmät

Muun muassa naisen parisuhdestatus, perussairaudet, ikä, paino, sukurasitteet, imetys sekä tupakointi vaikuttavat raskaudenehkäisymenetelmän valintaan (Tiitinen 2016a).

Valintaan vaikuttavat myös naisen mieltymykset sekä motivaatio huolehtia ehkäisystä. Raskaudenehkäisymenetelmät voidaan jakaa hormonaalisiin ja hormonittomiin ehkäisymenetelmiin. Hormonaalinen ehkäisy voi valikoitua käyttöön myös sen muiden terveyshyötyjen vuoksi (Väestöliitto 2017b), vaikkei tarvetta säännölliselle ehkäisylle muuten olisikaan. Ehkäisymenetelmän valinnassa auttaa terveydenhoitaja tai lääkäri. (Tiitinen 2016a.) Muiden ehkäisyvalmisteiden, pois luettuna kondomi, käyttö on lopetettava, jos käytön aikana havaitaan raskaus. Kondomi on myös ainoa ehkäisymenetelmä, joka suojaaa raskauden lisäksi sukupuolitaudeilta. Ehkäisymenetelmien saatavuus tulee olla helppoa ja mahdollista ympärivuotisesti. (Käypä hoito 2017.)

Yhdistelmäehkäisytabletit

Yhdistelmätabletit sisältävät estrogeenia ja progestiinia, joiden yhteisvaikutuksesta munasolun kypsyminen ja irtoaminen eli ovulaatio estyy. Yleensä tabletteja syödään joka päivä kolmen viikon ajan, jonka jälkeen tulee viikon tauko. (Kivijärvi 2017.) Yhdistelmätabletit ovat helppokäyttöisyytensä vuoksi suosituin ehkäisymenetelmä Suomessa. Tämän ehkäisytyypin etuina ovat kuukautisten mahdollinen niukentuminen, aknen parantuminen sekä kuukautisvuodon ajoittaminen haluttuun ajankohtaan. Haittoina käytön alkuvaiheessa voi ilmetä muun muassa päänsärkyä, mielialanmuutoksia ja painonnousua. Vasta-aiheina yhdistelmätableteille ovat aikaisemmin havaittu laskimo- tai valtimoveritulppa, aurallinen migreeni, auraton migreeni yli 35-vuotiailla, tupakointi yli 35 vuoden iässä, imetys ja tietty pitkäaikais sairaus. (Tiitinen 2016b.)

Ehkäisytabletti ja -rengas

Ehkäisytabletti ja -rengas sisältävät samoja hormoneja kuin yhdistelmätabletit, joten näiden valmisteiden edut, haitat ja vasta-aiheet ovat lähes samat kuin yhdistelmätableteissa. Renkaan ja tabletin käyttöön liittyen hormonaalisten haittavaikutusten riski on hieman pienempi, koska verenkierron hormonipitoisuudet ovat tasaisemmat. Nämä valmisteet ovat helppokäyttöisiä, koska niitä ei tarvitse muistaa päivittäin. Rengas asetetaan emättimeen kierron ensimmäisenä päivänä. Kolmen viikon kuluttua se otetaan pois ja viikon kuluttua uusi rengas laitetaan paikalleen. Tabletti puolestaan kiinnitetään iholle (reisi, olkavarsi, pakara tai vartalo – ei rintojen alueelle) ja uusi tabletti vaihdetaan kerran viikossa kolmen viikon ajan, jonka jälkeen tabletti poistetaan viikoksi. Molempien kohdalla väliviikon aikana tulee yleensä poistovuoto. (Tiitinen 2016b.)

Progestiinipillerit

Progestiinipillerit eli minipillerit sisältävät pelkästään progestiinia. Tätä ehkäisymenetelmää suositetaan usein silloin, kun yhdistelmäpillerit eivät sovi naiselle esimerkiksi imetyksen tai estrogeenin aiheuttamien haittojen vuoksi. Näissä pillereissä hormonimäärä on pieni, mutta siitä huolimatta osa voi kärsiä haittavaikutuksista, joita ovat painonnousu, päänsärky, mielialanvaihtelut ja seksuaalisen halukkuuden väheneminen. Ehkäisyprogestiinihormonilla perustuu siihen, että emättimen limakalvojen liman koostumus muuttuu niin, että siittiöiden pääsy kohtuun estyy. Lisäksi se estää munasolun irtoamisen tai tekee siitä epäsäännöllistä. (Riksförbundet För Sexuell Upplysning [RFSU] 2011a; Tiitinen 2016c.)

Ehkäisykapseli

Ehkäisykapseli sisältää progestiinia, joten sen ehkäisyvaikutus muodostuu samoin kuin minipillereissä. Myös haitat ovat samankaltaisia. Ehkäisykapseli on ohut, pieni muovisauva, joka asetetaan olkavarren sisäpuolelle ihon alle paikallispuudutuksessa. Valmistesta riippuen kapseleita asetetaan yksi tai kaksi ja ehkäisyteho kestää kolme tai viisi vuotta. Ehkäisyteho on erittäin hyvä. (RFSU 2011b; Väestöliitto-Nuoret 2017.)

Progestiini-injektio

Progestiini-injektio on vaihtoehto ehkäisykapselille. Progestiinihormonille tyypilliseen tapaan se estää munasolun irtoamisen ja vaikuttaa kohdun ja kohdunkaulan limakalvoon. Kolmen kuukauden välein lihakseen annettava progestiinia sisältävä injektio on edullinen ehkäisymenetelmä verrattuna kapseliin, mutta injektiouotoinen annostelu vaatii hoitajan tai lääkärin vastaanotolla käyntiä säännöllisesti. Ehkäisymenetelmänä injektio on erittäin varma. Muita etuja ovat kuukautisten mahdollinen loppuminen sekä soveltuvuus imetysaikana. Tavallisina sivuvaikutuksina esiintyy painonnousua, aknea ja mielialavaihtelua. Huomioitava on myös, että injektioiden lopettamisen jälkeen voi kestää 9-18 kuukautta ennen kuin ovulaatiot käynnistyvät uudelleen. Progestiini-injektiota ei suositella alle 19-vuotiaille, koska nuorten naisten pitkäaikaisen käytön on havaittu olevan yhteydessä luukadon riskiin. (RFSU 2011c; Tiitinen 2016c.)

Hormoni- ja kuparikierukka

Hormonikierukka asetetaan naisen kohtuun, jossa se vapauttaa progestiinia ehkäisten raskaaksi tulemisen vaikuttamalla kohdun limakalvoon, joka ohenee ja siirtyy lepotilaan. Myös kohdunkaulan lima paksuuntuu eivätkä siittiöt pääse kulkemaan sen lä-

pi. Kierukan teho kestää kolmesta viiteen vuoteen käytettävästä valmisteesta riippuen. Muita etuja ovat muun muassa kuukautisvuodon mahdollinen niukentuminen ja loppuminen sekä erittäin hyvä ehkäisyteho. Haittoja voi esiintyä ensimmäisen puolen vuoden ajan. Muun muassa tiputteluvuoto, turvotus, lievä akne ja hiusten rasvoittuminen ovat aluksi tavallisia. Hormonikierukka sopii niin imettäville kuin synnyttämättömille naisillekin. (RFSU 2011d; Tiitinen 2016d.)

Kuparikierukka on hormoniton kierukka, jota voidaan käyttää viisi vuotta. Sen ehkäisyteho perustuu emättimen limakalvon koostumuksen muuttumiseen ja siittiöiden toimintakyvyn heikentämiseen. Ulkonäöltään se on hormonikierukan kaltainen, muovista valmistettu ”ankkuri”, jonka päissä ja muovirungossa on kuparilankaa. Se asetetaan hormonikierukan tavoin kohtuun. Lisääntynyt kipu ja vuoto kuukautisten aikana, kuukautisten keston pidentyminen ja emättimen bakteeritasapainon häiriöt ovat kuparikierukan yleisimpiä haittavaikutuksia. Kuparikierukkaa voidaan käyttää imetyksen aikana. (RFSU 2011e; Tiitinen 2016e.)

Kondomi

Kondomi on ainoa ehkäisymenetelmä, joka suojaa sukupuolitaudeilta. Se asetetaan koko peniksen päälle ennen yhdyntää ja otetaan pois vasta yhdynnän jälkeen. Oikein käytettynä kondomi on lähes täysin varma ehkäisymenetelmä. On kuitenkin huomioitava, että lateksikondomien käytön vasta-aiheena on lateksiallergia, ja että öljypohjaiset liukasteet sekä emättimeen käytettävät lääkkeet saattavat haurastuttaa kondomia. (Käypä hoito 2017.)

Sterilisaatio

Sterilisaatio on ehkäisymenetelmänä pysyvä, miehelle tai naiselle tehtävä toimenpide, jolla tavoitellaan lopullista ehkäisyä. Sterilisaatiossa joko munanjohtimet tai siemenjohtimet tukitaan niin, etteivät raskaaksi tulemisen mahdollistavat munasolut tai siittiöt pääse enää kulkemaan johtimia pitkin. Sterilisaatio ei vaikuta munasarjan tai kiveksen hormonituotantoon. (Tiitinen 2016f.) Myös siittiöiden ja munasolun tuotanto pysyy käynnissä, ja kuukautiset jatkuvat ennallaan. Sterilisaatio on ainoa ehkäisymenetelmä, jota ohjaa laki: saadakseen sterilisaation hakijan tulee täyttää tietyt kriteerit ja lääkärin on varmistettava, että potilas ymmärtää toimenpiteen lopullisuuden. (RFSU 2011f.)

3.4.2 Seksuaalisuuden portaat

Ihmisen seksuaalisen kehityksen voi nähdä kolmen eri kerroksen portaittaisesti tapahtumasarjana: järjen (kognition), tunteen (emotion) ja biologian (fyysisen) kerroksilla (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 17). Järjen kerroksella tapahtuva tietoinen prosessointi pitää sisällään asenteiden muokkautumisen, asioiden tietämiseen pohjaavan käsittelyn, uskomukset, harkinta-, riskinarviointi- ja päätöksentekokyvyn sekä kokemukset ja oppimisen. Tunteen kerroksella ihastumiset ja rakastumiset auttavat suuntautumaan ikätovereihin ja itsenäistymään. Biologian kerroksella ihminen muuttuu puberteetin kautta lapsesta sukukypsäksi aikuiseksi. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 17–18.)

Seksuaalisuuden portaat -malli on kokonaisvaltainen, portaittain etenevä Väestöliiton ja Opetushallituksen yhdessä kehittämä seksuaalikasvatusmalli. Mallissa seksuaalisuuden kehitys lapsesta aikuiseksi on jaettu yhdeltoista portaalte, jotka kulkevat yksilöiden erot huomioon ottaen osittain lomittain. Lomittain kulkemisen vuoksi portaate on tässä työssä tiivistetty yhdeksään. Seksuaalisuus muuttaa muotoaan jatkuvasti koko kehityskaaren ajan. On myös tärkeää tiedostaa, ettei seksuaalisuus suinkaan tarkoita pelkkää seksiä vaan pikemminkin rakkauden ja ihastumisen tunteiden kehitystä, kehoitsetuntoa sekä psyykkisten valmiuksien kehittymistä huomioimaan toisia ihmisiä sosiaalisissa kanssakäymisissä. (Väestöliitto 2017e.)

Seksuaalisuuden portaate otettiin yhdeksi teemaksi siksi, että se on helppo ja yksinkertainen malli, jolla ymmärretään tiettyjä toimintoja ja niiden juuria. Tutkimusten mukaan erityisesti muslimitaustaisilla maahanmuuttajanaisilla seksuaalikasvatus on perustunut pääasiassa esiaviollisen seksin riskeihin ja sen vaikutuksiin sosiaaliseen statukseen, eikä juuri lainkaan seksuaalisuuden kokonaisvaltaisuuteen (Orgocka 2007).

Jo ensimmäisten elinkuukausien aikana kaikkeen hyvään oloon vauvalla liittyy rakkauden- ja ihastuksentunteita. Täysi vatsa, aikuisten hoiva tai ilakoiva sisarusparvi herättävät onnentunteita. Vauva kokee itsensä tervetulleeksi maailmaan, kun hänen kanssaan seurustellaan, häntä hoivataan ja rakastetaan. Tämä tunne vahvistaa itseluottamusta ja rohkeutta rakastaa. Fyysinen kontakti ja kehon kosketus vahvistavat myönteistä kehonkuvaa sekä rohkeutta olla lähellä, sosiaalisessa kontaktissa. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 23–24.)

Vanhempien ihailu

Ensimmäisellä portaalla lapsi on keskimäärin 2–6-vuotias. Tällä vanhempien ihailun portaalla lapsi alkaa havainnoida ympärillään olevia ihmisiä ja tutustuu omaan rakkautunteeseensa. Lapselle kehittyy kokemus siitä, että on sallittua hakea hyvää oloa ja lohtua omasta kehostaan, ja lapsen oma kehonkuva vahvistuu. Lapsi myös oppii sukupuolten eron ja arvostuksen omaa sukupuoltaan kohtaan, jolloin itsetunto vahvistuu. Tällä portaalla lapsi oppii sosiaalisten tilanteiden normeja ja yksityisyyttä suojaavia sääntöjä. Jo ensimmäisellä portaalla lapsi oppii puhumaan rakkaudentunteestaan ja hänen kokemuksensa omasta viehättävyydestään vahvistuu sekä usko siihen, että hän on tavoiteltu kumppani tulevaisuudessa voimistuu. Myös kielteisten tunteiden olemassaolo selkenee, mutta lapsi oppii, ettei niitä tarvitse pelätä vaan niistäkin voi selviytyä. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 25.)

Portaan nimen mukaisesti lapsen rakkaus vanhempiin selkeytyy ja voimistuu ja lapsi alkaakin pohtia rakkauden vastavuoroisuutta. Hän haluaa mennä naimisiin oman vanhempansa kanssa ja olla ikuisesti yhdessä. On tärkeää, että vanhempi suhtautuu tähän rakastamiseen oikealla tavalla. Syvä rakkaus vanhempaan on kaunis ja tärkeä asia, jota tulee ihaila. Samalla vanhemman on kuitenkin lempeästi ohjattava lapsi ymmärtämään, että lapsi tulee löytämään jonkun muun kuin oman vanhempansa, jota tämä voi syvästi rakastaa ja joka rakastaa tätä takaisin juuri tietyllä omalla erityisellä tavalla. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 27–31.)

Lapsi tutkii kehoaan, varpaitaan, sormiaan ja ympärillään olevien ihmisten kasvoja ja rakentaa omaa minuuttaan. Lapsi ei vielä tunne häpeää mistään kehonsa osasta. Pieni lapsi opettelee vasta tunteiden säätelyä ja hädän tullen hän hyökkää aikuisen luokse hakemaan turvaa ja syliä kaataen tunteensa aikuisen päälle. Tällä tavalla lapsi voi peilata, miten aikuinen reagoi erilaisiin tunteisiin ja oppia sitä kautta. Toinen tapa kohdata pelottavia asioita on sulkea silmät ja näin koko maailma ulkopuolelle. Kolmas keino on tuoda tämä pelottava aisti pintaan esimerkiksi silittämällä pehmolelua, imemällä sormeaa, heijaamalla tai koskettelemalla omia sukupuolielimiään. Nämä keinot tuovat tasa-arvoisesti turvaa ja lohtua ja lapsi voi täyttää tällä toiminnalla myös tylsyyttään, ilman aikuiselle tuttua seksuaalisen nautinnon hakua. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 49–53.)

Idoli ihastuttaa

Toinen porras alkaa kuudentena ikävuotena ja jatkuu kahdenteentoista ikävuoteen saakka. Tällä portaalla lapsi valitsee ihailun kohteen oman lähipiirinsä ulkopuolelta. Hän voi myös alkaa unelmoida parisuhteesta. Lapsi nauttii omasta ihailun ja rakastumisen tunteestaan ja kertoo tunteesta vapaasti ja avoimesti. Unelmat ja ajatukset idolin tai ihastuksen kohteen kanssa yhdessä asumisesta poissa kotoa vahvistavat uskoa siihen, että niin voi joskus tapahtua. Tämä ajatusleikki helpottaa vanhemmista luopumisesta aiheutuvaa ahdistusta. Fantasioiden ja sadunomaisten tarinoiden avulla itsenäistyminen saa voimaa vielä useita kertoja myöhemmässä elämässä. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 35.)

Lapsi saattaa myös leikkiä omia idoleitaan ja täten harjoitella eri aikuisuuden rooleja. Näin tehdessään lapsi miettii, millaiseksi haluaa tulla sitten, kun on aikuinen. Lapselle on tärkeää arvioida, millainen hän on ja miltä tuntuu olla riittävä ja ihailtu. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 46.)

Kun ihastuksen kohde on läheinen, lapsi tuskin pystyy tai haluaa peittää ihailuaan. Avoimen estoton käyttäytyminen kertoo lapsellisuudesta, ei kypsyydestä (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 49.). Näissä tilanteissa aikuisen tehtävä on toimia asiallisesti ja vetää raja kuitenkin loukkaamatta tai hyväksikäyttämättä lapsen ihailua. Tämä toinen porras on äärimmäisen tärkeä siksi, että usein vasta saatuaan idolirakkaus-portaalla onnistumisen kokemuksen ja pyörittäen rakkaudentunteen syövereissä riittävän pitkään, lapsi astuu rakkauden portaita eteenpäin (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 50). Identiteetin vahvistuttua lapsi uskaltaa kohdistaa tunteensa seuraavaksi todellisempiin, lähellä oleviin ja samanikäisiin ihmisiin.

Tuttu mutta salattu

Kolmannella portaalla lapsi alkaa kohdistaa rakkauden- ja ihastuksentunteita lähellä oleviin ja tuttuihin ikätovereihin. Tämä porras voi alkaa koska tahansa kahdeksannen ikävuoden ja aikuisuuden välillä, mutta yleisimmin 8–13-vuotiaana. Lapsi alkaa kaivata läheisyyttä ihastuksensa kanssa ja samalla opettelee kestämään omaa rakkaudentunnettaan. Läheisyys kiehtoo, mutta on samalla hämmentävää, minkä vuoksi olo on ristiriitainen. Tilanne saattaa aiheuttaa fyysisiä reaktioita, kuten punastumista. Lapsi alkaa tiedostaa omaa ja toisten kehoja uudella tavalla ja havainnoida kehojen lähettämiä viestejä. Lapsi myös opettelee kontrolloimaan tunteidensa ilmaisua. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 52.)

Lapsen mielessä voi pyöriä kysymyksiä, kuten kukaahan voisi rakastua juuri häneen ja lapsi tarkkailee ympäristöään tunnistaakseen häntä itseään koskevia ihastumisen viestejä. Toisaalta ajatus tarkkailun kohteena olemisesta saa lapsen tuntemaan itsensä epävarmaksi, mutta samaan aikaan imarrelluksi. Tässä vaiheessa lapsi alkaa kiinnittää enemmän huomiota omaan ulkonäköönsä ja käytökseensä. Tästä voi seurata varovaisuutta, ylikontrollia tai esittämistä ja huomion hakemista. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 55.)

Erotuksena edelliseen portaaseen, tällä portaalla lapsi ei enää paljasta tunteitaan vaan kokee sisimmässään voimakasta tunteiden kirjoa. Kun rakkaus on salattua, ihminen saa turvallisesti tunnustella omaa rakastumistaan, epäröintiään, haaveilujaan tai pettymystään ilman, että kukaan voi puuttua asiaan, koska tunteista ei kukaan muu tiedä. Salaisuuden paljastuessa, vaikkapa jonkun luettua salaista päiväkirjaa, se saattaa lopettaa tai pilata koko tunteen. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 57.)

Tällä tuttu mutta salattu -portaalla seksuaalisen identiteetin pohdinnat voimistuvat. Lapsella herää kysymyksiä rakkauden kohteen sukupuolen merkityksestä ja rakastumisen soveliaisuudesta. Rakastuminen on kuitenkin edelleen irrallaan seksuaalisista tunteista ja tuntemuksista. Saman sukupuolen edustajaan rakastuminen voi kuitenkin aiheuttaa pelkoja ympäristön reaktiosta niin paljon, että lapsi on ikään kuin pakotettu viipymään pidempään salaisen rakkauden portaalla. Vaikka rakastumiset salataan, on vanhemmillä tärkeä rooli sanoittaa lapselle mahdollisia tuntemuksia ja opastaa sosiaalisten taitojen kehittämisessä. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 59–60.)

Salainen rakkaus johtaa harvoin parisuhteeseen ja jää usein rakkauden kohteelta täysin tietämättömäksi. Porras on kuitenkin tärkeä itsetutkiskelun aika, jolloin tutustutaan rakastumisen vaikutuksiin omassa kehossa ja mielessä. Tämä tutkiskelu valmistaa seuraavalle portaalle, jolla jo paljastetaan ihastus kaverille.

Tuttu ja kaverille kerrottu

Neljäs porras ajoittuu noin 9–14 vuoden ikään. Lapsi uskaltaa puhua rakkaudentunteestaan luottamilleen ystäville tai perheenjäsenille. Lapsi opettelee yhteisön malleja siitä, kuinka puhua hellistä tunteista ja milloin on sopiva ikä rakastua. Lapsi myös kuuntelee luotettujensa mielipiteitä eikä enää käsittele asiaa vain yksin. Ympäristön reaktioiden myötä lapsen itsetunto vahvistuu ja hänen rohkeutensa kasvaa. Lapsi alkaa uskoa kelpaavansa parisuhteen osapuoleksi. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 62.)

Tässä vaiheessa ystävyuden merkitys on tullut suureksi. Lapsi ottaa ystävän jo niin lähelle, että jakaa haavoittuvan tunne-elämänsä tämän kanssa ja ottaa vastaan mielipiteitä ihastuksen sopivuudesta. Nuori saattaa myös kertoa kuvitelluista seurustelusuhteista, jopa seksikokemuksista. Näissäkin tapauksissa ystävien myötäeläminen vahvistaa nuoren itseluottamusta siitä, että jonain päivänä se saattaisi olla totta. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 64–65.)

Tykkään sinusta

Viidennellä portaalla lapsen ollessa noin 10–15-vuotias, hän uskaltaa kertoa ihastuksen- tai rakkaudentunteestaan tunteiden kohteelle ja kestää sen, että rakastettu tietää hänen tunteistaan. Lapsi on valmis ottamaan vastaan myös sen, että ihastus ei vastaa tunteeseen. Tällä portaalla tapahtuvat yleensä myös murrosiän kehon muutokset.

Kun omista tunteista on opeteltu puhumaan läheisille, ollaan nyt valmiita puhumaan suoraan tunteiden kohteelle. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 79.) Vanhempien tehtävä on antaa nuorelle pohdintoja siitä, miten omaa kypsyyttä ja valmiutta voi arvioida ja miten seurustelusuhteessa toimitaan syvyyttä ja turvallisuutta arvioiden. Lapsen kanssa olisi hyvä keskustella negatiivisista kokemuksista ja rohkaista kohti uusia yrityksiä, vaikka edellinen ei olekaan onnistunut. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 89–90.)

Nykyaikana nettirakkaudet tuovat haasteita seksuaalisuuden turvalliseen kehittymiseen. Tutustuminen internetissä mahdollistaa sen, että voidaan jopa ihastua, vaikka ei olla tavattu ollenkaan kasvokkain (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 90). Haasteena tässä on se, että internetissä voi luoda täysin kuvitteellisen hahmon, joka ei vastaa todellisuutta lainkaan ja lasta tulisikin opettaa varovaisuuteen tämän suhteen. Netissä jää myös kokonaan pois sanaton viestintä, joka on merkittävä osa kommunikointia. Herkkyyden ja hämmennyksen antama suoja todellisessa elämässä suojaa lasta ryhtymästä sellaisiin tekoihin, joihin hän ei ole vielä valmis. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 90–91.)

Käsi kädessä

Kuudennella portaalla ihastunut lapsi tai nuori uskaltaa jo tavoitella tunteesta kertovaa kosketusta. Tämä porras saavutetaan yleensä 12–16-vuotiaana. Kosketus voi sisältää lukuisia tunteita, pieniä ja suuria, ja pelkkä käsien yhdessä pitäminen tuo riittävän tyydytyksen. Jos oman kehityksen aikatauluun kuuluvat jo seksuaaliset kiihottumiset, voi-

daan näitä jännitteitä purkaa itsetyydytyksen keinoin. (Korteniemi-Poikela & Cacciato-re 2010, 93.) Ihastumisen tunne on tässä vaiheessa yhteinen ja siitä halutaan julkisesti kertoa. Seurustelu tuntuu hyvin jännittävältä ja hämmentävältä. Kaipuu kosketukselle on jo selvä. Esille tulevat läheisyyteen liittyvät säännöt. On tärkeää muistaa, että jokaisella on itsemääräämisoikeus oman kehonsa suhteen, eikä ketään saa painostaa mihinkään, mihin tämä ei ole halukas. Kumppanin kehitysvaihe voi olla täysin eri kuin oma, eikä se riipu suoraan iästä. Lähekkäin olo saa aikaan sähköisen tunteen, joka ei kuitenkaan ole vielä eroottista. Omassa rauhassa yksin unelmoiden ja haaveillen nuori käsittelee omia seksuaalisia tunteitaan ja voi kokea niistä kiihottumista. Tällä portaalla opetellaan niin toisen ihmisen lähellä pitämistä kuin etäisyydenkin säilyttämistä. (Korteniemi-Poikela & Cacciato-re 2010, 97–100.)

Tällä portaalla eteen tulevat pettymykset valmistavat aikuisuuteen, vaikka herättävätkin voimakkaita tunteita. Aikuisuutta varten on opittava itkemään itkut ja suremaan surut. Tunteiden käsittelyyn tarvitaan vielä tukea ystävilta ja vanhemmilta. Nuoren tunnetta ei saa vähätellä vaan vanhemman tulisi kuunnella, rohkaista ja johdattaa nuorta tarttumaan pieniin asioihin, joiden kautta hän pääsee takaisin normaaliin elämänrytmiin ja rutiineihin kiinni (Korteniemi-Poikela & Cacciato-re 2010, 104). Tämä vaihe on tärkeä identiteetin kehittymisen vuoksi. Nuori on vielä hyvin itsekeskeinen ja keskittyy paljon omiin taitoihinsa osoittaa rakkautta toiselle. Vielä tässä vaiheessa ei ole valmiuksia ajatella, mitä toinen osapuoli haluaisi ja tarvitsisi.

Suudellen

14–18-vuotiaana nuori nousee portaalle, jolla ihastumisen ja rakastumisen lisäksi herää halu suutelemiseen. Seksuaalinen kiihottuminen nousee muiden suurten tunteiden rinnalle. Aikaisempien portaiden hämmennys alkaa hälventymään ja sen rinnalle nousee rohkeus ja kyky jakaa tunteita rakkaan kanssa. (Korteniemi-Poikela & Cacciato-re 2010, 107–108.) Nuorelle on hyvä tehdä selväksi, missä menee yksityisyyden raja seksuaalisuuteen tutustuttaessa. Tästä eteenpäin seksuaalisuuden ilmenemismuodot menevät yksityisemmiksi eikä niitä ole tarkoitus jättää muiden silmille nähtäväksi. (Korteniemi-Poikela & Cacciato-re 2010, 110.) Tunteen tasolla tällä seitsemännellä portaalla on ominaista, että nuori osaa osoittaa rakkaudentunteita kosketuksella ja ottaa vastaan kumppaninsa tunneilmaisua kosketuksen kautta (Korteniemi-Poikela & Cacciato-re 2010, 112).

Mikä tuntuu hyvältä

Kahdeksannella portaalla, noin 15–20-vuotiaana, rohkaistutaan jakamaan seksuaalista nautintoa kumppanin kanssa kosketuksen kautta. Ihmisellä on tässä vaiheessa valmiudet kuunnella itseään ja arvioida omaa kypsyyttään seksuaalisessa kontaktissa. Biologian kerroksella hän on saavuttanut kyvyn säädellä kehonsa reaktioita voimakkaassa kiihottumisessa ja vietti-impulssien myrskyssä. Tällä portaalla tavoitellaan jo itse seksuaalista nautintoa ja opetellaan seksuaalisten viestien tulkintaa ja kommunikaatiota. Pääpainona ei enää ole vain omien tunteiden ja fyysisten halujen tyydytys, vaan myös halu tehdä hyvää toiselle osapuolelle. Koska seurustelu on käynyt intiimimmäksi, petetyksi ja jätetyksi tuleminen on yhä suurempi haaste. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 122.) Vaikka seksuaalinen kosketus on tässä vaiheessa huumaavaa, ei yhdyntä ole vielä tavoite eikä tarkoitus. Itsetunto kehittyy, kun nuori saa kokea turvallisesti ja vastavuoroisesti rakkaansa osoittamaa hyväksyntää omaa kehoaan, sen yksityisiä alueita ja omia sukupuolielimiään kohtaan. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 132.)

Rakastella

Yhdeksännellä eli viimeisellä portaalla, keskimäärin 16–25-vuotiaana, nuori alkaa olla niin sinut oman kehonsa ja sen seksuaalisuuden kanssa, että hän sekä hallitsee viettinsä että pystyy rentoutumaan. Hän osaa jo viestiä kumppanilleen seksuaalisista toiveistaan ja tulkita kumppanin viestejä. Hän myös tunnistaa ja osaa kunnioittaa rakasteluun liittyviä normeja ja rajoja ja on kartuttanut tietouttaan rakasteluun liittyvistä seurauksista. Nuori on myös valmis voittamaan rakasteluun liittyviä pelkoja sekä kantamaan vastuuta. Sekä tunteen, biologian että järjen tasoilla on yhtäläinen valmius jatkaa aikuisuuteen. (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2010, 135–136.)

3.4.3 Seksuaalioikeudet Suomessa

Monet kansainväliset järjestöt, muun muassa World Health Organization, World Association of Sexology ja International Planned Parenthood, ovat määritelleet maailmanlaajuiset seksuaalioikeudet YK:n ihmisoikeusjulistuksessa määriteltyjen periaatteiden mukaisesti. (Väestöliitto 2017d; Ihmisoikeudet.net 2017.) Seksuaalioikeuksia määritelleet tahot vaativat myös valtioita ottamaan vastuun lainsäädännöstä, jolla turvataan jokaisen seksuaalioikeudet. Lyhyesti sanoen seksuaalioikeudet turvaavat jokaisen oi-

keuden toteuttaa omaa seksuaalisuuttaan ja asettavat jokaisen velvollisuudeksi kunnioittaa muiden seksuaalisuutta. Näitä oikeuksia ovat esimerkiksi kehon ja mielen koskemattomuus, seksuaalinen suuntautuminen, naimisiinmeno, ihmissuhteiden solmiminen sekä lasten saaminen. Seksuaalioikeudet käsittävät myös lisääntymisterveyden. (THL 2017d; Väestöliitto 2017d.) Ihmisoikeudet.net-sivuston mukaan seksuaalioikeudet voidaan jakaa seitsemään keskeisimpään oikeuteen. Nämä oikeudet ovat oikeus omaan seksuaalisuuteen, oikeus tietoon seksuaalisuudesta, oikeus suojella itseään ja tulla suojelluksi, oikeus seksuaaliterveyspalveluihin, oikeus tasa-arvoon ja syrjimättömyyteen, oikeus yksityisyyteen sekä oikeus vaikuttaa. (Ihmisoikeudet.net 2017.)

Suomessa lukuisat lait pyrkivät turvaamaan ja edistämään jokaisen seksuaalioikeuksia. Näitä lakeja ovat muun muassa terveydenhuoltolaki (1326/2010), tartuntatautilaki (583/1986), rikoslaki (1889/39) ja valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (338/2011). Amnestyn mukaan Suomen lainsäädäntö ei täysin turvaa jokaisen seksuaalioikeuksia. Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta (563/2002) asettaa muun muassa steriloinnin yhdeksi ehdoksi sukupuolenkorjausleikkaukseen pääsyyn. Amnestyn mukaan tämä rikkoo ihmisen itsemääräämisoikeutta ja altistaa henkilön nöyryykselle. Suomi on Pohjoismaista viimeinen maa, joka ei ole poistanut steriloinnin pakollisuutta lainsäädännöstään. (Amnesty 2017.)

THL:n mukaan maahanmuuttajille seksuaalioikeuksista puhuttaessa tulee käsitellä muun muassa seuraavat asiat: Suomessa vallitseva naisten ja miesten tasa-arvo, lasten kurittamisväkivallan laittomuus, jokaisen oikeus seksuaalisuuteen ja sen toteuttamiseen lain rajoissa, koulussa järjestettävä seksuaalikasvatus, seksuaalivähemmistöjen olemassaolo sekä seksuaalisuutta loukkaavan väkivallan laittomuus. Maahanmuuttajataustaisten lähtömaassa seksuaalioikeudet ja sukupuolten välinen tasa-arvo voivat toteutua hyvin eri tavalla, joten on tärkeää, että maahanmuuttajille tarjotaan seksuaaliterveyskasvatusta kulttuurisensitiivisesti ja omalla äidinkielellään. (THL 2017d.)

3.4.4 Yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy

Castanedan ym. (2012, 244) tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa osoittaa, että tutkituissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä naisten osallistuminen rintasyöpäseulontoihin oli harvinaisempaa kuin suomalaisnaisilla. Somalitaus-

taiset naiset osoittautuivat osallistuvan kaikkein vähiten yleisiin terveystarkastuksiin sekä seulontatutkimuksiin.

Suomessa rintasyöpäseulontaan kutsutaan kaikki 50–69-vuotiaat naiset kahden vuoden välein. Kutsu saapuu kotiin kirjeitse noin 2–3 viikkoa ennen kuvauksia. Kutsusta selviää kuvausten aika ja paikka. Aika pitää varata itse vain siinä tapauksessa, jos henkilöllä on turvakielto eli hänen osoitetietojaan ei saa turvallisuussyistä välittää väestötietojärjestelmästä muille kuin viranomaisille. Seulontaan tarvitaan mukaan henkilöllisyystodistus. (STM 2017b; Turun kaupunki 2017.) Seulonta järjestetään mammografia- eli röntgentutkimuksena. Mammografiakuvat otetaan rinnoista kahdesta suunnasta. (Syöpäjärjestöt 2017.)

Kohdunkaulan syövän seulaan puolestaan kutsutaan 30–65-vuotiaat naiset viiden vuoden välein (Turun kaupunki 2017). Kohdunkaulan syövän seulontaan kutsuminen tapahtuu samalla periaatteella kuin rintasyöpäseulontaan kutsuminen. Seulonta suoritetaan gynekologisen irtosolunäytteen avulla, josta tehdään papa- tai HPV-testi. Näistä papa-testi on yleisempi. (Syöpäjärjestöt 2017.)

Rintasyöpä

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa. Koska syövästä selviytymisen ennuste on sitä parempi mitä aikaisemmin syöpä todetaan, on seulontoihin osallistuminen tärkeää. Rintasyövän yleisin ensilöydös on kyhmy rinnassa. (Vehmanen 2017.) Tämän vuoksi rintojen omatarkkailu on tärkeää. Muita ensilöydöksiä ovat esimerkiksi rinnan tai nännin koon, värin tai muodon muutos, kirkas tai verinen erite nännistä, ihomuutokset, rinnan sisäänpäin vetäytyminen, kuoppa ja haavaumat. (Satakunnan Syöpäyhdistys 2017.) Nopea pääsy hoitoon kasvattaa selviytymismahdollisuuksia (DeSantis ym. 2015; Vehmanen 2017).

Rintasyöpä on myös maailmanlaajuisesti naisilla yleisin. Syöpälöydöksiä ja -kuolemien määrä on kasvanut kehitys- ja kehittyvissä maissa populaation kasvun ja ikääntymisen vuoksi. Myös riskitekijät, kuten ylipaino ja vähäinen fyysinen aktiivisuus, ovat lisääntyneet. Kehitysmaissa ongelmana on myös se, että rintasyöpää ei välttämättä havaita ajoissa eikä kaikkien naisten ole mahdollista saada lääkitystä. Näistä syistä rintasyövän aiheuttama kuolleisuus on kehitysmaissa suurempi kuin esimerkiksi Suomessa. (DeSantis ym. 2015; Torre ym. 2015.)

Rintojen omatarkkailu

Rinnoissa tapahtuu iän myötä ja kuukautiskierron eri vaiheissa muutoksia, joista ei tarvitse huolestua. Jos rintojen muutokset kuitenkin huolestuttavat, on hyvä tutkituttaa rinnat terveydenhoitajalla tai lääkäriellä. (Tunne rintasi 2017.)

Rintoja tulee tarkkailla kerran kuukaudessa heti kuukautisten jälkeen (Ilman syöpää 2017). Omatarkkailussa on kaksi vaihetta: katselu ja tunnustelu. Rintoja katsellaan peilistä ensin edestä kädet alhaalla, jonka jälkeen kädet nostetaan ylös ja taas katsellaan. Tämän jälkeen käännytään sivulle, ja katsellaan rintoja taas ensin kädet alhaalla ja sitten ylhäällä. Katsotaan myös rinnan alle. Huomiota kiinnitetään rintojen kokoon, muotoon, muutoksiin ihossa ja nännissä. Lisäksi varmistetaan nänniä varovasti puristamalla, ettei sieltä tule nestettä. (Tunne rintasi 2017.)

Molemmat rinnat tunnustellaan selällään maaten käsi kylkeä vasten, käsi nostettuna ylös ja käsi ojennettuna suoraan sivulle. Rinnat palpoidaan sormet suorina ja yhteen liitettynä, ja rinta käydään läpi kehämäisesti kiertäen lohko lohkolta. Palpointi suoritetaan myös kyljestä ja kainaloista läheltä rintaa. (Tunne rintasi 2017.) Omatarkkailulla nainen oppii tuntemaan rintansa hyvin ja havaitsee harjoittelun tuloksena muutokset rinnoissa.

3.5 Ryhmänohjaus

Ryhmässä toimiminen on kaikille ihmisille tuttua, jopa luontaista; Yhteenkokoontumista ohjaa halu jakaa ilot, surut ja ongelmat. Vaikka ryhmätoiminta onkin luonnollista, se ei ole aina helppoa. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 12.) Ryhmätyöskentelyn parasta antia on toisilta oppiminen. Ihmislaji pystyykin muita paremmin omaksumaan tietoa, taitoa ja tapoja muilta yksilöiltä (Kopakkala 2005, 28). Kirjassa Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla (Vilen ym. 2002, 202–204) kuvataan ryhmän hoitavia tekijöitä. Näitä ovat muun muassa tiedon jakaminen, ryhmään kuuluminen, avautuminen ja hyväksyntä, toivon herättäminen ja löytyminen, samankaltaisuuden kokeminen, toisen auttamisen kokemus, ihmissuhdetaitojen ja sosiaalisten taitojen oppiminen sekä sosiaalinen tuki.

Satunnaisessa ihmisryhmässä, porukassa, toimiminen on erilaista kuin varsinaisessa ryhmässä, tiimissä. Satunnaisessa ryhmässä osallistujien henkilöllisyydet voivat jäädä tuntemattomiksi ja yleensä niissä toteutetaan vain yksilöllisiä tavoitteita. (Kopakka-

la 2005, 32.) Kirjallisuudessa ryhmän tunnusmerkkejä ovat muun muassa koko, tarkoitus, rajat, säännöt, vuorovaikutus, työnjako, roolit ja johtajuus (Kopakkala 2005, 36; Kaukkila & Lehtonen 2007, 13).

Ryhmällä on aina oma tehtävänsä, ja ryhmänohjaajalla on aina oltava selvä käsitys siitä, mikä on ryhmän perustehtävä eli punainen lanka. Osallistujien kannalta on merkityksellistä tietää, millainen ryhmän rakenne on: onko se suurryhmä, suljettu, toiminnallinen, hoidollinen, keskustelu- tai esimerkiksi sururyhmä. (Vilen ym. 2002, 205–210; Kaukkila & Lehtonen 2005, 15–18.)

Ryhmänohjaajan taidoilla on merkittävä rooli ryhmän toimivuuden kannalta. On ryhmänohjaajasta kiinni, saavuttaako ryhmä tiimivaiheen vai ei. (Kopakkala 2005, 88.) Ryhmän ohjaaminen ei liity persoonallisiin ominaisuuksiin eikä kukaan yleensä ole automaattisesti hyvä ryhmänohjaaja. Ryhmänohjaus on käytännön taito, jonka oppii vain ryhmiä ohjaamalla. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 58; Heinonen ym. 2015, 11.) Ryhmänohjaajat ovat kaikki omia persooniaan, mutta heidän toivotaan lisäksi olevan muun muassa luotettavia, kannustavia, empaattisia, oikeudenmukaisia ja pitkäjänteisiä (Kaukkila & Lehtonen 2007, 58–59).

Sen lisäksi, että ryhmänohjaaja huolehtii, että jokaisella ryhmäläisellä on ryhmässä hyvä olla, on huolehdittava ryhmän toiminnalle välttämättömistä tehtävistä. Suunnan näyttäminen, päätösten tekeminen ja visioiden luonti ovat avainasemassa. Ilman suunnannäyttäjää ryhmän jäsenet erkaantuvat toisistaan. Sisäisellä organisoinnilla ryhmänohjaaja mahdollistaa työnjaon: kukin saa tehdä mitä parhaiten osaa eikä päällekkäisyyksiä synny. Ohjaajan on myös tärkeä antaa ryhmäläisille palautetta, jotta ryhmäläiset saavat tietää, toimivatko he ryhmän parhaaksi ja tehtäviä edistävästi. Resurssien hankkiminen on ohjaajan tehtävä ja välttämätöntä ryhmän olemassaololle. Ilman riittäviä resursseja ryhmä hajoaa. Lisäksi tehtävänä on riittävän tiedon välittäminen niin ryhmän sisäisestä tilanteesta kuin ulkoisista olosuhteista. Avoin kommunikointi ja selkeä delegointi pitävät ryhmän raiteillaan. (Kopakkala 2005, 89.)

3.5.1 Ammatillinen ohjaaminen

Hoitotyössä ohjaus mielletään ammatilliseksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa kaksi asiantuntijaa toimii tasavertaisina vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Ohjaustilanteissa hoitaja edustaa sairaanhoidon asiantuntijaa ja asiakas oman elä-

mänsä asiantuntijaa. Ohjauksen synonyymeinä voidaan pitää opetusta, neuvontaa ja tiedon antamista. Usein myös terveysneuvonta, potilasohjaus ja potilasneuvonta - käsitteitä käytetään samassa tarkoituksessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 5; Jaakon- saari 2009, 8–10.)

Pääpiirteissään ohjausprosessin kulku seuraa hoitoprosessin kaavaa: 1) ohjauksen tarpeen määrittely, 2) ohjauksen kulun suunnittelu, 3) ohjauksen toteutus ja 4) ohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden arviointi (Hallila 1998, 14). Ohjaukseen vaikuttaa sekä ohjaajan että ohjattavan taustat, joiden mukaan myös ohjauksen sisältö ja tavoitteet määräytyvät. On tavallista, että ohjauksen sisältö ja tavoitteet muuttavat muotoaan ja tarkentuvat edelleen ohjauksen edetessä. (Vilen ym. 2002, 30; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 5.)

Hoitoprosesseissa on aina kyse muutosprosessista, joka herättää usein vastarintaa. Vastarinta on ilmiö, jossa ihminen vastustaa omaa muuttumistaan tiedostamattomien tai esitietoisien merkityskokemuksien noustessa pintaan, mikäli ne ovat jollain tapaa epämiellyttäviä tai uhkaavia. Vastarintaa voidaan pitää sekä negatiivisena että positiivisena asiana. Toisaalta vastarinta estää, vastustaa ja hidastaa hoidon päämääriä, toisaalta sen avulla saadaan lisää aikaa sopeutua muutokseen, jolloin muutokseen liittyvä ahdistus pysyy siedettävissä rajoissa. (Vilen ym. 2002: 85–86.) Terveysneuvonnassa tilanne on samanlainen: asiakkaalle on vuosien saatossa muodostunut omat tavat, luulot ja uskomukset aiheesta, jota neuvonta käsittelee. Neuvonnassa tarjotaan toimintaa, näkemystä tai ideaa toiselle joko selkeän suosittamisen, lievemman ehdottamisen tai mahdollisesti hyödyllisen tiedon tarjoamisen muodossa. Asiakkaan taustasta ja aiheeseen liittyvistä ajatuksista riippuen neuvot joko hyväksytään, väistetään tai torjutaan avoimesti. (Vehviläinen 2001, 173.)

Kun työntekijä havaitsee vastarintaa, on hyvä antaa asiakkaalle tilaa ja aikaa, jolloin vastarinta voi lieventyä itsestään. Tärkeää on ylläpitää vastustuksesta huolimatta hyväksyvä ja asiakasta ymmärtävä ilmapiiri. Tilanne voidaan saada laukeamaan osoittamalla, että työntekijä huomaa vastustuksen sekä selventämällä aihetta lisää. (Vilen ym. 2002, 85–93.)

3.5.2 Monikulttuurisen ryhmän ohjaus

Ryhmän ohjaus on monikulttuurista silloin, kun ohjaaja tai ohjattava tulevat eri kulttuureista, edustavat eri etnistä ryhmää tai puhuvat eri kieltä äidinkielenään. Usein ohjauksessa käytetään myös tulkkia. Kulttuurit voidaan jakaa karkeasti kahteen ryhmään: yhteisökeskeiseen itämaiseen kulttuuriin sekä yksilökeskeiseen länsimaiseen kulttuuriin (Puukkari & Taajamo 2007, 17).

Monikulttuuriseen ohjaukseen kuuluu olennaisesti kulttuurien, ohjaajan ja kuulijan, välillä käytävä dialogi. Kulttuurienvälinen dialogi on parhaimmillaan sitä, että vähintään kahden kulttuurin jäsenet voivat avata toisilleen omaa kulttuuriaan ja oppia toisten kulttuurien jäsenten kautta uusia tapoja tarkastella omaa kulttuuriaan sekä oppia uusia kommunikointitapoja. Näin voidaan muokata uudenlaista monikulttuurisuutta, jossa ei vain hyväksytä kulttuurien eroja vaan luodaan yhdessä uudenlaista kulttuuria. (Puukkari & Taajamo 2007, 17.)

Yllä mainittu kulttuurienvälinen vuoropuhelu kuvaa kulttuurisensitiivistä lähestymistapaa hyvin. Kulttuurisensitiivisyyden ydin on halu, kyky ja herkkyys ymmärtää eri taustoista tulevaa ihmistä (THL 2017e). Tärkeää on myös kulttuurien erityispiirteiden huomiointi sekä ymmärrys siitä, että kulttuuri on etnisyyden lisäksi uskomuksia, arvoja, normeja, rituaaleja sekä symboliikkaa. Oma kulttuuri on jokaiselle itsestäänselvyys, ja eron huomaakin vasta, kun oma kulttuuri törmää toiseen. (Kunelius 2015, 10.) Näiden asioiden tiedostaminen on siis äärimmäisen tärkeää monikulttuurista ryhmää ohjattaessa.

Tulkkaus

Vieraskielisen asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen kommunikaatio on haaste: Kuinka saada viesti perille ilman yhteistä kieltä? Kommunikaatiota pidetään laadukkaana, mikäli työntekijä on joustava ja vuorovaikutuksellisesti luova. Myös uskallus näyttää oma epävarmuus sekä uskallus pyytää kollegalta apua auttavat ratkaisemaan kommunikaatiovaikeuksia. Hyvin toimivaa yhteistyötä tulkkipalveluiden kanssa pidetään peruslähtökohtana vieraskielisen asiakkaan laadukkaassa hoitotyössä. (Suokas 2008.)

Parhaimmillaan tulkki toimii hoidon mahdollistajana ja hoidon laadun turvaajana, mutta käytännössä tulkkaus ei aina toimi niin. Tutkimuksissa nousee esiin seuraavanlaisia tulkkauksen ongelmia: ammattitaitoisten tulkkien puute, tulkin käyttämisestä puuttuva kokemus, tulkin suomen kielen taito tai palvelujen tuntemus vaihtelee, tulkkauksesta

vastaa perheenjäsen ja että tulkkia ei haluta tai osata vaatia. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta [ETENE] 2004, 31–32; Airola 2013, 66.)

Asioimistulkin ammattia ei 1990-luvun puoliväliin saakka valvottu juuri mitenkään, joten siihen asti tulkkausta saattoi tehdä kuka tahansa (Leinonen 1998). Sittemmin asioimistulkin ammattitutkintoa alkoi säännellä Ammattitutkintolaki (306/1994). Tavoite on, että mahdollisimman moni tulkkinä työkentelevä suorittaisi asioimistulkin ammattitutkinnon, joka todistaisi pätevyyden. Nykyisiin ammattitaitovaatimuksiin kuuluu tulkin roolin ja etiikan ymmärrys, tulkkauskielten sekä -kulttuurien hallinta ja tulkattavien alojen ammattisanaston, fraseologian, tulkkaustekniikan ja -tilanteen hallinta. (Leinonen 1998.)

Tulkkipalvelut ovat kertakustannuksena kalliita, mutta pitkällä aikavälillä tarkasteltuna ne aikaansaavat huomattavia säästöjä. Säästöjä kertyy uusintakäyntien vähenemisestä, jatkohoidon sujumisesta ja potilaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja terveyden parantumisesta. Potilaan kokemus hyödyllisestä hoidosta koostuu näiden asioiden lisäksi myös kulttuurista ja sen arvoista. Ilman kulttuurin tuntemusta hoidettu potilas voi kokea itsensä huonosti kohdelluksi sekä huonosti ymmärretyksi. (ETENE 2004, 11.) Toisaalta on käynyt ilmi, että maahanmuuttajat eivät pidä opeteltua kulttuuritietoutta lainkaan niin tärkeänä, mikäli hoito muuten on ystävällistä ja he saavat avun hakeamaansa terveysongelmaan (Airola 2013, 69). Näiden tulosten valossa voinee siis todeta, että tulkin mukana tuoma kulttuurintuntemus on positiivinen lisä, muttei lainkaan ainoa hoidon onnistumista määrittävä tekijä.

Asioimistulkin ammattisäännöstö ohjeistaa, että tulkki on vaitiolovelvollinen eikä hän saa käyttää väärin mitään tulkkauksen yhteydessä tietoonsa saamaansa asiaa, aivan kuten Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ohjaa terveydenhuoltohenkilöstön salassapitovelvollisuutta. Tulkkeja ohjeistetaan myös kieltäytymään toimeksiannosta, mikäli he kokevat puutteita pätevyyydessä tai jos kokevat olevansa jäävejä. Asiallinen tulkkaus ei sisällä mitään asiaankuulumatonta, eikä siitä voi jäädä mitään sanottua pois. Säännösten mukaan tulkin on oltava puolueeton ja ulkopuolinen, eikä hänen henkilökohtaiset asenteensa tai mielipiteensä saa vaikuttaa työhön. (Suomen viittomakielen tulkit ry 2013.)

Tutkimuksen (Katajisto 2009) mukaan suurimmalla osalla potilaista ei ole vaikeuksia suhtautua tulkin läsnäoloon, mutta erityisesti mielenterveyspotilaiden oli vaikeampi luottaa tulkkiin. Toisessa tutkimuksessa (Suokas 2008) todettiin vieraskielisen potilaan

integroitumisen yhteiskuntaan lisäävän luottamusta viranomaisiin sekä muun muassa terveydenhuollon salassapitovelvollisuuteen.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö, joka koostuu kahdesta osiosta: tuotos ja kirjallinen osuus. Toiminnallinen opinnäytetyö on kehittämishankkeen kaltainen, sillä myös hankkeen lopputuloksena syntyy tuotos. Tässä opinnäytetyössä tuotoksena oli neuvontatapahtuma, joka on osa MARJAT-hanketta. Opinnäytetyö eteni noudattaen lineaarista mallia, joka alkoi tavoitteen määrittelyllä ja opinnäytetyön suunnittelulla (Salonen 2013, 15). Kun suunnitelma oli hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma -seminaarissa, edettiin neuvontatapahtuman toteuttamiseen. Asiakasryhmään tutustuttiin etukäteen käymällä Opetuskoti Mustikassa, jossa kartoitettiin tulkkien tarvetta sekä tiedusteltiin asiakkaiden toiveita tulkin käytön suhteen. Lisäksi käynnin tarkoituksena oli luoda hyvä vuorovaikutussuhde jo etukäteen, koska neuvontatapahtuman aihe oli arka luontoinen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Opetuskoti Mustikkaan toimitettiin hyvissä ajoin mainosjuliste (liite 1), jolla pyrittiin herättämään mielenkiintoa tapahtumaa kohtaan. Neuvontatapahtuman jälkeen kirjoitettiin raportti, jota käsiteltiin opinnäytetyön raportti -seminaarissa. Tämän jälkeen opinnäytetyö arvioitiin ja prosessi päättyi. (Salonen 2013, 15, 19.)

4.1 Toiminnallisen osuuden suunnittelu

Alkuperäinen tehtävänanto oli toteuttaa kolmesta viiteen neuvontapäivää pop up -tyyliin Opetuskoti Mustikassa. Opetuskoti Mustikan henkilökunnan kanssa oltiin tiiviisti yhteydessä jo suunnittelun alusta alkaen. Mustikan henkilökunta ehdotti aiheeksi seksuaalineuvontaa, sillä heidän kokemuksensa mukaan Mustikan asiakkaat hyötyisivät kyseisestä aiheesta. Myös tutkimustieto osoitti maahanmuuttajien puutteet seksuaaliterveyden osa-alueilla (Castaneda ym. 2012, 118–120, 134, 244; THL 2017a). Aihe valikoitui täten nopeasti maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveysneuvonnaksi. Ajatus useasta pop up -neuvontapäivästä kumoutui, sillä Opetuskoti Mustikassa käy viikoittain lähes sama asiakaskunta. Myös tulkkikustannukset olisivat liian suuriksi usean neuvontapäivän myötä. Pop up -tyyli kumoutui pikkuhiljaa, sillä se ei olisi ollut käytännöllistä opinnäytetyön tiedonhaunkaan näkökulmasta. Tarkoituksenmukaisempaa oli suunnitella valmis sisältö neuvontatapahtumaan. Toiminnallinen päivä järjestettiin nuorisotalo Huudissa lokakuussa 2017 suunnitelman mukaisesti.

4.2 Neuvontatapahtuman toteutus ja arviointi

Tapahtumalle oli varattu aikaa kaksi ja puoli tuntia. Osallistujia oli tapahtuman alkaessa paikalla kuusi. Yksi Mustikan työntekijöistä lähti tässä vaiheessa hakemaan Opetuskodin tiloista paikalle lisää osallistujia, joita myöhemmin saapuikin vielä kahdeksan. Tapahtuman aluksi tulkki ja opiskelijat esiteltiin osallistujille. Orientoituminen päivän aiheeseen aloitettiin tehtävällä, jossa pohdittiin erilaisia tunteita sekä sitä, missä mikäkin tunne fyysisesti vartalossa voisi tuntua. Seinälle oli kiinnitetty kuvia vartalon eri osista ja osallistujat siirtyivät kunkin tunteen kohdalla paikkaan, jossa itse kokevat kulloisenkin tunteen tuntuvan. Tätä tehtävää käytettiin johdantona seksuaalisuus-käsitteen avaamiseksi ja pohjustukseksi päivän teemaan. Tässä välissä osallistujille kerrottiin päivän kulku sekä pienryhmien aiheet. Aiheen arkaluontoisuuden vuoksi alusta alkaen korostettiin vaitiolovelvollisuuden merkitystä ja painotettiin, että mikäli pitää jotakin aiheista liian epämiellyttävänä, voi poistua tai siirtyä seuraavan pienryhmän mukaan. Tämä osio pidettiin lyhyenä, noin 15 minuuttia, jotta aikaa jäi enemmän pienryhmäosiolle.

Pienryhmätyöskentely ja sen arviointi

Yhteisen osion jälkeen osallistujat jaettiin pienryhmiin kieliryhmittäin sekä kaveripiireittäin. Seksuaaliterveys on aiheena herkkä ja siitä tulisi puhua kielellä, jota ihminen ymmärtää hyvin (Väestöliitto 2009). MARJAT-hanke oli varautunut budjetissaan tulkkipalveluiden tarpeelle. Tutustumiskäynnillä Opetuskoti Mustikassa osa somaliasiakkaista toivoi tulkkia, joten mukaan oli varattu yksi somalin kielen naistulkki. Pienryhmissä kierrettiin neljällä eri pisteellä, joita kutakin piti yksi opiskelija. Pisteiden aiheet olivat ehkäisymenetelmät, seksuaalisuuden portaat, seksuaalioikeudet, sekä yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy, kuten valtakunnalliset seulonnat sekä omatarkkailu. Lisäksi seksuaalioikeuspisteeseen yhdistettiin Opetuskoti Mustikan työntekijöiden toiveesta tyttöjen ympärileikkauksien käsitteleminen. Yhden pisteen kesto oli noin 20–25 minuuttia, jonka jälkeen tapahtui ryhmien siirtymä.

Ehkäisymenetelmäpisteellä (liite 2) käytiin läpi eri ehkäisyvaihtoehtoja, niiden käyttöä ja toimivuutta. Pisteellä kerrottiin faktatietoa menetelmistä ja vastattiin osallistujia askarruttaneisiin kysymyksiin. Pisteellä kysyttiin osallistujien ajatuksia ja suhtautumista ehkäisyyn. Havainnollistavaksi materiaaliksi otettiin pisteelle mukaan kierukka ja mallikohtu, kondomeja, muutama erilainen paketti yhdistelmäehkäisypillereitä ja Turun Ehkäisy-

neuvolasta lainatut mallit ehkäisyrenkaasta, -laastarista sekä -kapselista. Lisäksi esillä oli esitteitä ja tuotelehtisiä. Loppuun jätettiin aikaa kysymyksille.

Ehkäisymenetelmäpisteellä virisi hyvää keskustelua menetelmien luotettavuudesta. Osallistujat olivat hyvin kiinnostuneita erilaisista menetelmistä, ja kyselivät avoimesti lisätietoja eri vaihtoehdoista. Lähes kaikkien ryhmien kanssa keskusteluun nousi myös kuukautiset, normaali kuukautiskierto sekä osaa askarruttaneet tiputteluvuodot ja kiertohäiriöt. Yleisellä tasolla osallistujille kerrottiin normaalista vuodosta ja kierrosta sekä mahdollisista syistä erilaisiin häiriöihin. Osallistujia kuitenkin kehoitettiin hakeutumaan lääkäriin, mikäli oma tilanne vielä mietitytti.

Ehkäisymenetelmäpisteen esittelytapaa muokattiin päivän kuluessa. Orjallinen ja tarkkaan suunniteltu ehkäisymenetelmien esittely ei toiminut puheliiden ryhmien kanssa, joten menetelmät käytiin läpi pääpiirteissään ja sen jälkeen keskityttiin osallistujia kiinnostaneisiin menetelmiin ja yleiseen keskusteluun. Ohjaustilanteen rakenteen muokkaaminen ryhmien tarpeiden mukaan opetti ryhmänvetämisestä paljon. Lisäksi tulkin kanssa työskentely oli hyvä kokemus. Vieraskielisiä osallistujia ohjatessa selkokielellä puhuminen oli haaste, mutta sekin alkoi loppua kohden sujua paremmin.

Seksuaalisuuden portaat -pisteellä (liite 3) konsepti esiteltiin ryhmäläisille havainnollistaen eri vaiheet nukkevauvaa hyödyntäen ja esimerkkejä käyttäen. Liikkeelle lähdettiin vauvan kosketuksen ja hellyyden tarpeesta ja edettiin kronologisesti aikuisuuteen saakka esitellen johdonmukaisesti eri vaiheille tyypillisiä piirteitä. Koko ajan korostettiin seksuaalisuuden portaiden yhteyttä nimenomaan tunne-elämään, itsetuntoon ja normaaliin kehitykseen, vaikka nimi viittaakin seksuaalisuuteen. Mahdollisimman oikean kuvan saamiseksi kielimuurista huolimatta seksuaalisuuden portaita kutsuttiin tapahtumassa lapsesta aikuiseksi -kehittymisen portaitaiksi.

Koska konsepti sisältää paljon asiaa ja oli kuulijakunnalle hyvin vieras kokonaisuus, pisteen esittelytapaa muokattiin eri ryhmien mukaan. Ensimmäisen ryhmän kanssa portaata käytiin läpi porrastetulta portaalta. Näin tehtäessä kului paljon aikaa konseptin läpikäymiseen, asiaa tuli liikaa ja keskustelua taas portaiden välissä liian vähän. Toisen ryhmän kohdalla portaata kerrottiin kronologisessa järjestyksessä, kuitenkin enemmän tarinana kuin portaina. Tämä toimi paremmin, mutta ryhmäläisillä ei ollut riittävästi kieli- taitoa ottaa vastaan kaikkea informaatiota selkosuomenkielestä huolimatta. Kolmannen ryhmän kanssa mukana oli tulkki, mikä helpotti tiedon välittämistä. Koko seksuaalisuuden portaata-konsepti selitettiin aluksi lyhyesti, jonka jälkeen valittiin muutamia esi-

merkkejä kasvun vaiheilta, joista käytiin yhdessä keskustelua. Tämä oli kaikkein selkein tapa varmasti sekä kuulijoille että kertojalle. Lisäksi interaktiivisuutta oli huomattavasti runsaammin, kun kielitaidon puute ei tullut esteeksi. Kaikissa kolmessa ryhmässä käytiin kiinnostavaa keskustelua aiheesta ja kuulijat kyselivät hyviä kysymyksiä ja kertoivat kielitaitonsa mukaan omia kokemuksiaan seksuaalikasvatuksesta ja huomioista omien lastensa suhteen.

Seksuaalioikeuspisteellä (liite 4) aloitettiin tehtävällä, jossa jokainen ryhmäläinen sai paperin, jolle tuli piirtää vartalon ääriviivat. Seuraavaksi ryhmäläisiä pyydettiin värittämään vartalosta värikynällä ne osat, joihin esimerkiksi vieressä istuva tuttava saa koskea ja lyijykynällä osat, joihin ei halunnut tulla kosketetuksi. Tämän tehtävän tarkoituksena oli havainnollistaa seksuaalioikeuksien ydin, eli jokaisen oikeus päättää omista rajoistaan ja myös velvollisuudesta kunnioittaa toisen rajoja. Tehtävä toimi hyvänä keskustelunavaajana ja aiheutti keskustelua ja hyväksyvää nyökyttelyä ryhmäläisten kesken.

Oikeudet jaettiin seitsemään eri osa-alueeseen, joista oli tehty pahville seuraamista helpottavat kyltit. Oikeuksissa käsiteltiin THL:n listaamia maahanmuuttajien kanssa läpikäytäviä asioita seksuaaliterveydestä (THL 2017d). Kyltit luettiin ääneen ja varmistettiin ryhmäläisten ymmärtäneen oikeuksien merkityksen. Toisella ryhmällä ei ollut tulkia käytössä, joten he tukeutuivat paljon kyltteihin kirjoitettuun asiaan ja varmistivat heille tuntemattomien sanojen merkityksen. Molempien ryhmien kanssa keskustelu sujui luontevasti ja naiset kertoivat mielellään, miten seksuaalioikeudet toteutuvat heidän kulttuurissaan. Kerronnassa käytettiin paljon ääripäiden rinnastusta, esimerkiksi "seksuaalioikeudet kuuluvat vauvasta vaariin, miehille ja naisille". Tämä tuntui toimivan hyvin. Ele- ja selkokieli tukivat erityisesti tulkittoman ryhmän kanssa toimimista. Pisteiden lopuksi käytiin läpi tyttöjen ympärileikkausasiaa Opetuskoti Mustikan henkilökunnan toiveesta. Molemmille ryhmille kerrottiin leikkauksen syyt ja leikkaustavat, terveyshaitat, avun mahdollisuus, laittomuus sekä ilmoitusvelvollisuus epäillystä ympärileikkauksesta. Ryhmille näytettiin myös piirretyt kuvat leikkaamattomasta ja leikatusta vaginasta.

Tällä pisteellä kävi vain kaksi ryhmää, mutta molemmille ryhmille pidetyn toiminnan aikana tilassa kävi ihmisiä myös toisista ryhmistä. Molempien ryhmien jälkeen varmistettiin, että ne naiset, jotka kuuluivat vain osan oikeuksista, saivat tarpeeksi tietoa ja ymmärsivät tiivistetysti seksuaalioikeuksien tarkoituksen.

Yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy (liite 5) oli viimeinen neuvontapiste, jossa käytiin läpi rintasyöpä- ja kohdunkaulansyövän seulonnat, seulontakutsut sekä seulontatutkimusten tärkeys. Keskustelu eteni luontevasti selkosuomella rintasyövän oireisiin ja omatarkkailuun. Omatarkkailu demonstroitiin naisille kohta kohdalta mallitorson avulla omatarkkailun teoriaosuudessa kuvatulla tavalla. Naiset saivat suomen- tai somalin-kieliset rintojen omatarkkailuohjeet mukaan kotiin. Naisia muistutettiin moneen otteeseen ottamaan yhteyttä omaan terveysasemaansa, jos rintoihin ilmestyy jotakin tavallisesta poikkeavaa. Lopuksi naiset saivat etsiä palpoimalla mallitorson rinnoista kyhmyjä. Tässä osiossa käytettiin puheen tukena havainnollistavia kuvia, tekstiä, viittomia ja kehon kieltä.

Aikatauluongelmien vuoksi vain puolet osallistujista ehti käydä tällä pisteellä. Vaikka ensimmäisen ryhmän kanssa hyväksi todettu esitysjärjestys ja -tapa toimivat, muiden ryhmien kanssa jouduttiin tiivistämään asian hyvin lyhyeen. Yhdelle ryhmälle seulonnat olivat tuttuja, joten heidän kanssa käytiin läpi lähinnä vain rintasyövän oireita ja rintojen omatarkkailua. Ne, jotka eivät ehtineet pisteelle lainkaan, saivat rintojen omatarkkailuohjeet ovelta mukaan ja heitä muistutettiin ottamaan yhteyttä omaan terveysasemaansa, jos rintoihin ilmestyy jotakin epänormaalia. Koska rintojen omatarkkailukortteja jäi yli niin somaliksi kuin suomeksi, Opetuskoti Mustikan työntekijä sai mukaansa kortteja siltä varalta, että kaikki naiset eivät niitä saaneet.

Asiakaspalautte

Osallistujille oli jaettu tapahtuman alussa palautelomakkeet (liite 6), jotka he täyttivät tapahtuman aikana. Palautelomakkeen kysymyksiin vastattiin hymynaama-asteikolla ja kielitaidon salliessa pyydettiin vastaamaan avoimiin kysymyksiin. Ennen poislähtöä osallistujat palauttivat lomakkeet. Tapahtuman jälkeen kiitettiin osallistujia.

Palautelomakkeita saatiin osin tai kokonaan täytettynä takaisin 12 osallistujalta. Näistä osallistujista viisi oli vastannut ensimmäiseen kysymykseen ”Opitko jotain uutta?”. Kolme heistä sanoi oppineensa ja kaksi oppi vähän. Kaikki, jotka vastasivat neuvontapisteiden yksittäisiin kysymyksiin, kokivat käymänsä pisteet hyödyllisiksi. Ne, jotka osasivat kirjoittaa suomen kieltä, kiittelivät tärkeistä aiheista. He olivat myös tyytyväisiä, että tällaiset aiheet oli valittu, kun näistä harvemmin pääsee keskustelemaan. Neuvontapäivän palaute kerättiin lähinnä opiskelijoiden mielenkiinnon vuoksi ja antamaan karkea palaute päivän onnistumisesta. Syvällisemmin vastauksia ei siis ole tarkoituksenmukaista lähteä analysoimaan tässä opinnäytetyössä.

5 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on laatinut terveydenhuollon ammattiryhmille eettiset ohjeet, joissa edellytetään hoidon nojaavan aina tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen sekä korostetaan vaitiolovelvollisuutta. Lisäksi keskeisiä ohjeita ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja terveyden edistäminen. (ETENE 2001.) Näitä periaatteita pyrittiin noudattamaan kaikissa opinnäytetyön vaiheissa, niin aiheen rajaamisessa ja kohdentamisessa kuin tiedonhaussa ja neuvontatapahtuman käytännön toteutuksessakin.

Luotettavuutta pohdittiin läpi opinnäytetyöprosessin, erityisesti kirjallisen osuuden kohdalla lähdekritiikin muodossa. Tärkeimpänä ohjeistuksena tiedonhaussa käytettiin Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean KATSE-tarkistuslistaa, joka on alun perin luotu helpottamaan internetistä löytyvän lääketiedon luotettavuuden arviointia, mutta jonka kriteerejä suositellaan käytettävän myös muun kirjallisen tiedon arvioinnissa. 'KATSE' on lyhenne, joka koostuu sanoista kirjoittaja, ajankohtaisuus, tarkoitus, sponsorointi ja evidenssi. Näiden kriteerien avulla jokaisesta tekstistä tulee arvioiduksi kirjoittajan asiantuntijuus, tietojen päivittäminen ja ajankohtaisuus, kirjoituksen päämäärä ja tarkoitus, näkökulmaan mahdollisesti vaikuttava sponsorointi sekä se, mihin tieto perustuu ja ovatko viitteet jäljiteltävissä. (Fimea 2017.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty näiden ohjeiden perusteella arvioimaan jokainen valittu lähde luotettavuuden ja ajankohtaisuuden takaamiseksi. Pääasiassa työssä käytettiin 2000-luvun aikaisia aineistoja. Valitettavasti osa tutkimuksista on jo vanhoja, mutta niitä käytettiin tuoreemman tiedon puutteessa.

Lisäksi opinnäytetyössä keskityttiin lähteiden etsinnässä siihen, että ne perustuivat tutkittuun tietoon, mikä on sekä eettisyyden että luotettavuuden näkökulmasta laadun edellytys. Parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä kutsutaankin hoitoalalla näyttöön perustuvaksi toiminnaksi. Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) mukaan parhaalla ajantasaisella tiedolla tarkoitetaan luotettavaa tutkimustietoa tai sen puuttuessa muuta luotettavaksi arvioitua tietoa. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa hyödynnetään myös työntekijän kokemustietoa, tietoa toimintaympäristöstä ja resursseista sekä potilaalta ja asiakkaalta itseltään tai hänen läheiseltään saatua tietoa hänen elämäntilanteestaan ja resursseistaan. (Hotus 2017.) Näyttöön perustuvina päätöksinä tässä opinnäytetyössä olivat esimerkiksi asiakkaiden ja heidän kanssaan työ-

kentelevien Opetuskoti Mustikan työntekijöiden mielipiteiden ja toiveiden huomioiminen aiheen rajaamisessa sekä neuvontatapahtuman sisällön valinnassa.

Opinnäytetyön eettisyyden ja luotettavuuden kivijalkana kaikissa prosessin vaiheissa pidettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) laatimia periaatteita hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Hyvän tieteellisen käytännön periaatteita ovat muun muassa rehellisyys, huolellisuus, tarkkuus ja avoimuus. Opinnäytetyössä sovellettiin myös tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (TENK 2017.) Näihin periaatteisiin nojaten opinnäytetyön lähdeviitteet merkittiin asianmukaisesti ja lähdeluettelo tehtiin huolellisesti.

Maailman Lääkäriliiton WMA:n (World Medical Association) yleiskokouksessa Helsingissä vuonna 1964 hyväksyttiin Helsingin julistus, jonka eettisiä periaatteita tulee noudattaa kaikessa lääketieteellisessä tutkimuksessa. Lisäksi se sopii myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. (Suomen Lääkäriliitto 2017.) Tämä 37-kohtainen ohjeistus sisältää muun muassa yksityisyyden suojan perustelut. Näihin ohjeisiin vedoten neuvontatapahtumaan osallistuneiden asiakkaiden henkilökohtaiset tiedot pidettiin salassa eikä osallistujien henkilöllisyyksiä voi opinnäytetyöstä tunnistaa. Täten myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) toteutui ja vaitiolovelvollisuutta noudatettiin ja noudatetaan myös prosessin päätyttyä.

Opinnäytetyön eettisyyden arvioinnissa käytettiin myös Pietarisen (2002) kahdeksan-kohtaista eettisten vaatimusten listaa tutkimustyölle. Älyllisen kiinnostuksen vaatimus täytettiin aidolla kiinnostuksella opinnäytetyön aihetta kohtaan sekä uuden tiedon etsimisellä. Tämän innostuksen johdosta myös toinen kohta, tunnollisuuden vaatimus, toteutui. Kolmas, rehellisyyden vaatimus sekä viides, ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus koettiin itsestäänselviksi. Neljäs, vaaran eliminoimisen vaatimus, otettiin huomioon muokkaamalla tapahtuman mainosjuliste kulttuurisensitiiviseksi vaihtamalla seksuaali-terveysneuvonnan käsite laajemmin naisen terveydeksi, koska Opetuskoti Mustikan yhteyshenkilö varoitti seksuaalisuus-termin mahdollisesti vaikuttavan negatiivisesti osallistujamäärän. Kuudes, sosiaalisen vastuun vaatimus, huomioitiin ohjauksessa pitäytymällä näyttöön perustuvassa tutkimustiedossa. Seitsemäs vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen, toteutettiin tutustumalla asiakasryhmään etukäteen henkilökohtaisesti, minkä toivottiin edistävän osallistumista tapahtumaan ja näin ollen mahdollistamaan toiminnallisen osuuden tästä työstä. Viimeinen, kollegiaalisen arvostuksen vaatimus, toteutui opinnäytetyössä tasavertaisena työskentelynä.

6 POHDINTA

Suomi on toiminut edelläkävijänä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä luomalla ensimmäisen toimintaohjelman aiheesta vuonna 2007. Toimintaohjelman perusajatus on asiallisen tiedon välitys eri keinoin sekä vastuulliseen seksuaalikäyttäytymiseen kannustaminen. (Valtioneuvosto 2009.) Uusin Edistä, ehkäise, vaikuta -nimeä kantava toimintaohjelma on laadittu vuosille 2014–2020. Toimintaohjelmien taustalla on lukuisia kansallisia tutkimuksia, joiden tulosten perusteella toimintaohjelma on kehitetty. (Klemetti & Raussi-Lehto 2016.) Useasta tutkimuksesta kävi ilmi suuri tarve saada jaettava ajankohtaista tietoa kaikille väestöryhmille seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista. Aivan viime vuosilta oli kuitenkin vaikea löytää tutkimustietoa siitä, miten tässä työssä on tähän mennessä onnistuttu, varsinkaan maahanmuuttajien osalta, mikä oli MARJAT-hankkeen kohderyhmä. Jopa uusin toimintaohjelma käyttää osittain samoja lähteitä kuin aikaisempi. Opinnäytetyön tukena oli siis paljon teoriatietoa ja tutkimuksia 2000-luvun alusta ja sitä aiemmalta ajalta, mutta toisaalta ihan viimeisin tieto puuttui. Niinpä neuvontapäivän suunnittelu ja koko opinnäytetyö tuntui eräänlaiselta pilotoinnilta.

Jo opinnäytetyöprosessin alkuvaiheilla ymmärsimme, että seksuaaliterveys on aiheena valtavan laaja ja sitä on vaikea jyrkästi erottaa lisääntymisterveydestä. Tämän vuoksi rajasimme olemassa olevien tutkimustulosten pohjalta neljä tärkeimmiksi nousutta seksuaali- ja lisääntymisterveyden teemaa aiheeksemme. Pyysimme myös Opetuskoti Mustikan henkilökunnalta mielipidettä aiheajasta pohtiessamme. Heidän pyynnöstään lisäsimme alkuperäiseen suunnitelmaan seksuaalioikeuksien rinnalle tietoa ympärileikkauksista, josta henkilökunta ajatteli olevan hyötyä heidän asiakkailleen.

Syvällinen aiheiden tutkiminen oli viedä meidät opiskelijat mennessään ja tuntui, että tietomäärän rajaaminen oli mahdotonta. Huolimatta jo tehdyistä rajauksista, aihe jäi laajaksi. Tietoa olisi riittänyt neljään erilliseen opinnäytetyöhön. Tasapainoilu riittävän syvällisen, mutta aika- ja kirjoitusrajoituksiin osuvan tiedon välillä oli vaikeaa. Olemme kuitenkin kaikesta huolimatta sitä mieltä, että onnistuimme pitämään valtavan aihealueen hallinnassa ja pääsemään pintaraapaisua syvemmälle. Osallistujia olisi mahdollisesti palvellut kuitenkin enemmän neljä erillistä neuvontapäivää, jolloin kuhunkin aiheeseen olisi jäänyt vielä enemmän aikaa.

Tutkimustietoon syventyneinä meille oli tullut yleismaallinen käsitys maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tilasta ennen neuvontapäivää. Olimme lukeet muun muassa häveliäisyydestä (Bokore 2013, 99; Connor ym. 2016, 352), ehkäisykäytön vähyydestä (Degni ym. 2006; Degni ym. 2008; Castaneda ym. 2012, 134–138; Taghizadeh ym. 2017), eri kulttuurien suhtautumisesta ympärileikkauksiin (Koukkula ym. 2016; THL 2016; 2017c) sekä siitä, että seksuaalisuudesta on vaikea puhua (Isotalo 2015, 133; Connor ym. 2016, 352). Vaikka tiedostimmekin maahanmuuttajien olevan varsin heterogeeninen ryhmä, neuvontapäivä toi mukanaan yllätyksiä teorian ja käytännön kohdatessa. Kansallisella tasolla tutkimukset pitänevät paikkansa, mutta näin pienen osallistujajoukon kohdalla saimme huomata paikoin suuriakin eroja tutkimustietoon nähden. Esimerkiksi osallistujien ehkäisymyönteisyys pääsi yllättämään meidät positiivisesti. Toisaalta taas häveliäisyys tuli esiin rintojen omatarkkailusta puhuttaessa. Muutama iäkkäämpi naishenkilö ei halunnut katsoa omatarkkailukorttia, johon oli piirretty naisen alaston ylävartalo. Naiset sanoivat kohteliaasti: "Ei kiitos".

Osallistujien kiinnostuneisuus ja aktiivinen osallistuminen keskusteluun oli parempaa kuin osasimme odottaa. Tutustumiskäynnillä Opetuskoti Mustikan somalinaiset totesivat aiheen kuultuaan, etteivät voi osallistua keskusteluun, vaikka tulisivat paikalle. Tapahtumassa osallistujat kuitenkin uskaltautuivat kyselemään paljonkin tarkentavia kysymyksiä, jakoivat omaa tietämystään sekä kokemuksiaan. Palautekyselyynkin osa kirjoitti, että oli hyvä saada keskustella asioista, joista ei muualla yleensä puhuta. Jäimme pohtimaan, onko tutkimuksissa turhan rajusti alleviivattu aiheen haastavuutta (Väestöliitto 2009, 11; THL 2017b). Jos sen perusteella terveydenhuoltohenkilökunnalle tulee pelko puheeksi ottoon eikä koulutuksessakaan aihetta juuri sivuta, voi seksuaaliterveyden edistäminen jäädä vähäiseksi.

Tutustumiskäynnillä tarkoituksenamme oli myös kartoittaa neuvontatapahtumaan osallistuvien naisten kielitaitoa. Kunnioitimme heidän toiveitaan tulkkiasioissa ja tilasimme neuvontatapahtumaan yhden somalin kielen tulkin. Tapahtuman jälkeen olimme lopulta sitä mieltä, että tulkki jokaiselle kieliryhmälle olisi auttanut työskentelyssä. Selkokielellä puhuminen oli haasteellista, mutta viittomisen, kuvien ja kirjallisten esitteiden käyttäminen sekä hidas puherytmi ja toisto helpottivat viestin perille viemistä. Ainakin arabian ja kurdin kielien tulkit olisivat tässä ryhmässä helpottaneet kommunikointia. Todennäköisesti vieraalla kielellä annettu neuvonta väsytti kuulijoita nopeammin kuin jos ymmärtäminen ei olisi vaatinut pinnistelyä. Suurimmalle osalle opiskelijoista tulkin kanssa työskentely oli uusi kokemus. Huomasimme, että vaikka viesti meni perille ilman tulk-

kiakin, tulkin kanssa oma esiintyminen vapautui. Tällöin ei tarvinnut asetella sanoja niin tarkoin ja pystyi käyttämään kaikkia aiheeseen kuuluvia käsitteitä sellaisina kuin ne ovat eikä keksiä kiertoilmaisuja. Aiheista oli mielestämme siis helpompi puhua tulkin kanssa.

Neuvontatapahtuman käytännön toteuttamiseen jäi parannettavaa. Aikataulussa pysyminen tuotti ryhmän kanssa vaikeuksia. Myös ryhmän hallinta ja liikuttelu oli oletettua vaikeampaa (Kaukkila & Lehtonen 2007, 12). Osallistujia saapui paikalle ripotellen ohjelman jo alettua, osa vaihteli neuvontapisteeltä toiselle kesken kaiken ja osa joutui lähtemään aiemmin kotiin. Nuorisotalo Huudin rakennuksen pohjaratkaisu oli haasteellinen, kun selkeää neuvontapisteiden sijoittelua ja kiertosysteemiä oli vaikea osoittaa. Käytännön kannalta olisi siis ollut hyvä, jos yksi opiskelija olisi ollut pelkästään vastaa-massa ryhmien liikuttelusta. Tällöin aikaa ei olisi kulunut ryhmien liikkumisen selvitte-lyyn ja olisimme saaneet varmuuden siitä, että kaikki osallistujat kiertävät kaikilla neu-vontapisteillä. Ennakkotiedoista poiketen osallistujien viikoittaista suomen kielen kurs-sia ei järjestettykään nuorisotalo Huudissa. Osallistujat saapuivat omaan tahtiinsa Ope-tuskoti Mustikan tiloista pienen matkan päästä sen sijaan, että olisivat olleet valmiina paikalla. Kaiken tämän johdosta osallistujat eivät tulleet kiertäneeksi jokaista neuvonta-pistettä ja esimerkiksi rintojen omatarkkailukortteja jouduttiin jakamaan osalle vain pi-kaisesti heidän jo tehdessä lähtöä eteisessä.

Opetuskoti Mustikan työntekijät olivat kanssamme samaa mieltä siitä, että vaikka osal-listujia olikin verrattain vähän, oli hyvä, että edustajia oli useasta kieliryhmästä. Työnte-kijöiden mukaan osallistuneet naiset jakavat ajatuksiaan omille tutuilleen mielellään ja he varmasti keskustelevat aiheistamme vielä monen muunkin kanssa. Tästä tulikin mieleemme, että eräänlainen vertaiskasvattajuus voisi olla tulevaisuuden trendi maa-hanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämistyössä. Myös Väestöliitto (2017e) on huo-mioinut vertaistuen voiman monikulttuuristen ryhmien ohjaamisessa. Puhutaan kotou-tumisesta -ryhmätoiminta vahvistaa vanhemmuutta perheissä, jotka ovat olleet Suo-messa vasta vähän aikaa. Väestöliitto kouluttaa ilmaiseksi toiminnan vetäjät ja kannus-taa erityisesti hyvin kotoutuneita maahan muuttaneita tulemaan mukaan toimintaan tuomaan kieli- ja kulttuurituntemusta. Ajattelemme, että ehkä oman kulttuurin edustajal-ta on helpompi ottaa vastaan tietoja toimintatavoista, jotka poikkeavat oman kulttuurin kautta opituista tavoista (Väestöliitto 2009, 35).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata maahanmuuttajanaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Työn tavoitteena oli antaa maahanmuuttajanaيسille tietoa keskei-

simmistä ja tutkimusten mukaan tärkeimmistä seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista. Mielestämme onnistuimme näissä tehtävissä aiheajauksen puitteissa hyvin. Kuten sanottu, seksuaali- ja lisääntymisterveyden tilan kuvaaminen oli haasteellista riittävän tuoreen tutkimustiedon puuttuessa. Tausta-aineiston perusteella valitsemamme aiheet olivat kuitenkin osallistujista kiinnostavia. Kannustimme heitä jakamaan opettamiamme tietoja perheen- ja yhteisön jäsenten keskuudessa.

Opinnäytetyömme toisena tavoitteena oli maahanmuuttajien kotoutumisen ja integraation edistäminen. Käytännössä se tapahtui neuvontatapahtumassa aiheiden käsittelyn ohessa ja onnistui hyvin. Tiedonanto suomalaisista tavoista, laeista, vaihtoehdoista ja hoitopoluista oli keskeinen taustateema jokaisella neuvontapisteellä. Lisäksi osallistujilla oli paljon kysymyksiä omasta terveydentilastaan, jolloin oli luontevaa kertoa, miten suomalaiset terveystoimet toimivat.

Kuljetimme opinnäytetyön varsinaisten tavoitteiden rinnalla myös meidän opiskelijoiden henkilökohtaista tavoitetta kehittyä maahanmuuttajien ohjaamisessa. Koemme, että ryhmänohjaustaitomme paranivat ja puheen yhdistäminen elekieleen, kuviin ja muuhun materiaaliin tuli neuvontatapahtuman kuluessa sujuvammaksi. Toiminnallinen opinnäytetyö neuvontatapahtuman muodossa palveli meitä ammatillisen kasvun näkökulmasta. Kuten teoriaosuudessa kerroimme, ryhmänohjaus on käytännön taito, joka vaatii harjoitusta (Kaukkila & Lehtonen 2007, 58; Heinonen ym. 2015, 11). Tätä harjoitusta neuvontatapahtuma meille antoi. Vaihdoin ennalta suunnittelemiimme esitys- ja ryhmänvetotapoja spontaanisti osallistujille paremmin sopiviksi ja työskentelimme itsenäisesti ammattilaisten roolissa ryhmien edessä. Uskomme, että saimme tästä kokemuksesta hyvät eväät tulevaan työhömmä terveydenhoitajina yhä monikulttuurisemmassa Suomessa.

Toivomme, että tämä opinnäytetyö voisi toimia teoriapohjana tulevaisuudessa maahanmuuttajanaishille suunnatussa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyössä. Tuoretta tutkimustietoa tarvitaan tämän opinnäytetyön perusteella maahanmuuttajien ehkäisykäyttäytymisestä ja seulonnojen merkityksen ymmärtämisestä. Ehkäisystä, seksuaalisuuden kehittymisestä, seksuaalioikeuksista ja naisten yleisimmistä syöivistä sekä niiden seulonnoista voi tuskin koskaan puhua liikaa. Opinnäytetyömme osoitti, että maahanmuuttajanaishet ovat aiheesta kiinnostuneita ja kuulevat siitä mielellään. Terveydenhuoltohenkilökunnan kannattaisi mielestämme siis käyttää hyväksi kaikki kontaktit maahanmuuttajien kanssa ja rohkeasti avata keskustelua näistä aiheista kulttuurieroja pelkäämättä.

LÄHTEET

Abdulcadir, J.; Rodriguez, M. & Say L. 2014. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: An analysis. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Vol.122, No 3, 294–303. Viitattu 6.6.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13217/abstract>.

Airola, E. 2013. Kun kulttuurit kohtaavat. Terveyspalvelujen monikulttuurisuus ja laatu terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kokemana. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 4.8.2017. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-23634>.

Akar, S. & Tiilikainen, M. 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestötietosarja 20. Loimaa: Newprint Oy. Viitattu 29.6.2017. https://vaestoliitto-fibin.directo.fi/@Bin/56a92075bf50354c9c5ed3f958a05067/1498686167/application/pdf/373235/lslam09_LR.pdf.

Akar, S. 2011. Islamilainen tapa- ja perhekulttuuri. Viitattu 18.10.2017. <http://www.oppi.uef.fi/aducate/projektit/monikko/Islam.pdf>.

Ammattitutkintolaki 306/1994. Annettu Helsingissä 29.4.1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940306>.

Bokore, N. 2013. Suffering in silence: A canadian-somali case study. *Journal of Social Work Practice*. Vol. 27, No. 1, 95–113.

Castaneda, A.; Rask, S.; Koponen, P.; Mölsä, M. & Koskinen, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL raportti 61/2012. 2., uudistettu painos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 19.6.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4>.

Connor, J.; Hunt, S.; Finsaas, M.; Ciesinski, A.; Ahmed, A. & Robinson, B. 2016. Sexual health care, sexual behaviors and functioning, and female genital cutting: Perspectives from somali women living in the united states. *Journal of Sex Research*. Vol. 53, No 3, 346-359.

Degni, F.; Pöntinen, S. & Mölsä, M. 2006. Somali Parents' Experiences of Bringing up Children in Finland: Exploring Social-Cultural Change within Migrant Households. *Forum: Qualitative Social Research*. Vol 7, No 3, Art. 8. Viitattu 29.6.2017. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/139/305>.

Degni, F.; Mazengo, C.; Vaskilampi, T. & Essén, B. 2008. Religious beliefs prevailing among Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. Vol. 13, No 3, 298-303. Viitattu 29.6.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Religious+beliefs+prevailing+among+Somali+men+living+in+Finland+regarding+the+use+of+the+condom+by+men+and+that+of+other+forms+of+contraception+by+women>.

DeSantis, C.; Bray, F.; Ferlay, J.; Lortet-Tieulent, J.; Anderson, B. & Jemal, A. 2015. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. Vol 24, No 10. Viitattu 3.7.2017. <http://cebp.aacrjournals.org/content/24/10/1495>.

ETENE 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisu 1. Helsinki. Viitattu 16.10.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveystieteiden+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>.

ETENE 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE-julkaisuja 11. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 4.8.2017. <http://etene.fi/documents/1429646/1559086/ETENE-julkaisu+11+Monikulttuurisuus+Suomen+terveydenhuollossa.pdf/24ffa4b2-1ac7-4926-984e-e99555630342>.

Farahani, F. 2007. Diasporic Narratives of Sexuality. Identity Formation among Iranian-Swedish Women. Doctoral thesis. Faculty of Humanities, Department of Ethnology, History of Religions and Gender Studies. Stockholm: Stockholm University.

Fimea 2017. Lääketiedon luotettavuus. Viitattu 16.10.2017. http://www.fimea.fi/vaestolle/laaketiedon_luotettavuus.

Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino.

Heinonen, L.; Kannussaari, K.; Maunu, A. & Selin, A. 2015. Ryhmäilmiö. Ryhmän ohjaajan käsikirja. 2., täydennetty painos Pori: Brand ID Oy. Viitattu 15.6.2017. http://www.ehyt.fi/sites/default/files/Ryhmailmio_verkko.pdf.

Hotus 2017. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 28.6.2017. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>.

Ihmisoikeudet.net 2017. Seksuaalioikeudet. Viitattu 16.10.2017. <http://www.ihmisoikeudet.net/opettajalle/seksuaalioikeudet/>.

Ilman syöpää 2017. Tarkkaile rintojasi. Viitattu 18.10.2017. <https://www.ilmansyopaa.fi/tarkkaile-kehoasi/rintojen-tarkkailu/>.

Islamopas 2017a. Koraani 6:151. Viitattu 2.10.2017. <http://www.islamopas.com/koraani.html>.

Islamopas 2017b. Koraani 33:59. Viitattu 2.10.2017. <http://www.islamopas.com/koraani.html>.

Isotalo, A. 2015. Mistä on hyvät tytöt tehty? Somalitytöt ja maineen merkitykset. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 407. Väitöskirja. Humanistinen tiedekunta. Uskontotieteen oppiaine. Turku: Painosalama Oy. Viitattu 6.6.2017. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/113010/AnnalesC407Isotalo.pdf?sequence=2>.

Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa. Hoitotyön opettajien käsityksiä. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 29.6.2017. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf?sequence=1>.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Katajisto, A-L. 2009. Asioimistulkkaukset terveydenhuollossa. Lääkäriin näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Kieli- ja käännöstieteiden laitos. Käännöstiede (saksa). Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 29.9.2017. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-20268>.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Vantaa: Dark Oy, Laadukasta kulttuuria vapaaehtoistyöhön -hanke & Suomen Mielen-terveysseura.

Kivijärvi, A. 2017. Hormonaalinen ehkäisy. Lääkäriin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim.

Klemetti, R; & Raussi-Lehto, E. 2016. Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. 3., tarkennettu painos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 3.6.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>.

Kopakkala, A. 2005. Porukka, jengi, tiimi. Ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen. Helsinki: Edita.

Korteniemi-Poikela, E. ja Cacciatore, R. 2010. Portaita pitkin. Lapsen ja nuoren seksuaalisuuden kehittyminen. Juva: WS Bookwell Oy.

Koukkula, M.; Keskimäki, I.; Koponen, P.; Mölsä M. & Klemetti, R. 2016. Female genital mutilation/cutting among women of somali and kurdish origin in finland. *Issues in Perinatal Care*. Vol. 43, No 3, 240–246.

Kunelius, M. 2015. "Se on niissä pienissä kohtaamisissa se kaikki tärkeä". Kulttuurisensitiivisen psykososiaalisen sosiaalityön toteutuminen vastaanottokeskuksen käytännössä. Pro Gradu - tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaalityön oppiaine. Lapin yliopisto. Viitattu 2.6.2017.

<http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/62444/Kunelius.Maria.pdf?sequence=2>.

Käypä hoito 2017. Raskauden ehkäisy. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.6.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50104>.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsitemanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17. Oulu: Hoitotieteiden Tutkimusseura HTTS r.y.

Laitinen, K.; Jukarainen, P. & Boberg, H. 2016. Maahanmuutto & turvallisuus. Arvioita nykytilasta ja ennusteita tulevaisuudelle. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2016. Viitattu 30.6.2017. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79559/Maahanmuutto%20%26%20turvallisuus.pdf?sequence=1>.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 28.6.1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Lastensuojelulaki 417/2007. Annettu Helsingissä 13.4.2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417#L5P25>.

Leinonen, S. 1998. Asioimistulkin ammattitutkinto. Kokemuksia ensimmäisistä näyttökokeista. Kääntäjä 6. Helsinki: Suomen kääntäjien ja tulkkien liitto.

Maahanmuuttovirasto 2017. Tilastot. Viitattu 5.6.2017. <http://tilastot.migri.fi/#decisions>.

Martikainen, T. & Tiilikainen, M. 2007. Käsitteet, tutkimus ja haasteet. Julkaisussa Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46/2007. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy. Viitattu 2.6.2017. www.vaestoliitto.fi/@Bin/386433/Maahanmuuttajanaiset_e.pdf.

Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali – Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Vol 123, No 4, 451–456. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 30.6.2017. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96299.pdf>.

Orgocka, A. 2007. Perceptions of communication and education about sexuality among Muslim immigrant girls in the US. *Sex Education*. Vol 4, No 3, 255–271. Viitattu 10.11.2017. <https://doi.org/10.1080/1468181042000243349>.

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S.; Lounis, V.; Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino.

Puukkari, S. & Taajamo, M. 2007. Monikulttuurisuus ja moniammatillisuus ohjaus- ja neuvontatyössä. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos. Viitattu 19.6.2017. http://www.opi.fi/download/30185_monikulttuurisuus_ja_moniammatillisuus_ohjaus-ja_neuvontatyossa.pdf.

RFSU, 2011a. Minipillerit. Viitattu 17.10.2017. <http://www.rfsu.se/fi/Suomi/Seksi-ja-suhteet/Ehkaisymenetelmat/Minipillerit/>.

RFSU, 2011b. Ehkäisyimplantaatti. Viitattu 16.10.2017. <http://www.rfsu.se/fi/Suomi/Seksi-ja-suhteet/Ehkaisymenetelmat/Ehkaisyimplantaatti/>.

RFSU, 2011c. Ehkäisyruiske. Viitattu 16.10.2017. <http://www.rfsu.se/fi/Suomi/Seksi-ja-suhteet/Ehkaisymenetelmat/Ehkaisyruiske/>.

RFSU, 2011d. Hormonikierukka. Viitattu 16.10.2017. <http://www.rfsu.se/fi/Suomi/Seksi-ja-suhteet/Ehkaisymenetelmat/Hormonikierukka/>.

RFSU, 2011e. Kuparikierukka. Viitattu 16.10.2017. <http://www.rfsu.se/fi/Suomi/Seksi-ja-suhteet/Ehkaisymenetelmat/Kuparikierukka/>.

RFSU, 2011f. Sterilisaatio. Viitattu 16.10.2017. <http://www.rfsu.se/fi/Suomi/Seksi-ja-suhteet/Ehkaisymenetelmat/Sterilisaatio/>.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opettajille, opiskelijoille ja TKI-henkilöstölle. Puheenvuoroja 72. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 27.6.2017. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>.

Satakunnan Syöpäyhdistys 2017. Rintojen tarkkailu. Viitattu 18.10.2017. <https://www.satakunnansyopayhdistys.fi/neuvonta-ja-tuki/rintojen-tarkkailu/>.

STM 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 10.6.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225510>.

STM 2017a. Seksuaaliterveyden edistäminen. Viitattu 3.6.2017. <http://stm.fi/seksuaaliterveys>.

STM 2017b. Rintasyövän seulonta. Viitattu 5.10.2017. <http://stm.fi/seulonnat/rintasyovan-seulonnat>.

Suokas, M. 2008. Vieraskielinen terveydenhuollon asiakkaana. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 4.8.2017. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-18688>.

Suomen Lääkäriliitto 2017. Maailman Lääkäriliiton Helsingin julistus. Uusin päivitys 2013. Suomennettu 2014. Viitattu 16.10.2017. <https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>.

Suomen viittomakielen tulkit ry 2013. Asioimistulkin ammattisäännöstö. Viitattu 29.9.2017. <http://www.tulkit.net/ammatti/asioimistulkin-ammattisaannosto>.

Syöpäjärjestöt 2017. Syöpäseulonnat. Viitattu 5.10.2017. <https://www.syopajarjestot.fi/julkaisut/raportit/syopa-suomessa-2016/syopaseulonnat/>.

Taghizadeh, Z.; Vedadhir, A.; Bayani, F.; Behmanesh, F.; Ebadi, A.; Pourreza, A.; Abbasi-Shavazi, M. & Bijani, A. 2017. Family Planning Practice by Patterns of Marriage in the North of Iran. Iranian Journal of Public Health. Vol. 46, No 1, 66-75. Viitattu 28.9.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5401938/>.

TENK, 2017. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 28.6.2017. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

THL 2016. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus. Viitattu 30.6.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalisuus-ja-vakivalta/tyttöjen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/tyttöjen-ja-naisten-ymparileikkaus>.

THL 2017a. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys. Viitattu 27.6.2017. <https://www.thl.fi/en/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-seksuaali-ja-lisaantymisterveys>.

THL 2017b. Ehkäisevä työ. Viitattu 3.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-seksuaali-ja-lisaantymisterveys/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/ehkaiseva-tyo>.

THL 2017c. Eri tyypit ja niistä aiheutuvat terveyshaitat. Viitattu 5.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-seksuaali-ja-lisaantymisterveys/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/eri-tyypit-ja-niista-aiheutuvat-terveyshaitat>.

THL 2017d. Seksuaalioikeudet Suomessa. Viitattu 16.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-terveys-ja-hyvinvointi/maahanmuuttajien-seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalioikeudet-suomessa>.

THL 2017e. Kulttuurisensitiivinen työote sosiaali- ja terveyspalveluissa. Viitattu 3.6.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/maahanmuuttajat-ja-monikulttuurisuus/maahanmuuttajien-palvelut/kulttuurisensitiivinen-tyoote-sosiaali-ja-terveyspalveluissa>.

Tiitinen, A. 2016a. Raskauden ehkäisy. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.6.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00165.

Tiitinen, A. 2016b. Ehkäisypillerit, ehkäisyrengas ja ehkäisyalaastari (yhdistelmäehkäisy). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.6.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00752.

Tiitinen, A. 2016c. Minipillerit ja muut pelkkää progesteriiniä sisältävät ehkäisymenetelmät. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.6.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00735.

Tiitinen, A. 2016d. Hormonikierukka. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 28.9.2017. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01113.

Tiitinen, A. 2016e. Kuparikierukka. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 28.9.2017. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01112.

Tiitinen, A. 2016f. Sterilisaatio. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.6.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00747.

Tilastokeskus 2017a. Maahanmuutto uuteen ennätykseen vuonna 2016. Viitattu 5.6.2017. http://www.tilastokeskus.fi/til/muutl/2016/muutl_2016_2017-05-17_tie_001_fi.html.

Tilastokeskus 2017b. Väestö. Ulkomaiden kansalaiset. Viitattu 5.6.2017. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html.

Tilastokeskus 2017c. Väestö 31.12. Muuttujina Alue, Syntyperä, Sukupuoli ja Vuosi. Viitattu 3.7.2017. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_015.px/?rxid=b2dffab2-f8e5-40f3-a9fe-99ba555668f6.

Torre, L.; Bray, F.; Siegel, R.; Ferlay, J.; Lortet-Tieulent, J. & Jemal, A. 2015. Global cancer statistics, 2012. CA: A Cancer Journal for Clinicians. Vol 65, No 2, 87-108. Viitattu 3.7.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21262/full>.

Tunne rintasi 2017. Omatarkkailun ohjeet. Viitattu 3.7.2017. <http://www.tunne rintasi.fi/rintojen-omatarkkailu/omatarkkailun-ohjeet/>.

Turun ammattikorkeakoulu 2017. Tutkimus, kehitys ja innovaatiot. MARJAT-hanke 2017–2019. Viitattu 6.6.2017. <https://www.turkuamk.fi/fi/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiot/hae-projekteja/marjat-maahanmuuttajien-kotoutumisen-edistaminen-t>.

Turun kaupunki 2017. Syöpäseulonnat. Viitattu 5.10.2017. <https://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysasemien-palvelut/syopaseulonnat>.

Unicef 2013. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York. Viitattu 3.10.2017. http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC_Lo_res_Final_26.pdf.

Unicef 2017. Yleissopimus lapsen oikeuksista. Viitattu 30.6.2017. <https://www.unicef.fi/lapsen-oikeudet/sopimus-kokonaisuudessaan/>.

Valtioneuvosto 2009. Seksuaaliterveyttä edistetään. Verkko uutinen. Viitattu 3.11.2017. http://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/seksuaaliterveytta-edistetaan.

Vehmanen, L. 2017. Rintasyöpä: toteaminen ja ennuste. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 19.6.2017. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00618.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Gaudeamus.

Vilen, M.; Leppämäki, P.; Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WSOY.

Väestöliitto 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintasuunnitelma. Viitattu 10.6.2017. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/914b60c3df18673ab853dc9455c2c00c/1507272273/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>.

Väestöliitto 2017a. Maahanmuuttajat. Käsitteitä. Viitattu 2.6.2017. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/maahanmuuttajat/.

Väestöliitto 2017b. Hormonaalisen ehkäisyn edut ja haitat. Viitattu 28.9.2017. <https://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/hormonaalisen-ehkaisyn-edut-ja-h/>.

Väestöliitto 2017c. Seksuaalisuuden portaat. Viitattu 10.11.2017. http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/pienten_lasten_vanhemmat/lapsijaseksuaalisuus/ikatasoinen-seksuaalikasvatus/seksuaalisuuden-portaat/.

Väestöliitto 2017d. Seksuaalioikeudet. Viitattu 15.10.2017. <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/menetelmia-seksuaalikasvatukseen/seksuaalioikeudet/>.

Väestöliitto 2017e. Vertaistuki. Viitattu 3.11.2017. <http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/palvelut/vertaistuki/>.

Väestöliitto-Nuoret 2017. Ehkäisykapseli. Viitattu 14.6.2017. <https://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisymenetelmat/ehkaisykapseli/>.

WHO 2002. Working definitions. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Geneva. Viitattu 3.6.2017. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf.

WHO 2017a. Reproductive health. Health topics. Viitattu 23.6.2017. http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/.

WHO 2017b. Female genital mutilation. Viitattu 30.6.2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/e>.

Mainosjuliste

Naisen terveystapahtuma Huudissa 18.10.2017 Klo. 12.30 ->

Tule kuulemaan ja oppimaan naisen terveydestä, esimerkiksi omatarkkailusta ja perhesuunnittelusta. Vetäjinä Turun ammattikorkeakoulun opiskelijat!

Tervetuloa mukaan

- Kaisu, Livia, Sanni & Susanna



TURVAPAIKKA-,
MAAHANMUUTTO- JA
KOTOUTTAMISRAHASTO

Euroopan unionin tuella



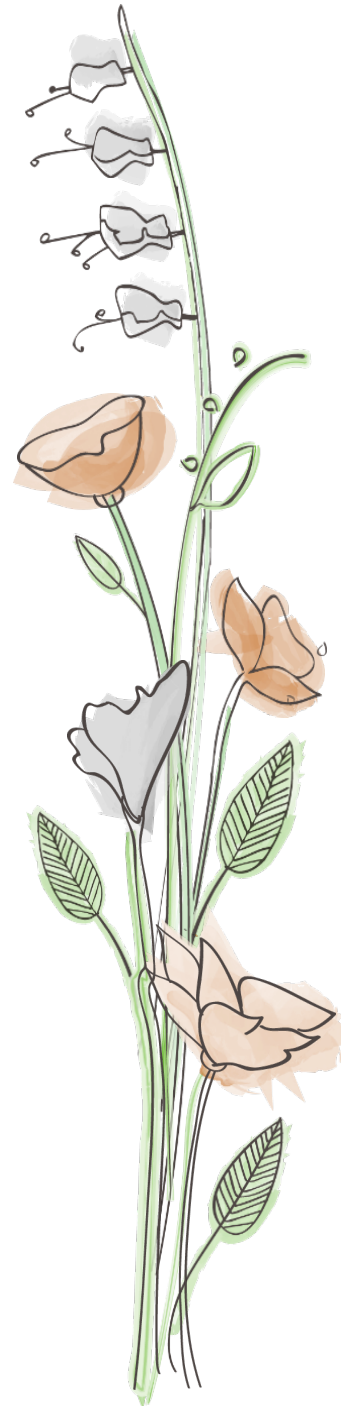
TURKU AMK
TURKU UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES



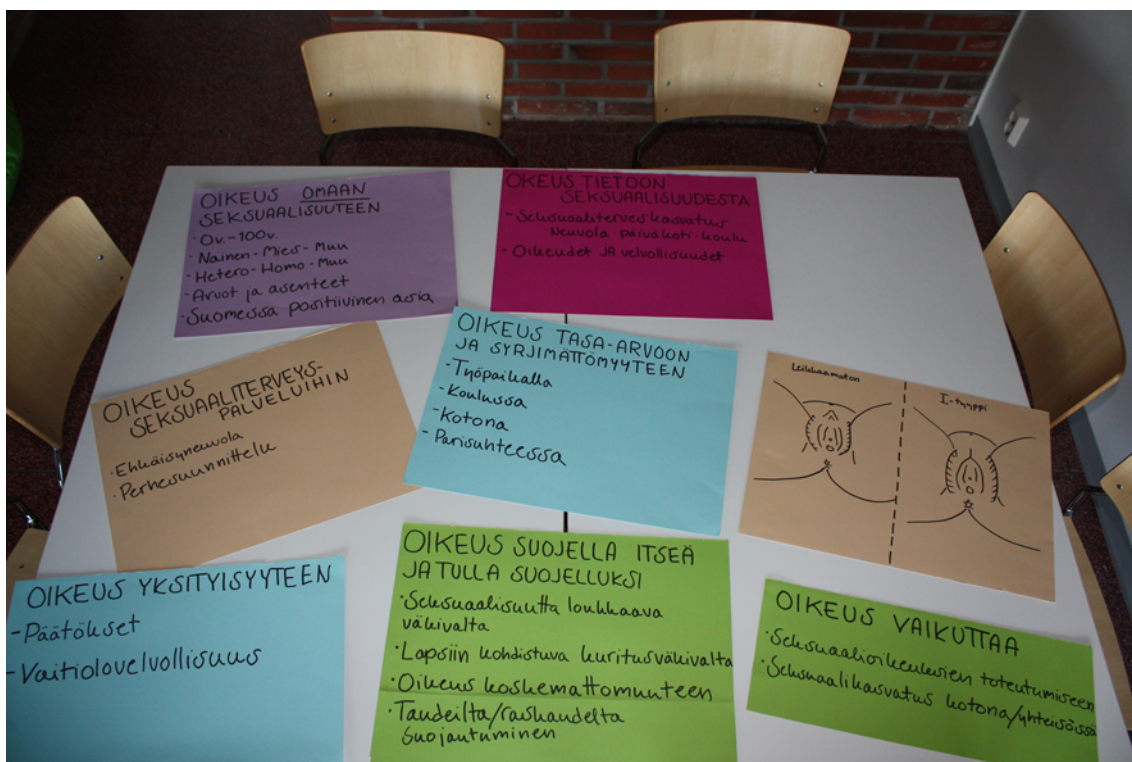
TURKU



Opetuskoti Mustikka



Seksuaalioikeudet Suomessa



Seksuaalioikeudet Suomessa -neuvontapisteen materiaalit. Kuva: Kaisu Tamminen

Yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy



Yleisimpien naisten syöpien ennaltaehkäisy -neuvontapisteen materiaalit. Kuva: Kaisu Tamminen

Palautelomake

PALAUTE TAPAHTUMASTA

1. Opitko jotain uutta?



KYLLÄ



VÄHÄN



EN

Mitä opit?

2. Ehkäisymenetelmät. Mitä ajattelit ehkäisyneuvonnasta?



OLI HYÖDYLLISTÄ



AIHE OLI KIINNOSTAVA,
MUTTA EN VOINUT OSAL-
LISTUA KESKUSTELUUN



EN OLISI HALUNNUT
KUULLA TÄSTÄ

Haluatko perustella vastaustasi?

3. Seksuaalisuuden kehittyminen. Mitä ajattelit seksuaalisuusneuvonnasta?



OLI HYÖDYLLISTÄ



AIHE OLI KIINNOSTAVA,
MUTTA EN VOINUT OSAL-
LISTUA KESKUSTELUUN



EN OLISI HALUNNUT
KUULLA TÄSTÄ

Haluatko perustella vastaustasi?

KÄÄNNÄ

4. Seksuaalioikeudet. Mitä ajattelit seksuaalioikeuksista?



OLI HYÖDYLLISTÄ



AIHE OLI KIINNOSTAVA,
MUTTA EN VOINUT OSAL-
LISTUA KESKUSTELUUN



EN OLISI HALUNNUT
KUULLA TÄSTÄ

Haluatko perustella vastaustasi?

5. Seksuaaliterveyden ennaltaehkäisy. Mitä ajattelit ennaltaehkäisyneuvonnasta?



OLI HYÖDYLLISTÄ



AIHE OLI KIINNOSTAVA,
MUTTA EN VOINUT OSAL-
LISTUA KESKUSTELUUN



EN OLISI HALUNNUT
KUULLA TÄSTÄ

Haluatko perustella vastaustasi?

6. Osallistuisitko uudelleen samantyyliiseen tapahtumaan?



KYLLÄ



EHKÄ



EN

Haluatko perustella vastaustasi?

7. Haluatko antaa jotain muuta palautetta?
