



Maahanmuuttajien seksuaalikasvatus Suomessa

Somalialaisen ja venäläisen kulttuurien näkökulmasta

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, kättilö
Opinnäytetyö
Syksy 2009

Mäki Satu-Leena 0602902
Tubic Ksenija 0602888

Tekijä(t)	Satu-Leena Mäki ja Ksenija Tubic
Otsikko	Maahanmuuttajien seksuaalikasvatus Suomessa – Somalialaisen ja venäläisen kulttuurien näkökulmasta
Sivumäärä	46 + 2 liitettä
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja / Kätilö
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli perehtyä Suomessa maahanmuuttajille toteutettuun seksuaalikasvatukseen kirjallisuuden kautta ja kuvata case-esimerkki tapaustutkimusta soveltaen. Opinnäytetyömme tavoitteena oli kehittää seksuaalikasvatusta maahanmuuttajille tarkoitettuna. Toteutimme opinnäytetyömme kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, jossa käsitelimme somalialaista ja venäläistä kulttuureja. Haastattelimme yhtä aikuista venäläistä maahanmuuttajanaista. Analysoimme haastattelut sisällön analyysiä käyttäen. Tutkimushaastattelun tuloksista kävi ilmi, että haastateltavamme nainen oli kokenut, että hänen kulttuuriaan ei ole otettu huomioon seksuaalikasvatuksen yhteydessä. Hän olisi toivonut yksilöllisempää ja hänelle sopivampaa seksuaalikasvatusta, josta hän olisi myös hyötynyt enemmän. Varsinaisiksi ongelmiksi olivat nousseet naisen kieliongelmat ja hänen uskonnollinen vakaumuksensa. Naisella ei ole ollut tarpeeksi kielitaitoa ymmärtääkseen terveydenhuollon ammattilaisten käyttämää ammattikieltä. Naisen kotona opitut kulttuuriset arvot olivat olleet ristiriidassa suomalaisen kulttuurin kanssa, mikä näkyi myös seksuaalikasvatuksessa. Ehdotamme jatkotutkimukseksi eri ammattiryhmien maahanmuuttajille antamaa seksuaalikasvatuksen toteuttamisen selvittämistä. Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia enemmän, millaisia ongelmia ja ristiriitoja ammattilaiset ovat kokeneet, kun ovat toteuttaneet seksuaalikasvatusta maahanmuuttajille. Olisi myös hyvä tutkia muitakin Suomessa olevia kulttuureja. Myös eri kulttuureista tulleiden naisten ja miesten mielipiteitä seksuaalikasvatuksen toteuttamisesta ja toteutumisesta voitaisiin tutkia enemmän.</p>	
Avainsanat	maahanmuuttaja, somalialainen, venäläinen, kulttuuri, monikulttuurisuus, seksuaalikasvatus

Author(s)	Satu-Leena Mäki and Ksenija Tubic
Title	Sexual Education for Immigrants in Finland – A Perspective in the Somalian and Russian Cultures
Number of Pages	46 + 2 appendices
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
<p>The purpose of our final project was to investigate and develop sexual education. We accomplished our final project as a qualitative study in which we dealt with the Somalian and Russian cultures. As for methods, we interviewed one of Russian bringing immigrant adult. We used the methods as content analysis in analyzing our interview results. The results showed that the interviewed woman had experienced her culture not being noticed in the sexual education. She would have preferred more individual sexual education. The essential problems were her religious beliefs and troubles in understanding the Finnish language and religious beliefs. Her language skills in Finnish were lacking and she did not understand Health Care professional. Her cultural values conflicted with the Finnish culture and values, which was visible in sexual education. In future, it may be a good idea to investigate how the different Health Care professionals feel about the sexual education given to immigrants in Finland. What are the troubles and conflicts between a Health Care professional and an immigrant in sexual education. Moreover what are the opinions, both women and men of different ethnic origin, about the already implemented sexual education.</p>	
Keywords	immigrant, Somalian, Russian, culture, multicultural, sexual education

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TYÖELÄMÄYHTEYS	7
3 OPINNÄYTETYÖMME TIETOPERUSTA	8
3.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja tiedonhaku	8
3.1.1 Seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys	9
3.1.2 Seksuaalikasvatus, seksuaaliopetus, seksuaalineuvonta ja seksuaalivalistus	10
3.1.3 Maahanmuuttaja, kulttuuri ja monikulttuurisuus	11
3.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät suositukset	12
3.3 Suomessa asuvien maahanmuuttajien elinolot	14
3.4 Somalialaisen kulttuurin erityispiirteet	16
3.4.1 Islam uskontona ja elämäntapana	16
3.4.2 Seksuaalisuus, seksuaalikasvatus ja ehkäisy	17
3.4.3 Perhe ja vanhemmuus	19
3.4.4 Avioliitto ja avioero	20
3.5 Seksuaalisuus venäläisessä kulttuurissa	22
3.6 Seksuaalisuus suomalaisessa kulttuurissa	23
4 SEKSUAALIKASVATUS SUOMESSA JA ULKOMAILLA	24
4.1 Seksuaalikasvatus Suomessa	24
4.2 Maahanmuuttajien seksuaalikasvatus Suomessa	28
4.3 Kansainväliset tutkimukset seksuaalikasvatuksesta	31
5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT	32
5.1 Laadullinen tutkimus	32
5.2 Tapaustutkimuksen menetelmä ja toteutus	32
5.3 Aineiston analyysi	34
6 SUOMALAINEN SEKSUAALIKASVATUS VENÄLÄISEN KULTTUURIN NÄKÖKULMASTA	35
6.1 Kokemukset seksuaalikasvatuksesta	35
6.2 Kulttuurin huomioiminen seksuaalikasvatuksessa	37
6.3 Seksuaalikasvatuksen kehittämissuhteet	39
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	40
7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	40
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset lähtökohdat	42
7.3 Opinnäytetyöprosessin kuvaus ja arviointi	44

LÄHTEET

LIITE 1 SAATEKIRJE

LIITE 2 HAASTATTELUKYSYMYKSET

1 JOHDANTO

Mielenkiintomme tätä opinnäytetyötä kohtaan heräsi tammikuussa 2009 Metropolian ammattikorkeakoulussa järjestetyssä infotilaisuudessa, jossa esitettiin eri projekteja. Suomen maahanmuuttajaväestö lisääntyy koko ajan enemmän, joten meistä on ollut hienoa olla mukana sellaisessa projektissa, joka on pyrkinyt kehittämään seksuaalikasvatusta ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita maahanmuuttajaväestölle. Opinnäytetyömme kuuluu kahteen projektiin. Yksi niistä on Log Sote –projekti ja toinen Seksuaaliterveyden edistäminen terveydenhuollon peruspalveluissa ja ammatillisessa koulutuksessa. Tässä opinnäytetyössä olemme käyttäneet seksuaalikasvatus-sanaa kuvaamaan sekä seksuaaliterveyttä että lisääntymisterveyttä. Opinnäytetyömme päämääränä on kehittää seksuaalikasvatusta maahanmuuttajanuorille suunnattuna sekä luoda uusia toimintamalleja terveydenhuollon ammattilaisille. Tavoitteenamme on kartoittaa kirjallisuuden ja tutkimusten avulla maahanmuuttajanuorten saamaa seksuaalikasvatusta julkisilla ja yksityisillä palveluilla. Tämä selviää opinnäytetyömme teoriaosassa, jossa käsittelemme venäläistä ja somalialaista kulttuuria suomalaisen kulttuuriin verrattuna.

Tulevina kättilöinä ja seksuaalisuuden asiantuntijoina, meistä oli kiinnostavaa ja tärkeää saada kuvan siitä, miten seksuaalikasvatusta Suomessa toteutetaan. Jotta olisimme saaneet opinnäytetyöhömmme kokemukseräisen näkökulman seksuaalikasvatuksen toteuttamisesta, haastattelimme yhtä aikuista venäläistä maahanmuuttajanaista. Olimme pyrkineet tapaushaastattelun yhteydessä kartoittamaan myös esiin tulleita ristiriitoja ja ongelmia. Uskomme, että opinnäytetyöstämme sekä alan ammattilaiset että alaa opiskelevat saavat enemmän tietoa käyttöönsä ja motivoituvat parempaan ohjaukseen ja neuvontaan. Toivomme, että tulevaisuudessa suomalaisen, somalialaisen ja venäläisen kulttuurien väliset ristiriidat ja ennakkoluulot peruspalveluissa osattaisiin huomioida etukäteen ja että näihin asioihin suhtauduttaisiin paremmin. Opinnäytetyömme avulla kehittyivät myös meidän omat monikulttuurilliseen seksuaalikasvatukseen liittyvät tietomme. Opinnäytetyöhömmme saadun tiedon kautta, myös rohkeutemme kertoa maahanmuuttajanuorille seksuaalisuudesta oli kasvanut. Uskomme, että opinnäytetyöstämme on hyötyä myös Suomen monikulttuurisessa hoitoympäristössä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TYÖELÄMÄYHTEYS

Suomalaisten nuorten seksuaalikasvatusta on tutkittu paljon, mutta Suomessa asuvien maahanmuuttajanuorten seksuaalikasvatuksesta on hyvin vähän tietoa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, miten suurta merkitystä maahanmuuttajanuorille on ollut saadusta seksuaalikasvatuksesta. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata sekä maahanmuuttajanuorten että suomalaisnuorten seksuaalikasvatuksen toteutumista Suomessa aikaisemman kirjallisuuden kautta. Tarkoituksenamme on tuottaa opinnäytetyöstämme mahdollisimman eettisesti oikeaa tietoa, jota voitaisiin käyttää hyödyksi seksuaalikasvatuksen kehittämisessä. Opinnäytetyömme teoriaosassa olemme perehtyneet somalialaiseen ja venäläiseen kulttuuriin sekä verraneet niitä suomalaisen kulttuuriin. Valitsimme somalialais- ja venäläiskulttuurin, koska ne poikkeavat paljon suomalaisesta kulttuurista ja myös toisistaan, esimerkiksi uskonnon näkökulmasta katsottuna. Kulttuurien valitsemiseen vaikutti myös se, että Venäjältä ja Somaliasta Suomeen tulleita maahanmuuttajia on määrällisesti paljon. Suomeen tulleista maahanmuuttajista on eniten venäläisiä ja neljänneksi eniten on somalialaisia. Islamuskonto on somalialaisille hyvin tärkeää ja he kuuluvatkin, Suomen tilastojen mukaan, suurimmaksi ryhmäksi islamuskonnon kategoriassa. Somalialaiset olivat myös ensimmäiset pakolaiset Suomessa. (Pohjanpää – Paananen – Nieminen 2003: 7–36.)

Opinnäytetyömme tavoitteena on pohtia hoitotyön näkökulmasta, mitä ammattilaisten tulee ottaa huomioon suunnitellessaan ja toteuttaessaan seksuaalikasvatusta maahanmuuttajanuorille. Tapaushaastattelun avulla olemme perehtyneet venäläistaustaisten naisten yksilöllisiin kokemuksiin seksuaalikasvatuksesta ja sen kautta olemme saaneet asiakaslähtöistä tietoa siitä, miten monikulttuurista seksuaalikasvatusta voitaisiin kehittää. Tapaushaastattelun toteuttamisen tavoitteena on, että opinnäytetyöstämme hyötyy seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kehittävä projekti. Tämä projekti kehittää seksuaaliterveyspalveluita maahanmuuttajanuorille niin, että palvelut edistäisivät heidän seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja heidän tietoaan seksuaalisuudesta. Tapaushaastattelun toteuttamiseen toisena tavoitteena oli toteuttaa se esimerkkihaastatteluna, josta olisimme saaneet hyvän oppimiskokemuksen.

Opinnäytetyön tutkimustehtäviä ovat:

1. Millaisia kokemuksia seksuaalikasvatuksesta on kulttuuritaustaltaan venäläisillä nuorilla?
2. Millä tavalla seksuaalikasvatuksessa on venäläistä kulttuuritaustasi otettu huomioon?
3. Miten seksuaalikasvatusta voidaan kehittää venäläistaustaisten nuorten naisten mielestä?

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Helsingin ammattikorkeakoulu Metropolia, jossa asiantuntijoina toimivat opinnäytetyömme ohjaajat. Opinnäytetyömme kuuluu kahteen projektiin. Yksi niistä on Log Sote –projekti, joka pohjautuu HOME projektiin (Health and Social Care for Immigrants and Ethnic Minorities in Europe). Tämä projekti kehittää maahanmuuttajien palveluita, sekä pyrkii saamaan tietoa maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista. (Koskimies – Mutikainen 2008.) Toinen projekti on Seksuaaliterveyden edistäminen terveydenhuollon peruspalveluissa ja ammatillisessa koulutuksessa. Projekti liittyy valtakunnalliseen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaan 2007–2011, jonka tavoitteena on edistää väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, varsinkin nuorten keskuudessa. Ohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja opettajille, jotka opettavat seksuaali- ja lisääntymisterveyttä peruskouluissa, lukioissa sekä ammatti- ja ammattikorkeakouluissa. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011: 3–4.)

3 OPINNÄYTETYÖMME TIETOPERUSTA

3.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ja tiedonhaku

Opinnäytetyössämme keskeisinä käsitteinä ovat seksuaali- ja lisääntymisterveys, seksuaalivalistus ja -kasvatus, maahanmuuttaja sekä kulttuuri ja monikulttuurisuus. Opinnäytetyöhömmme lähdekirjallisuutta haimme kirjoista, tutkimuksista, artikkeleista, opinnäytetöistä ja väitöskirjoista. Teimme hakuja Helsingin yliopiston ja Tampereen yliopiston kautta, sekä Medicin, Cinahlin ja Met-Catin tietokannoista. Hakusanoina käytimme opinnäytetyömme käsitteitä. Nämä käsitteet ilmenivät valittujen tutkimuksien

ja kirjojen tiivistelmissä tai otsikoissa. Käytimme myös Linda- Arsc- ja Nelli-portaali tietokantojen hakuja, mutta emme löytäneet sopivia lähteitä. Yrityksistä huolimatta emme onnistuneet löytämään lähteitä eri tietokannoista, jotka olisivat olleet kroatian, bosnian tai serbian kielellä. Toinen opinnäytetyömme tekijöistä oli kesälomalla Bosnia-Hertsegovinassa ja Kroatiassa, mutta hän ei ole onnistunut löytämään sopivia lähteitä manuaalisella haulla valtioiden yliopistollisista kirjastoista. Googlen kautta löysimme opinnäytetyöhömmme sopivia internet sivustoja. Jotkut lähteistämme olivat opettajien ehdottamia ja jotkut manuaalisella haulla löydettyjä. Lopuksi lähdeluettelomme vaikutti lähteiden aihe sekä saattavuus.

3.1.1 Seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee seksuaaliterveyden seksuaalisuuden fyysis-psykykkis-sosiaaliseksi kokonaisuudeksi, joka on keskeinen hyvinvoinnin kannalta (WHO 2000). Seksuaaliterveys on kokonaisyhyvinvointitila, jossa jokaisella on positiivinen ja kunnioittava asenne seksuaalisuuteen ja oikeus turvallisiin, nautinnollisiin seksuaalikokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää tai väkivaltaa. Seksuaaliterveyteen liittyvät ihmisen seksuaalisuus, seksuaalitoiminta ja parisuhde. Seksuaalisuus sisältää kaikki seksuaaliseen kehitykseen, sukupuolielämään ja sukupuolielimiin liittyvät asiat. Kunnioitus ja positiivisuus seksuaalisuuteen edellyttävät hyvää seksuaaliterveyttä. Jotta ihminen saavuttaisi hyvän seksuaaliterveyden ja pystyisi ylläpitämään sitä, hänen tulisi saada nuorena aloitettua seksuaalikasvatusta, tukea kehittyä seksuaalisesti ja molempien sukupuolten arvostamista niin, että yksilö ymmärtäisi sen riittävästi. Yksilöllä on oikeus valita sukupuolinen suuntautumisensa ja oikeus tehdä valintoja vastuullisesti ja tiedollisesti. Yksilölle on annettava mahdollisuus suojeltuun sukupuoliseen kypsymiseen ja kehittymiseen, sekä oikeus korkeanlaatuisiin seksuaaliterveyspalveluihin. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011: 20–21.)

Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisiin nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin pakottamatta, syrjimättä ja väkivallatta. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja

ylläpitäminen edellyttää jokaisen ihmisen seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista.(WHO 2000.)

Seksuaaliterveyden käsite levisi kansainvälisesti vasta 1990-luvulla. Käsitteen nopeuttamisen lähtökohta on Kairossa pidetty maailman väestökongressi vuonna 1994 ja Pekingissä järjestetty naiskongressi vuonna 1995. Suomessa seksuaaliterveyden käsite otettiin käyttöön vuonna 1995, jolloin myös väestöliiton perhesuunnitteluklinikka muuttui seksuaaliterveysklinikaksi. Käsite on otettu vähitellen käyttöön myös koulujen seksuaaliopetuksessa. Seksuaaliterveys on edellytys lisääntymisterveydelle, johon kuuluu myös fyysis-psykkis-sosiaalinen hyvinvointi. Ihmisellä on oikeus sukupuolielämään, joka on turvallista ja jolla on kykyä jatkaa sukua. Ihmisellä on myös oikeus päättää sukupuolielämän aktiivisuudesta. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että ihminen saa päättää, onko hänellä sukupuolielämää vai ei ja päättää siitä, kuinka usein hänellä on sitä ja milloin. Lisääntymisterveyteen muun muassa liittyvät hedelmöitys, raskaus ja synnytys. (Kontula – Meriläinen 2007: 9–10; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011: 20–21.)

3.1.2 Seksuaalikasvatus, seksuaaliopetus, seksuaalineuvonta ja seksuaalivalistus

Seksuaalikasvatuksella tarkoitetaan seksuaalisuuteen liittyvää joukkoviestintää. Seksuaalikasvatus määritellään elämän pituiseksi prosessiksi, jonka aikana kehitetään omia tietoja, taitoja, arvoja, seksuaalisia suhteita, identiteettiä ja intimitteettiä. Seksuaalikasvatuskäsite on otettu käyttöön vasta 1990-luvun loppupuolella. Seksuaalikasvatukseen kuuluu seksuaaliopetus, seksuaalineuvonta ja seksuaalivalistus. Suomessa seksuaalikasvatus on uusi käsite seksuaaliopetuksesta. Seksuaaliopetus on kouluissa tapahtuvaa seksuaalisuuteen liittyvää opetusta. Koulujen seksuaaliopetusta kehitettiin 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa. Tämän ansiosta nuorten tieto seksuaalisuudesta lisääntyi. 1990-luvun aikana seksuaaliopetus sisäistettiin eri oppiaineisiin ja tällä hetkellä seksuaalikasvatus on siirtynyt pakolliseksi oppiaineeksi koulun opetussuunnitelmassa. Seksuaalikasvatus kuuluu terveystietoon, jonka kautta käsitellään myös terveyden edistämistä ja seksuaaliterveyden edistämistä. Uudeksi näkökulmaksi on otettu myös seksuaaliset oikeudet. Seksuaalineuvonta määritellään ammattilaisten ja asiakkaiden välillä tapahtuvaksi seksuaalisuuteen liittyväksi

tiedottamiseksi ja neuvomiseksi. Seksuaalivalistus on median kautta tapahtuvaa seksuaalisuuteen liittyvää tiedottamista jossa tiedottamisvälineinä ovat esitteet, oppaat ja lehdet. (Kontula – Meriläinen 2007: 9–10; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011: 20–21.)

3.1.3 Maahanmuuttaja, kulttuuri ja monikulttuurisuus

Maahanmuuttaja on henkilö, joka on muuttanut ulkomailta Suomeen. Maahanmuuttajaksi kutsutaan myös henkilöä, joka on syntynyt Suomessa, mutta jolla ei ole Suomen kansalaisuutta. Maahanmuuttajia ovat myös kaikki Suomessa asuvat ulkomaalaiset, joilla ei ole Suomen kansalaisuutta. Maahanmuuttaja on voinut tulla Suomeen työn tai koulutuksen perusteella, pakolaisena, turvanpaikanhakijoina, paluumuuttajana sekä avioliiton tai perheenyhdistämisen kautta. Vaikka maahanmuuttajalla olisi Suomen kansalaisuutta, hänen äidinkieltensä, kulttuurinsa tai uskontonsa ei muutu. Tällöin maahanmuuttaja kuuluu etniseen vähemmistöön. (Räty 2002: 11–13; Säävälä 2009; Väänänen ym. 2009: 2–3, 12, 14–15.)

Kulttuuri voidaan määritellä monella eri tavalla. Kulttuurilla voidaan ajatella jonkin yhteisön yhtenäisenä käyttäytymismallina. Kulttuuri on opittua, siihen ei synnytä, vaan siihen kasvetaan. Kulttuuri koostuu asioista, joita on opittu uskomaan, tekemään ja arvostamaan. Kulttuuri on ihmisen maailmankatsomus, käsitys oikeasta ja väärästä, olemassaolosta, elämäntehtävästä ja merkityksestä. (Räty 2002: 42.)

Kulttuurilla tarkoitetaan, jonkin yhteisön piirissä omaksuttua elämäntapaa sekä maailman hahmottamisen ja mielekkääksi kokemisen tapaa. Kulttuuri on ihmisen tapa elää, toimia ja uskoa. Kulttuuri on tulkintakehys, jonka kautta ihminen tarkastelee maailmaa. (Räty 2002: 42.)

Monikulttuurisuus tarkoittaa erilaisten ihmisten olemassaoloa yhteiskunnan sisällä, jotka omaavat heille yksilöllisen kulttuurin. Maahanmuuttajien määrän lisääntyessä ja kansainvälistymisen myötä, myös Suomesta on kasvanut monikulttuurinen maa. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa elää erilaisia ihmisiä, jotka edustavat eri kulttuureita ja jotka pyrkivät elämään keskenään tasa-arvossa. Suomalaisessa yhteiskunnassa on ollut yksi kulttuuri ja yksi kansa, joilla on samanlaiset arvot, uskonto ja kieli. Aikaisemmin Suomessa palvelut olivat olleet suunnattuja yksikulttuuriseen eli

suomalaiskulttuuriseen yhteiskunnan tarpeisiin. Vasta 2000-luvulla palveluita on alettu suunnata myös erilaisten kulttuurien tarpeisiin. Tavoitteena on ollut, että jokainen ihminen Suomessa saisi hänen kulttuuriaan vastaavaa palvelua. (Räty 2002: 46–47.)

3.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät suositukset

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma on tarkoitettu seksuaali- ja lisääntymisterveydenhuollon ammattilaisille, opettajille sekä peruskoulun, lukion, ammatti- ja ammattikorkeakoulun opiskelijoille. Toimintaohjelman 2007–2011 tavoitteena on edistää väestön, varsinkin nuorten, seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Tavoitteena on sisällyttää seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa peruspalveluihin, jolloin neuvontaa annettaessa otettaisiin huomioon sukupuolten tasa-arvo, erilaiset vähemmistöjen ja erityisryhmien tarpeet, johon kuuluvat myös maahanmuuttajat. Tavoitteena on myös, että ammattilaiset saavat erikois- ja täydennyskoulutusta. Kansalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedonsaannin parantaminen on myös yhtenä tavoitteena. Suomessa 2000-luvulla laadittiin ohjeita ja laatusuosituksia lähi- ja parisuhdeväkivallan ehkäisemisestä sekä seksuaaliterveyden edistämisestä kouluissa, mutta kattavaa kansallista toimintaohjelmaa seksuaalikasvatuksesta ei ole laadittu. Tulokset ovat näyttäneet, että asiakkaille jaettava valistusmateriaalia pitäisi laajentaa, opiskelijoiden terveystietoihin pitäisi sisällyttää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja että vuosittainen valistuslehti nuorille pitäisi ottaa taas käyttöön. Aihekohtaisia kampanjoita pitäisi järjestää useammin ja ulkomaille matkustettavien informoiminen sukupuolitaudeista pitäisi tehostaa. Raskauden ehkäisystä pitäisi laatia Käypä hoito-suositus, sekä väestön tietoutta sukupuolitaudeista ja kondomin käyttöä pitäisi lisätä. Seksuaalisen väkivallan ehkäisytyötä ja tiedonkeruuta pitäisi tehostaa. Koulukyselyjä pitäisi laajentaa ja tehdä myös ammattilaisissa ja yliopistollisissa oppilaitoksissa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimusta pitäisi vahvistaa ja tutkia enemmän, ja lisäksi WHO:n suosituksen mukaisesti tulisi laatia maankohtainen seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelma, joka olisi globalisoitunutta ja jossa maiden väliset, kulttuuriset ja historialliset erot olisi huomioitu. (Kosunen 2006: 15–18; Kansanterveyslehti 2006/7: 3; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011: 3–4, 19–20.)

Kouluterveydenhuollon tehtävänä on järjestää seksuaaliopetusta ja neuvontaa nuorille tasavertaisesti, vaivattomasti ja läheltä. Ammattilaisten tulisi päivittää seksuaalikasvatukseen liittyvää tietoa ja avoimemmin puhua oppilaiden kanssa seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Opetussuunnitelmaan tulisi lisätä terveystarkastus, jossa käsiteltäisiin seksuaalisuutta, seksuaaliterveyttä, itsemääräämisoikeutta sekä suojautumista hyväksikäytöltä ja väkivallalta. Väestöliitto on tutkinut seksuaalikasvatuksen vaikutusta oppiaineena vuonna 2006. Tutkimuksen mukaan peruskoulussa seksuaaliopetusta saivat ensimmäisen kerran 7- luokkalaiset. Nykyään on päätetty, että opetus jatkuisi myös 8. ja 9. luokalla. Seksuaaliopetusta annetaan tasavertaisesti molemmille sukupuolille, tuntimäärät ovat lisääntyneet, mutta sisältö koetaan yhä vajaaksi. Seksuaaliopetuksen sisältö on painottunut lasten hyväksikäytön, seksuaalisen ahdistelun ja seksuaalisen kanssakäymisen. Väestöliitto on esittänyt seksuaaliterveyspoliittisen toimintaohjelman, jonka mukaan alle 20-vuotiaille tulisi jakaa kondomia ja muita ehkäisyvälineitä ilmaiseksi. Väestöliiton mukaan ehkäisyvälineiden korkea hinta estää nuoria käyttämästä ehkäisyä, mikä estää nuorta kasvamasta lisääntymiskykyiseksi aikuiseksi. Tähän liittyvät myös alaikäisten terveyspalvelut, joiden kuuluisi olla ilmaisia alaikäisille nuorille. Väestöliiton toimintaohjelma on myös esittänyt, että klamydian seulonta tulisi tehdä kaikille alle 25-vuotiaille aikuisille ja nuorille. Lisäksi on ehdotettu HPV-rokotteen ottamista koulujen rokotusjärjestelmään. (Ihalainen – Jääskeläinen 2008: 24–25; Kontula – Meriläinen 2007: 1; Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006.)

Seksuaalikasvatusta tulisi järjestää nuorille lähipalveluina eli koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa tai terveyskeskuksissa, ja nuorille miehille viimeistään asepalveluksen yhteydessä. Seksuaaliopetusta tulisi laajentaa ja aikaistaa kaikille nuorille jo peruskoulussa, koska suurin osa nuorista on kokenut ensimmäisen yhdynnän 14–17-vuotiaana. Olisi tärkeää kehittää asiantuntijoiden tuottamaa ja tarkistamaa seksuaaliterveyteen liittyvää verkkosivustoa. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut suositukset, joiden mukaan seksuaalineuvontaa tulee saada kaikki ikään, sukupuoleen tai seksuaaliseen sukupuoleen suuntautumista katsomatta. Sosiaali- ja terveysministeriö on myös laatinut toimenpiteet, joiden mukaan nuoren seksuaaliterveyttä on tuettava opiskeluterveydenhuollossa. Jokaiselle tulee antaa yksilöllisesti, ymmärrettävästi sekä tieteellisesti todettua terveysneuvontaa. Opiskeluterveydenhuollon tulee kiinnittää erityistä huomiota poikien ja nuorten miesten neuvontaan. Seksuaaliopetusta antavan työntekijän tulisi saada täydennyskoulutusta tai työnohjausta, mikäli tilanne sitä vaatii.

Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii myös kuntalaisten terveydestä ja on laatinut suositukset. Suositusten mukaan kuntalaisilla tulisi olla maksuton ehkäisyneuvonta, asevelvollisuusikäisten nuorten miesten tulee saada seksuaalneuvontaa ja tarvittaessa pitää klamydiaseulontoja. Kirjastoissa, terveyskeskuksissa, kouluissa ja neuvoloissa tulee olla ajantasaisia ja tieteellisesti tutkittua tietoa sisältäviä oppaita ja oheismateriaalia. Tämä on tärkeää nuorille, sillä nyky-yhteiskunta vääristää mediassa seksuaalisuutta ja seksuaalista kanssakäymistä ja tällöin asiallisen tiedon saaminen on tärkeää. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011: 3–4, 20–41; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, Verkkodokumentti; Väänänen ym. 2009: 2–3.)

3.3 Suomessa asuvien maahanmuuttajien elinolot

Suomi on vasta parin kymmenen vuoden aikana alkanut vastaanottamaan maahanmuuttajia. Alkuvuosista Suomeen tuli maahanmuuttajia naapurimaista, kuten Ruotsista, Venäjältä ja Virossa. Suomen ensimmäinen ja suurin pakolaisryhmä ovat somalialaiset jotka muuttivat Suomeen vuonna 1991. Suomeen suurin maahanmuuttajaryhmä ovat venäläiset. Suurin osa maahanmuuttajista on muuttanut asumaan Pääkaupunkiseudulle. Helsingissä, Espoossa, Vantaalla ja Salossa oli vuoden 2007 lopussa yli viisi prosenttia ulkomaalaisia. Turku ja Tampere ovat myös suosittuja maahanmuuttajien kesken, koska nämä alueet ovat Suomen lämpimimpiä sään kannalta. Suomalaisen sulkeutuneisuuden ja kielteisiin asenteisiin maahanmuuttajia kohti vaikutti suomalaisten köyhyys 1990-luvulla, mutta myös kansalaisten vähäinen kokemus maahanmuuttajista. rasismi ja epätasa-arvoinen kohtelu oli yleistä ja tätä ilmiötä nähdään tänä päivänäkin. Moni suomalainen kansalainen kokee, että maahanmuuttajista on enemmän haittaa kuin hyötyä – he vievät suomalaisilta työpaikkoja ja vähentävät valtion resursseja. Kuitenkin kansalaisten asenteet maahanmuuttajia kohti ovat muuttumassa koko ajan positiivisemmiksi, ja maahanmuuttajien työllisyys paranee koko ajan. Vuonna 2002 tehtiin Suomen ensimmäinen maahanmuuttajien elinolotutkimus. Tutkimuksessa käy ilmi, että maahanmuuttajat, varsinkin venäläiset ja somalialaiset, arvostavat ansiotyötä ja pitävät sitä tärkeämpänä kuin suomalaiset. Kaikista Suomen maahanmuuttajista noin 30 prosenttia on työttömänä. Maahanmuuttajien työttömyysaste on suomalaisten verrattuna kolmikertainen. Maahanmuuttajilla on vaikea saada työtä, vaikka heillä olisi riittävä

koulutus, ammattitaito ja kielitaito. Jopa Suomessa hankittu tutkinto ei katsota maahanmuuttajalle eduksi. Maahanmuuttajien työllisyyteen vaikuttaa myös heidän kansallisuus ja se, mistä maasta he ovat kotoisin. Työnsaantia heikentävät myös työnantajien ennakkoluulot sekä maahanmuuttajan ammattinimike, jota on hankittu omassa kotimaassa. Moni maahanmuuttaja kokee, ettei heitä arvosteta tarpeeksi työelämässä. Maahanmuuttajanaisten työllisyys on ollut heikompaa kuin miesten. Tulevaisuudessa maahanmuuttajille avautuu enemmän työpaikkoja, kun suuret ikäryhmät jäävät eläkkeelle. Vaikka työvoiman tarvetta on, Suomen tämänhetkinen epävakaa taloustilanne on tehnyt tilanteesta ennakoimattoman. Maahanmuuttajat ovat saaneet yleensä töitä koulutustaan vastaamattomiin töihin, fyysisesti raskaampiin töihin ja matalapalkka-aloille, kuten siivous, kuljetus- ja ravintola-alalle. Monet ovat siirtyneet itsenäiseen yrittäjyyteen työttömyyden takia. Työttömyydestä ja huonon työllistämisestä huolimatta, maahanmuuttajat ovat sopeutuneet hyvin Suomeen. He ovat tyytyväisiä asuntoihinsa ja asuinympäristöönsä. Suurin osa maahanmuuttajista, erityisesti somalialaiset, asuvat kaupungin vuokra-asunnoissa. Asumisen ahtaus on yleinen ongelma erityisesti suurilla lapsiperheillä. (Marjeta 2001: 4; Pohjanpää – Paananen – Nieminen 2003: 7–36; Somalit Suomessa, Verkkodokumentti; Suomen Somaliliitto Ry, Verkkodokumentti; Väänänen ym. 2009: 2–3, 12, 14–20, 23, 56.)

Suomeen muuttaa koko ajan enemmän maahanmuuttajia, kuin mitä heistä muuttaa takaisin omiin kotimaihin. Maahanmuuttajia on vähän Suomessa jos verrataan Keski-Eurooppaan ja muihin Pohjoismaihin. Vuonna 2007 Suomessa asui noin 200 000 maahanmuuttajaa. Tilastojen mukaan Suomen maahanmuuttajista on enemmän työikäisiä kuin eläkeikäisiä. Kaikista maahanmuuttajien ikärakenneryhmistä eläkeikäisten osuus on vain kuusi prosenttia. Siksi on tärkeä järjestää seksuaalikasvatukseen liittyviä palveluita myös maahanmuuttajille, koska suuri osa työikäisistä kuuluu myös lisääntymisikäisiin. Maahanmuuttajista, varsinkin pakolaisista, suureen ryhmään kuuluvat lapset. Maahanmuuttajista naisia että miehiä on Suomessa saman verran. Maahanmuuttajien synnyttäneiden lasten määrä on keskimäärin suurempi kuin suomalaisten naisten. Somalinaisille keskimäärin Suomessa syntyy 4 lasta, mikä on huomattavasti vähemmän, kuin Somaliassa. Sen sijaan venäläisille naisilla lapsiluku Suomessa on suurempi, kuin omassa kotimaassaan. Tulevaisuudessa tulee selvittää vaikuttaako maahanmuuttajien lapsiluku seksuaali- ja lisääntymisterveyden neuvonnan puutteeseen, vai onko kyseessä heidän oma päätöksensä lapsimäärästä. (Säävälä 2009; Väänänen ym. 2009: 2–3, 12, 14–15.)

Lasten ikä, yksinhuoltajuus ja monilapsisuus ovat olleet taustasyinä lapsiperheiden köyhyyden, kotiutumiseen, perheenjäsenien hyvinvointiin ja perheen elinoloihin. Syrjintään taustasyynä ovat olleet eri maiden kulttuuriset ristiriidat, työttömyys, kieli, sosiaalinen tilanne, muuttosyy ja ihmisten asenteet. Tämä ilmenee enemmän ei-länsimaista tulleiden maahanmuuttajien joukossa sekä pakolaistaustaisia, perheen yhdistämisten ja avioliiton kautta Suomeen tulleita ryhmiä. Viimeisinä vuosina monikulttuuriset avioliitot ovat lisääntyneet. Maahanmuuttajalapsilla ja -nuorilla on enemmän oppimisvaikeuksia ja heidän kouluosaaminen on heikompaa kuin kantaväestön. Maahanmuuttajalasten ja -nuorten syrjintä-, rasismi- ja kiusaamiskokemusten yleisyydestä ja peloista ei ole tietoa, mutta huomattiin, että nämä seikat heikentävät mielenterveyttä ja kouluttautumista aikuisina. Maahanmuuttajien perustettujen yhdistyksien toiminnassa painottuvat kulttuuristen traditioiden säilyttäminen ja suomalaiseen yhteiskuntaan suuntautuminen. Maahanmuuttajien rikollisuudesta ja kohtelusta oikeuslaitoksessa, maahanmuuttajanaisiin kohdistuneista seksuaalirikoksista ja maahanmuuttajanaisista väkivallan uhreina on jonkin verran yksittäisiä tapaustutkimusten tietoa. Samoin poliisiammattikorkeakoulussa ollaan tekemässä tutkimus rassistien rikosten etenemisestä rikostutkinnasta tuomioistuinkäsittelyyn, koska käytännössä suuri osa poliisille ilmoitetuista rassistisista rikoksista ei päädy tuomioistuinkäsittelyyn tai johda tuomioistuimen toteamaan rikokseen ja rangaistukseen. (Suomen Somaliliitto Ry, Verkkodokumentti; Somalit Suomessa, Verkkodokumentti; Väänänen ym. 2009: 36–38, 45–50, 55.)

3.4 Somalialaisen kulttuurin erityispiirteet

3.4.1 Islam uskontona ja elämäntapana

Islamin uskonto on vapaaehtoista ja se on 1400 vuotta vanha uskonto. Islamuskoisia on yli miljardi, muslimienemmistöisiä maita yli 40. Kaikista maailman muslimeista noin 30 prosenttia asuu Afrikassa. Suomessa on noin 30 000 islamuskoisia. Monet muslimit sanovat että islam on sekä uskonto että elämäntapa. Islamin pyhä kirja on Koraani ja shari`a on uskonnollinen laki, joka säätelee avioimista, avioeroa, lasten huoltajuutta, elätystä ja perinnönjakoa. Sahri`a on määrätty eri muslimimaissa eri tavalla. Islamin uskonto myöntää muitakin uskontoja, kuten juutalaisuuden ja kristinuskon. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden alikehittyneisyyttä ja sosiaalisia ongelmia ei selitä islamin uskonto

vaan maan taloudellinen tilanne ja kehitystaso, sukupuolten tasa-puolisuus, sodat ja pakolaisuus. Islamin uskonto, johon suurin osa somalialaisista kuuluu, säätelee yksilöiden seksuaalisia toimintoja, kuten seksuaalista suuntautumista tai seksuaalista itsemääräämisoikeutta. Islamin teologian mukaan kaikella maailmassa on Jumalan luoma käyttäytymismallinsa ja tehtävänsä. (Akar – Tiilikainen 2004: 2, 5–7; Brusila 2008: 80–82; Hattstein 2008: 18–19.)

Ihmisoikeusliiton mukaan ympärileikattuja naisia ja tyttöjä on maailmassa 100–140 miljoonaa. Monet islamilaisiksi uskotut tavat ja käytökset eivät todellisuudessa perustu islamin peruslähteisiin vaan ne ovat pikemminkin tietyn maan traditiot, tavat. Yksi esimerkki on tyttöjen sukuelinten silpominen eli ympärileikkaus, joka on hyvin yleinen ja sallittu teko Afrikkalaisissa maissa. Somaliassa noin 75 prosenttia naisista on ihmisoikeusliiton mukaan ympärileikattu. Islamin oppaat ovat kuitenkin tyttöjen ympärileikkausta vastaan, vaikka joissakin maissa tätä tapaa puolustetaan islamin uskonnon perusteella. Somaliassa katsotaan, että tyttöjen ympärileikkaus suojaa tytön puhtautta ja siveellisyyttä ja on edellytys avioliitolle. Ympärileikattujen maahanmuuttajien määrä Suomessa koko ajan kasvaa, ja sen takia sosiaali- ja hoitotyön ammattilaisilla tulee saada uudenlaista osaamista ja perehdyttämistä ympärileikattujen naisten hoitoon. Vuodesta 2004 Ihmisoikeusliitto onkin laatinut suositushjeistuksen ympärileikattujen naisten hoidosta. Tyttöjen ympärileikkaus ja heidän vieminen ulkomaille ympärileikattavaksi on Suomessa rangaistava teko. Poikien ympärileikkaus kuuluu uskonnollisiin perinteisiin, joka kuvastaa puhtautta, ja se toteutetaan viimeistään ennen puberteettia. Poikien ja tyttöjen ympärileikkaus siirtää heidät aikuisten maailmaan. Ympärileikkaus ei ole pakollista, mutta esimerkiksi ympärileikkaamaton poika ei voi rukoilla ja ympärileikkaamattomalla tytöllä on vaikea avioitua. Poikien ympärileikkaus Suomessa on sallittua, jos sitä suorittaa lääkäri sairaalassa. (Akar – Tiilikainen 2004: 2, 16–19; Hattstein 2008: 72; Marjeta 2001: 35–37; Pyykilä – Seppälä 2006: 1, 11–12; Tiilikainen 2004.)

3.4.2 Seksuaalisuus, seksuaalikasvatus ja ehkäisy

Seksuaalisuus islamin uskonnossa on positiivinen asia, jonka tyydyttäminen edistää fyysistä ja psyykkistä olemusta. Islamin laki hyväksyy vain heteroseksuaalisuuden. Homoseksuaalisuus on ehdottomasti kielletty ja lailla tuomittava teko. Islamin

uskonnossa seksuaalisuus on hyvin rajoitettu ja kaikki seksuaalinen aktiviteetti ennen avioliittoa kuten masturbointi, esiaviollinen seksi sekä seksi avioliiton ulkopuolella on kielletty. Laittomat seksisuhteet ja prostituutio ovat myös kiellettyjä. Houkutusten välttämiseksi naisten ja miesten on pukeuduttava mahdollisimman vähän huomiota herättävästi. (Akar – Tiilikainen 2004: 14–16, 20–21; Hattstein 2008: 71–72.)

Sukupuolten tehtävät ovat islamin kulttuurissa selkeät, joka näkyvät myös seksuaalisuudessa. Nainen ei voi jutella seksuaalisuuteen koskevista asioista miehensä kanssa. Islamin uskonnossa seksuaalisuuden alue on laajempi. Fyysinen kontakti, esimerkiksi kättely vastakkaisen sukupuolen kanssa, on vastoin islamin uskonnon sääntöjä, sillä se katsotaan seksuaalisuudeksi. Terveystieteissä tuottaa ongelmia tämä sukupuolten välinen jaottelu. Musliminainen ei voi mennä mieslääkäriin vastaanotolle. Samoin seksuaalikasvatusta somalialaiselle naiselle täytyy antaa saman sukupuolen omaava ammattilainen. Alastomuus on islamin kulttuurissa vieras käsite. Islamin perheessä ei ole suotavaa nähdä perheenjäseniä alasti. Aviopuolisolle voidaan paljastaa vaatteiden peitossa olevat osat, mutta lapsille opetetaan alastomuuden häveliäisyys, johon kuuluu läheisesti häveliäisyys omasta kehosta. Somalinaisen seksuaalisuuteen ja seksuaalikasvatukseen tämä vaikuttaa merkitsevästi. Somalinaisen voi olla vaikea hyväksyä alastoman kehonsa ilman häpeän tunnetta, vaikka seksuaalikasvatuksessa ohjataan hyväksymään alaston keho. (Brusila 2008: 80–82.)

Islamin maiden kouluissa ei anneta minkäänlaista seksuaalikasvatusta ja biologiassa lisääntymisbiologia sivuutetaan. Seksuaalisista asioista ei myöskään puhuta perhepiirissä, joten tieto, esimerkiksi kuukautisista tai ehkäisystä, liikkuu ikäryhmän sisällä ja vanhemmilta lapsilta saatuun tietoon. Siksi tieto ei ole niin varmaa, joten vääriä käsityksiä ja tietoa liikkuu usein islamilaisten nuorten keskuudessa. Kouluissa tapahtuva seksuaalikasvatus katsotaan myös yllyttävän nuoria seksikokeiluihin ja vanhemmat voivatkin kieltää sen lapsensa kohdalla. Seksuaalikasvatus Suomessa somalialaiselle nuorelle naiselle aiheuttaa ristiriitoja hänen ajatuksissaan seksuaalikasvatuksesta, koska heidän kulttuurissa sitä ei toteuteta nuorille. (Brusila 2008: 91–92; Säävälä 2009.)

Väestönkasvu on monissa muslimimaissa ongelma. Valistus, tiedonkulku, naisten motivointi ja palveluiden kehittäminen ovat jonkin verran rajoittaneet sitä. Islamilaiset oppiaineet hyväksyvät modernin ehkäisyn käytännössä, mutta monet islamilaiset eivät hyväksy hormonaalista ehkäisyä. Muslimimaissa raskauden ehkäisyn yleisin menetelmä

on yhdynnän keskeyttäminen. Muslimimaissa abortti on sallittu laissa, jos raskaus aiheuttaa haittaa äidin terveydelle. Laissa on katsottu, että Jumala on se, joka päättää elämästä. Abortin sallivuus poikkeaa muslimimaittain ja se on sallittu tehtävänä neljännelle kuukaudelle asti. Yhdyntä on kielletty naisen kuukautisten aikana. Kuukautiset on tabu muslimimaissa eikä niistä usein puhuta, joten niiden alkaminen saattaa olla tytöille järkytys. (Akar – Tiilikainen 2004: 14–16, 20–21; Hattstein 2008: 71–72.)

3.4.3 Perhe ja vanhemmuus

Islamin uskonto suosii lisääntymistä ja lapset ovat ”lahjoja jumalalta”. Muslimeille perhe on hyvin tärkeä ja siihen kuuluu ydinperhe, isovanhemmat, vanhempien sisarukset, serkut ja joskus myös läheiset ystävät. Yksin eläminen on hyvin harvinainen asia islamilaisessa yhteisössä. Perhe huolehtii lasten ja vanhusten hoidosta ja vastuu on jaettava. Lasten velvollisuus on huolehtia vanhemmistaan sitten, kun he ovat vanhoja. Vanhuksia ja isovanhempia kunnioitetaan suuresti. Islamin uskonnossa vanhemmuus ja lasten saaminen on hyvin tärkeä asia. Lapsia pidetään Jumalan lahjana, varsinkin pojat, koska jatkavat isän sukulinjaa. Myös tytöt ovat tärkeitä, koska heistä on apua äidille kotitöissä. Lasten lukumäärä on verrattu myös perheen taloudelliseen hyvinvointiin. Lapsen isyyttä ei epäillä, jos hän syntyy avioliitossa, vaikka isä olisikin pitkään poissa. Avioliiton ulkopuolella synnytetty lapsi on häpeä äidille ja äidin suvulle. Lapsettomuutta pidetään suurena ongelmana, joka voi johtaa jopa avioeroon tai uuden vaimon hankkimiseen. Adoptiota ei hyväksytä islamilaisessa laissa. (Akar – Tiilikainen 2004: 8–9, 14, 16; Hattstein 2008: 67, 70.)

Lapsille opetetaan uskonnollisia ja kulttuurillisia tapoja, perinteitä ja arvoja kodeissa, koraanikouluissa ja lastentarhoissa. Lapsien koulutusta muslimimaissa arvostetaan, mutta poikien koulutus on arvostetumpi ja monipuolisempi kuin tyttöjen koulutus. Naisten ja miesten sukupuoliroolit muslimimaissa ovat vahvasti näkyvissä, vaikka islamin usko korostaa tasapuolisuutta ja yhdenvertaisuutta. Nainen on vastuussa pääasiassa kotitaloustöistä ja lasten kasvattamisesta, erityisesti tyttärien kasvattamisesta. Vanhinta tytärtä kunnioitetaan omassa suvussa ja hänen mielipiteitä kuunnellaan. Mies on perheen pää ja yhteiskunnassa perheen edustaja, joka huolehtii perheen taloudellisesta hyvinvoinnista ja päätöksenteosta perhettä koskevista tärkeistä

asioista. Vaimoilla saattaa kuitenkin olla vaikutusta miehensä päätöksiin. Naisella on oikeus käyttää omia taloudellisia tuloja omiin tarpeisiinsa. Lapset saavat isänsä uskonnollisuuden. Islamissa ihminen on täysi-ikäinen jo 13–15-vuotiaana. Joissakin muslimimaissa naisten asema yhteiskunnassa on huono, joissa heillä ei ole minkäänlaisia oikeuksia. He eivät voi äänestää, olla todistajina, eikä heillä ole perintöoikeutta. Sukupuolisuuden ulkoinen olemus, kuten pukeutuminen, ruumiin muokkaaminen, kauneusihanteet ja ruumiin koristelemineen sukupuolisen vetovoiman lisäämiseksi on ehdottomasti kielletty. Naisten on pakko peittää vartalonsa ja kasvonsa hunnuilla, eivätkä saa liikkua yksin vapaasti julkisilla paikoilla. Islamin usko vaatii naista peittämään vartalonsa kaulasta nilkkoihin ja kyynärpään alapuolelle, mutta kasvoja ja käsiä ei peitetä. Jotkut musliminaiset käyttävät tietoisesti huntuja osoittaakseen islaminuskoisuuttaan ei-islamilaaisessa ympäristössä. Miesten täytyy peittää vartalonsa navasta polviin, mutta monet eivät pidä shortseja taikka hihattomia paitoja. (Akar – Tiilikainen 2004: 8–10, 16, 20; Brusila 2008: 80–82; Hattstein 2008: 67, 70–73; Marjeta 2001: 29–31.)

3.4.4 Avioliitto ja avioero

Avioliitto on laillinen sopimus, jota solmitaan virallisesti tuomarin edessä, seremoniassa papin edessä, ja jota voidaan myös purkaa. Perinteinen islamin uskonto suosii avioliittoa sukulaisten kesken. Musliminainen voi avioitua vain muslimimiehen kanssa. Muslimimies voi avioitua kristityn tai juutalaisen naisen kanssa. Silloin vaimon ei tarvitse kääntyä islamin uskontoon. Miehillä on joissakin muslimimaissa oikeus ruumiillisesti kurittaa vaimoaan tietyin ehdoin. Ikäraja avioliiton solmimiseksi ei islamilainen laki ole määrittänyt tarkasti, vaan nuoret saavat avioitua heti kun ovat sukukypsiä. Nuoret kuitenkin eivät voi avioitua itsenäisesti, vaan morsiamen huoltaja luovuttaa hänet avioliittoon. Naisen holhoojalla, joka on yleensä perheen päämies, on oikeus naittaa hänet vastoin tämän tahtoa. Tyttöjen avioituminen joissakin kulttuureissa tietää sulhasperheeltä morsiusmaksuja. Morsiusmaksut kuuluvat periaatteessa vain morsiamelle. Usein muslimiavioliitot ovat järjestettyjä eli kahden suvun välillä sovittuja. Pakkoavioliittoja ei ole, mutta niitä esiintyy, jos tyttö on menettänyt neitsyyteensä. Islamin käytäntö on, että nuoret ovat neitsyitä häyön asti. Neitsyyden merkki on ehjä immenkalvo. Islamin uskonnossa esiaviollinen seksi on ehdottomasti kiellettyä ja naisen tulee olla neitsyt avioliiton solmimiseksi. Islamin kulttuurissa

miehen on todettava vaimonsa neitsyys häyönä. Mies on todennut sen immenkalvon puhkaisussa, jonka merkki on lakanalle vuotava veri. Islamilainen voi myös vaatia kättilön tarkastamaan immenkalvon eheys ennen avioliittoa. Jotta immenkalvon repeytyminen estetään ennen avioliittoa, naiselta voidaan kieltää raskas liikunta tai tamponien käyttö. Tämä taas tuottaa ongelmia seksuaalikasvatuksessa, jossa neuvotaan tamponien käytöstä ja annetaan monesti tamponien näytepakkauksia. Jos morsian on menettänyt neitsyytensä ennen häyötä, se tietää hänelle ja hänen suvulle suurta häpeää ja avioliittoa voidaan mitätöidä. Sen takia monet musliminaiset välttävät gynekologisia tutkimuksia säilyttääkseen neitsyyteensä. Jotkut naiset tämän takia käyvät immenkalvon korjausleikkaukseen. Rajoitettu moniavioisuus eli polygamia on sallittu islamilaisessa laissa, jossa miehellä saa olla enintään neljä vaimoa. Miehen täytyy kohdella kaikkia vaimoja samalla tavoin ja huolehtia heistä. Miehen täytyy perustella tuomarille, miksi haluaa toisen vaimon, ja ilmoittaa tästä myös edelliselle vaimolle. Vaimo halutessaan voi purkaa avioliiton, jos ei hyväksy uutta avioliittoa. Nykyään avioliittosopimuksissa vaimo voi laatia ehdon, jossa kieltää miehelle moniavioisuuden. (Akar – Tiilikainen 2004: 9–13; Brusila 2008: 86; Hattstein 2008: 67, 70, 72; Marjeta 2001: 30–35.)

Avioero on sallittu ja yleinen myös muslimimaissa. Yleisesti kuitenkin katsotaan, että avioliitto on Jumalan siunaama liitto ja että sen avioeroa Jumala ei hyväksy. Miehellä on helpompi saada avioeroa kuin naisella. Ennen oli, että vain miehellä oli oikeus hakea avioeroa. Nykyään myös naisella on oikeus vaatia avioeroa. Avioeroa haetaan tuomioistuimelta. Avioeron sallineisuuden yleisiä aiheita ovat miehen väkivalta, impotenssi tai kyvyttömyys huolehtia perheen asioista. Mies voi hakea avioeron, jos perheessä syntyy vain tyttölapsia. Mitä enemmän perheessä on poikia, sitä arvostetumpi perhe on yhteiskunnassa. Avioeron jälkeen molemmat osapuolet voivat pitää omaisuutensa, mutta miehen täytyy maksaa vaimolle elätystukea. Pienet lapset jäävät äidille ja isot lapset isälle. Äiti ei voi saada lasten huoltajuutta, jos hän on muun uskontoinen kuin islamin. Eronneena naisena hänellä on kuitenkin enemmän vapautta valita itse seuraavan puolisonsa. Jos äiti avioituu uudestaan, isälle palautuu lasten huoltajuus. Lasten ikärajat tässä asiassa vaihtelevat maittain ja ovat määriteltyjä islamilaisessa laissa. Aviorikos on rangaistava teko. Aviorikoksen syyttämisestä tarvitaan neljä silmätodistajaa. Miehillä on oikeus rangaista vaimoan, jos tätä epäillään syyllistyneen aviorikokseen. Monissa muslimimaissa avioliitossa tapahtunutta raiskausta ei katsota rikoksena. Myös raiskaajaa ei tuomita, jos tämä avioituu uhrinsa kanssa. Rangaistukset raiskauksesta vaihtelevat eri muslimimaissa. Avioeron ja

huoltajuuden Suomessa säätää kuitenkin Suomen lakisäädäntö. (Akar – Tiilikainen 2004: 13, 22–23; Hattstein 2008: 70–71; Marjeta 2001: 32–33.)

3.5 Seksuaalisuus venäläisessä kulttuurissa

Venäläisistä suurin osa kuuluu ortodoksisen uskontoon. Ortodoksisessa uskonnossa seksuaalisuus sallitaan ja sitä pidetään hyvänä, positiivisena asiana, joka mielletään ihmisen perustarpeeksi. Kirkko pitää sitä Jumalan lahjana ihmiselle ja siksi sitä kunnioitetaan ja suojellaan. Seksuaalisuutta ei pidetä vain fyysisenä tarpeena, vaan myös psyykkisenä ja hengellisenä tarpeena. Ortodoksisessa kirkossa katsotaan, että ihminen on luotu seksuaaliseksi olennoiksi. Venäläisessä kulttuurissa seksuaalisuus liitetään myös avioliittoon ja seksissä kaikki on sallittua, mikä ei toista loukkaa. Avioliiton ulkopuolinen seksi katsotaan saastaiseksi ja sellaiseksi teoksi, joka aiheuttaa turvattomuutta ja epäjärjestyttä. Ortodoksisessa kirkossa aloitetaan seksuaalikasvatus silloin, kun nuori on siihen valmis. Seksuaalikasvatuksessa opetetaan seksin merkitys niin fyysisesti, psyykkisesti ja hengellisesti, mutta siitä ei tehdä suurempaa osaa, mitä se on. Seksuaalisuus on osa nuoren kehitystä. Seksuaalikasvatuksessa olisi tärkeää painottaa sen olevan osa ihmisen kokonaisuutta. Seksuaalikasvatuksesta tulisi luoda positiivinen mieli ja antaa nuorelle vaihtoehtoja löytää oma seksuaalisuus ja tapa olla seksuaalisessa kanssakäymisessä. Seksuaalisuudessa mielikuvitukselle ei ole rajoja. (Brusila 2008: 61, 67.)

Neuvostoliiton aikaan seksuaalisuutta käsiteltiin ainoastaan seksuaalisen kanssakäymisen välineenä. Masturbaatio tai homoseksuaalisuus oli ankarasti kielletty ja vain tyyppilliset heteropariskunnat ja niiden välinen seksuaalinen kanssakäyminen sallittiin. Tutkimusten mukaan vielä vuonna 2001 jopa 21 prosenttia venäläisistä oli sitä mieltä, että homoseksuaalisuus oli syntiä ja kaikki homoseksuaalit tulisi teloittaa. (White 2002: 44). Toisin kuin somalialaisessa kulttuurissa, naisen tuli olla kaunis ja tehdä itsestään kauniin miestä varten. Venäläiseen kulttuuriin kuuluvatkin ylelliset asut, meikit ja hiusten moninaiset kampaukset. Tähän saattoi liittyä myös taloudellinen tilanne, sillä nainen ei käynyt töissä vaan mies toi leivän perheelle. Nainen oli riippuvainen miehestä ja naisen elinehto oli olla seksuaalisesti miellyttävä miehelleen. (Kon 1995: 68). Perestroikan vallan aikaan alkoi uusi kausi, hän toi julkisuuteen homoseksuaalisuuden, eroottisen taiteen ja seksiin erikoistuneet lehdet. Eroottisen

taiteen tultua julkisuuteen se on syrjäyttänyt pornografian, eikä se ole vielä Venäjällä sallittua. Pornografian levittäminen on Venäjällä rangaistava teko, eikä laillista pornografiaa tunneta. (Kon 1999: 546).

Neuvostoliiton ajan vuoksi Venäjällä ei ole vielä tervettä seksuaalikulttuuria, joten erilaiset seksitaudit ja ei-toivotut raskaudet ovat yleisiä. Suosituin ehkäisykeino Venäjällä on abortti. Terveeseen seksuaalikulttuurin puuttuneisuuden vuoksi valloillaan on myös raiskaukset, pedofiliat sekä sukupuolitaudit. Venäjällä ei myöskään anneta seksuaaliopetusta, joten kaikki seksuaalisuuteen liittyvä tieto tulee vanhemmilta tai medialta. (Kon 1995: 3, 202–203, 211–212).

3.6 Seksuaalisuus suomalaisessa kulttuurissa

Seksielämän aloittaminen on jonkin verran aikaistunut ja sen harrastaminen on lisääntynyt nuorten keskuudessa viimeisten vuosien aikana. Keski-ikäisen suomalaisen seksikumppaneitten määrä on lisääntynyt. Ehkäisyvälineistä suosituimmat ovat kondomi ja e-pillerit. Niiden käyttäminen yhdessä on harvinaista. Väestön ehkäisyn käytön taustalla on enemmän raskaudelta kuin sukupuolitaudeilta suojaaminen. Jälkiehkäisyn käyttö on lisääntynyt huomattavasti vuodesta 2001. Noin lähes joka kuudes nuori ei ehkäissyt itseään. Naisten sterilisaatiot ovat vähentyneet ja miesten lisääntyneet. Teini-ikäisten synnytysten määrä on noussut vuodesta 1997 vuoteen 2004. Raskauden keskeytykset yleisesti väestön keskuudessa ovat vähentyneet, mutta alle 25-vuotiaiden raskauden keskeytykset ovat sen sijaan lisääntyneet. Kohdunkaulansyöpä on yleistynyt, keski-ikäisissä olevien naisten keskuudessa se on kasinkertaistunut. Klamydiatartunnat ovat myös lisääntyneet. Sen sijaan kuppa ja tippuri ovat vähentyneet ja HIV-tartunnat pysyneet suunnilleen samoina. (Kosunen 2006: 15–18; Kansanterveyslehti 2006/7: 3.)

4 SEKSUAALIKASVATUS SUOMESSA JA ULKOMAILLA

4.1 Seksuaalikasvatus Suomessa

Seksuaalikasvatus on määrätty kuuluvaksi opetussuunnitelmaan. Kansainterveyslaki määrää, että kuntien on ylläpidettävä kouluterveydenhuoltoa, joka käsittää perusopetusta ja lukiokoulutusta, ja joita antavat koulut ja oppilaitokset. Niiden tehtävänä on valvoa terveydellisiä oloja sekä oppilaiden ja opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Kouluterveydenhuolto tulisi olla kaikkien saatavilla sukupuolesta tai välimatkasta riippumatta. Siksi kouluterveydenhuolto onkin usein sijoitettu koulun tai oppilaitoksen tiloissa ja koulupäivän aikana. (Oppilaan hyvinvointi ja oppilashuolto 2002.) Tämä käsittää osan seksuaaliterveydestä, sillä lakisääteisesti koulujen ja oppilaitosten tehtävänä on seksuaalikasvatus sekä -neuvonta, johon kuuluvat muun muassa ehkäisyneuvonta ja tartuntatautien ehkäisy. Seksuaalikasvatus tulee sisältyä kuntien hyvinvointistrategiaan, joka on osana terveys-, sosiaali- ja sivistystoimien toimintasuunnitelmaa. Seksuaalikasvatusta Pääkaupunkiseudulla antavat julkisten palvelujen sektorin puolelta peruskoulut, terveydenhuolto ja ehkäisyneuvolat, mutta myös yksityisten ja kolmannen sektorin toimijat ja järjestöt, kuten Väestöliitto, Sexpo, HIV Aids-tukikeskus, Tyttöjen Talo, Miesten Keskus ja Folkhälsan. Seksuaalikasvatusta kouluissa antaa, opettajien ohella, kouluterveydenhoitaja ja joka kymmenessä koulussa opetus tapahtuu ulkopuolisen asiantuntijan kautta. Seksuaalikasvatusta antavan suomalaisen ammattilaisen voi olla vaikea ymmärtää eri kulttuurien lähtökohtia, jos hänellä ei ole siitä aikaisempaa tietoa tai kokemusta. Ristiriitoja aiheuttaa suomalaisten avoimuus puhua seksuaalisuudesta, sillä joissakin kulttuureissa seksuaalisuus on vielä tabu. (Brusila 2008; Kontula – Meriläinen 2007: 1; Martikainen-Ata – Vesivalo 2008: 2; Säävälä 2009; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, Verkkodokumentti; Tyttöjen talo, Verkkodokumentti.)

Seksuaalikasvatusta toteutetaan kouluissa luentomaisen opetuksen tapaan, videoiden ja keskustelun kautta. Tutkimukset osoittavat, että nuoret tahtoisivat luentomaisen opetuksen sijaan pienryhmäkeskustelua. Videoita toivottiin myös lisää, mutta niiden tulisi olla ajantasaisia ja asianmukaisia, etteivät ne järkyttäisi nuoria. Kysymysten esittämiseen toivottiin nimettömiä lappuja. Nuoret toivoivat tilannetehtäviä, joiden kautta heräisi keskustelua. Nuoret toivoivat myös erilaisia tutustumiskäyntejä esim.

ehkäisyneuvolaan ja erilaisia teemaviikkoja. Opetuksen antavan henkilön tulisi olla koulun ulkopuolelta, mutta myös tuttu opettaja voisi luoda enemmän luottamusta oppilaita kohtaan. Myös opetusta antavan henkilön iällä katsottiin olevan vaikutusta opetuksen luontevuuteen ja helppouteen. Seksuaalikasvatus tulisi olla johdonmukaista ja koordinoitua niin, että kaikki saisivat saman opetuksen koulusta riippumatta. Tutkimuksessa käytiin myös läpi seksuaaliopetuksen toteuttajien mielipiteitä. Seksuaaliopetuksella on suuri vaikutus nuorten seksuaalitietoisuuteen ja asenteisiin. Seksuaalikasvatus tulisi rakentua asiatiedoista, nuoren vastuusta ja seksuaaliasioiden luontevuudesta. Seksuaaliopetuksen toteuttajat toivoivat täydennyskoulutusta. Ongelmaksi koettiin avoimuuden puute ja seksuaalisten riskien korostaminen. Vanhempien huomioiminen ja mahdollisuus nuorten kanssa syvälliseen keskusteluun koettiin puutteelliseksi. Vanhemmat toivoisivat enemmän tietoa seksuaaliopetuksen sisällöstä ja sen määrästä. (Ihalainen – Jääskeläinen 2008: 23–24.)

Tuula Kolarin tutkimuksessa kouluterveydenhoitaja pystyy tarjoamaan nuorelle palveluita, jota nuori ei uskaltaisi tai kehtaisi hakea koulun ulkopuolelta. Näitä palveluita kutsutaankin matalan kynnyksen palveluiksi. Nuoret olivat tyytyväisiä terveydenhoitajan antamaan seksuaalikasvatukseen ja arvostivat kouluterveydenhoitajaa seksuaalikasvatuksen toteuttajana. Nuoret pitivät tärkeänä terveydenhoitajan aloitteellisuutta ja odottivat, että terveydenhoitaja neuvoisi heitä seksuaaliasioiden osalta, sillä nuoret eivät kokeneet omaavansa tarpeeksi rohkeutta kysyäkseen. Onnistuneeseen seksuaalikasvatukseen liittyi läheisesti terveydenhoitajan avoimuus ja positiivinen asenne. Ongelmaksi koettiin terveydenhoitajan estyneisyys, sekä suhtautuminen alentuvasti nuoreen. Nuoren terveydenhoito ja seksuaaliterveys liittyvät toisiinsa, joten terveydenhoitajalla tuleekin olla taitoa ja tietämystä molemmista osa-alueista. Terveydenhoitajat kokevat pääsevänsä hyvin oppilaiden kanssa keskustelemaan asioista luottamuksellisesti. Ongelmiksi terveydenhoitajat kokevat ajan puutteen ja omien valmiuksien riittämättömyyden. Terveydenhoitajat myös kokivat työn antoisaksi, mutta kaipasivat täydennyskoulutusta. (Kolari 2007: 20–25.)

Seksuaalikasvatus käsittää fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden edistämisen. Tutkimusten mukaan ihmisen psyykkisellä ja sosiaalisella seksuaaliterveyden riskikäyttäytymisellä ei ole suuria kulttuurillisia eroavaisuuksia. Riskikäyttäytymisenä pidetäänkin kansainvälisesti uhkaavaa fyysistä terveyttä johtuvia syitä, kuten suojaamatonta seksiä kumppanin kanssa, tai varhain aloitettua sukupuolielämää.

Taloudellisen laman aikoihin seksuaalikasvatusta supistettiin ja ehkäisyneuvoita lakkautettiin. Perhekasvatus sai myös poistua vuonna 1994, jonka jälkeen seksuaaliasioista puhuminen on vaihdellut kouluittain. Seksuaalikasvatus alkoi elpyä vuosina 2004–2005, kun terveystiedon oppiaine, johon kuului myös seksuaaliterveys, tuli pakolliseksi kouluihin. Tänä päivänä nuoret näkevät enemmän väkivaltaa ja seksuaalista kansakäymistä median kautta kuin aikaisemmat sukupolvet. Medialla onkin suuri merkitys nuorten käsityksiin seksuaaliasioissa. Kuitenkin seksuaalikasvatuksessa on tapahtunut huomattavia muutoksia vuosikymmenien aikana. Seksuaalikasvatusta pidetään tärkeänä nuorten elämässä ja siksi siihen on panostettu enemmän. Nykynuoriso pitävät seksuaalisuutta tärkeänä osana elämää ja siitä puhuminen on lisääntynyt viimeisen 20–30 vuoden aikana. Aiemmissa tutkimuksissa kävi ilmi että 8-luokkalaisten seksuaaliterveyteen liittyvien tiedon tilannetta. Kyselyyn osallistui 2000-luvulla 401 koulua sekä 2006 vuonna 462 koulua. Tuloksissa kävi ilmi, että 2000-luvulla jopa 66 % vastaajista omasi tiedot seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa, kun taas vuonna 2006 reilut 69 % vastaajista omasi vastaavat tiedot. Tuloksista kävi myös ilmi, että tytöillä oli paremmat tiedot kuin pojilla. (Ihalainen – Jääskeläinen 2008: 7–8, 21–22; Kontula – Meriläinen 2007: 1.)

Hyvällä koulumenestyksellä ja seksuaalitiedoilla näytti olevan yhtäläisyyksiä. Hyvä koulumenestys takasi myös hyvän seksuaalitietouden, vaikka osallistuminen seksuaalikasvatukseen olisi ollut heikkoa. Pojille seksuaaliopetus oli tärkeää ja he saivat myös kaiken tiedon ainoastaan seksuaalikasvatuksen kautta. Oppilaat pitivät seksuaaliopetuksen tunneilla tärkeänä luontevaa ja positiivista ilmapiiriä. Seksuaaliopetuksen tavoitteena on nuoren vastuuseen kasvattaminen ja oikeiden asioiden välittämistä. Opettajat kokivat hankalaksi puhua seksuaalisesta ahdistelusta, inestistä, pedofiliasta ja raiskauksesta. Vuonna 2006 tehdyn seksuaaliterveystietämiskyselyn tulokset osoittivat, että nuorten seksuaaliterveystietämys oli parantunut keskimäärin kahdella pisteellä, tytöillä jopa seitsemän ja pojilla kolmen pisteen verran. Huonoiten oppilaat vastasivat seksuaalisen kanssakäymisen, sukupuolitauteihin liittyviin kysymyksiin. 8-luokkalaiset oppilaista puolet vastasi näihin kysymyksiin väärin. Pojat vastasivat myös lapsuuden ja murrosiän koskeviin kysymyksiin heikommin kuin tytöt. (Kontula – Meriläinen 2007: 2–3.)

Nuoret saivat myös kotona entistä paremmin seksuaalikasvatusta. 1990-luvulla tehdyn tutkimuksen mukaan reilusti yli puolella nuorista sai seksuaalikasvatusta kotona, kun taas vastaavasti 1980-luvun lopulla 15-vuotiasta puolet helsinkiläistyöistä ei keskustellut kotona seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Nuoret kokivat saavansa seksuaalisuutta koskevaa tietoa kavereiden, median, opettajien ja kouluterveydenhoitajien kautta. Koulujen seksuaaliopetus vaihtelee Suomessa suuresti. Osmo Kontulan tehdyn tutkimuksen mukaan vuosina 1995–1996 seksuaaliopetus vaihteli suuresti eri koulujen välillä. Tästä syystä koululainsäädäntö uudistettiin 2000-luvun vaihteessa. Opetussuunnitelmassa terveystiedon opetus sisältää myös seksuaaliopetusta. Koulujen välisessä opetuksessa ja seksuaalisuudesta puhumisessa on suuria eroja. Nyky-yhteiskunnassa seksuaalikasvatuksen laatu ja määrä puhututtaa paljon. Aikuiset ja nuoret tarvitsevat entistä enemmän seksuaalikasvatusta, joka vaihtelee sekä monipuolisuudellaan että määrällään. 9-luokkalaisille tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi, että nuoret haluavat tasapuolisesti tietoa ehkäisyasioissa, seksistä, raskauden epäilyistä ja siihen liittyvissä terveystietopalveluista, mutta myös tietoa omaan sukupuoleen liittyvissä asioissa. (Ihalainen – Jääskeläinen 2008: 22.)

Kansainvälisesti Suomen seksuaalikasvatuksen tila on hyvä, raskauden keskeytysten määrä on kohtuullinen, mutta lisääntynyt 1990-luvun puolivälin jälkeen. Sukupuolitautien määrä, hedelmöityshoidot ja synnyttävien korkea ikä ovat lisääntyneet. Yhteiskunnan seksualisoitumisen mukana myös alkoholin ja huumeiden käyttö sekä nuorten liian aikainen seksikokeilu ovat lisääntyneet. Nuoret pojat tiesivät vähemmän seksuaali- ja lisääntymisterveydestä kuin tytöt. Pääasiassa, nuoret alle 20-vuotiaat olivat saaneet tietoa seksuaaliterveydestä aikakauslehdistä, koulussa tai gynekologin vastaanotolla. Tiedonsaanti internetin kautta oli vähäinen, vaikka verkossa löytyykin aika paljon seksuaaliterveyttä koskevaa tietoa. Vaikka asiallista tietoa löytyykin paljon internetistä, se oli hajallaan ja siitä oli helppoa eksyä epäasiallisiin sivustoihin. Toisaalta tiedon oikeellisuutta ja luotettavuutta kyseenalaistettiin. Tutkimusten perusteella on todettu, että ihmisten eri ikävaiheella, elämäntilanteella ja koulutustasolla oli vaikutusta siihen, että tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä oli hankittu enemmän. Suomessa vähemmistö- ja erityisryhmille suunnattu seksuaalikasvatusta ei annettu ollenkaan tai sitä annettiin suppeasti ja yleisesti, niin kuin muullekin väestölle. Seksuaalikasvatusta maahanmuuttajille toteutettiin erikseen silloin, kun nämä ottivat omatoimisesti yhteyttä esim. oman kunnan terveyskeskusten neuvoloihin. Silloin he kokivat saamansa seksuaalikasvatusta riittämättömänä ja turhana

tai he eivät kokeneet tullessa kuuluksi. (Kosunen 2006: 15–18; Kansanterveyslehti 2006/7: 3; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011: 3–4, 21–41; Väänänen ym. 2009: 2–3.)

4.2 Maahanmuuttajien seksuaalikasvatus Suomessa

Jokaisella nuorella on oikeus seksuaalisuuteen ja siihen liittyvään oikeaan ja riittävään seksuaaliterveyttä käsittelevään tietoon. Seksuaaliterveys kuuluu osana Suomalaista opiskelijaterveydenhuoltoa sekä kouluissa opettavaa terveyden edistämistä johon kuuluu yhtenä osa-alueena seksuaaliterveys. Suomalaisen perusterveydenhuollon ja opetussuunnitelman tavoitteet perustuvat pääosin suomalaisyhtenäiseen väestöön, joka on kasvanut Suomessa ja jolle on ominainen suomalaistyyppinen kulttuuritausta. Suomen maahanmuuttajanuoret tulevat pääosin kulttuurista, joissa on erilaiset käsitykset seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Heidän tiedot ehkäisystä, raskaudesta, seksuaalisista oikeuksista, ovat selvästi heikommat kuin suomalaisnuorten. Suomalaisen nuorten joukossa on siis yhä enemmän nuoria, joilla on tietoa ihmiskehon anatomiasta, fysiologiasta, ehkäisystä ja seksuaalisista oikeuksista. Suomalaisessa opetussuunnitelmassa ja perusterveydenhuollossa puuttuu tietoa maahanmuuttajanuorten tarpeista. (Kansanterveyslehti 2006/7: 12–13.)

Monessa kulttuurissa seksuaalisuus on tabu, josta ei puhuta ja sen ilmeneminen esimerkiksi vaatetuksessa on hävytöntä. Siksi nuoren maahanmuuttajatyön on kenties mahdotonta tutustua ehkäisyvälineisiin tai hankkia niitä. Ongelmina ovat kulttuureihin liittyvät seksuaaliset tabut, taikauskoisuuden ja ahdasmielisyyden. Esimerkiksi naiset ovat saastaisia kuukautisten aikana ja lapset ovat epäpuhtaita, jos heitä ei kasvateta jollain määrättyllä tavalla. Seksuaalikasvatuksessa maahanmuuttajanuoret saattavat myös sulkea korvansa esim. ehkäisyasioista, jos heidän kulttuurinsa kieltää ehkäisyn. Näin ollen nuori ei saakaan tietoa vaihtoehtoisista ehkäisymenetelmistä. Maahanmuuttajat kokivat ongelmallisena kieli- ja kommunikaatiovaikeudet, sillä seksuaalikasvatuksessa käytetään ammattisanastoa, jota he eivät tunne. Maahanmuuttajilla on hallussaan ainoastaan puhuttu kieli eli se, mitä he käyttävät päivittäin, esimerkiksi kavereiden kanssa. Yhteisen kielen puuttuminen johtaa väärinymmärryksiin puolin ja toisin, mikä aiheuttaa maahanmuuttajille kielteisiä kokemuksia terveydenhuollon palveluista. Maahanmuuttajat olivat myös pettyneitä

hoitohenkilökunnan kiireeseen, ajanpuutteeseen sekä asenteisiin. He toivoivat, että hoitohenkilökunta kiinnittäisi huomiota enemmän kieli- ja kommunikointiongelmiin sekä omaan kulttuuriseen suhtautumiseensa. Positiivisena asiana maahanmuuttajat pitivät kehittynyttä teknologiaa ja neuvolapalveluita. Hoitohenkilökunta nimesi tартtuvia ongelmia maahanmuuttajan kohdatessa myös kieli-ongelmat, vähäinen koulutus ja vähäinen kokemus. Hoitohenkilökunta koki, että, mitä useammin oli ollut tekemisissä maahanmuuttajien kanssa, sitä helpompaa heidän kohtaamisensa oli. Suurin osa hoitohenkilökunnasta halusikin kehittää omaa kulttuurillista tietämystään. (Koskimies – Mutikainen 2008: 35–42; Martikainen-Ata – Vesivalo 2008: 19–20.)

Monissa kulttuureissa uskotaan, että seksuaalisuudesta puhuminen rohkaisee nuoria aikaisiin seksikokeiluihin. Joissakin kulttuureissa seksuaalikasvatusta koetaan intiiminä alueena, eikä siitä puhuta ulkopuoliselle, eikä edes läheisille. Maahanmuuttajaväestöstä saattaa tuntua, että heidän yksityisyyttä ja intimitteettiä oli loukattu. Vanhemmat voivat myös kieltää lapsilleen annettavan seksuaalikasvatuksen. Tätä päätöstä ammattilaisen on kunnioitettava, eikä ketään voi pakottaa osallistumaan seksuaalikasvatukseen. Tutkimuksissa on todettu että maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tarpeisiin vaikuttaa moni tekijä, ja näitä olivat: muuttosyy, ikävaihe, perhetilanne, sukupuoli, seksuaalinen suuntautuneisuus ja kulttuuritausta. Maahanmuuttajien seksuaalisuuteen vaikutti menneisyydessä koetut traumat ja väkivallan kokemukset. Palveluiden kysyntään vaikutti kielitaito, muutoksen vaihe, koulutustausta ja kulttuuritausta sekä sosioekonominen tilanne lähtömaassa ja Suomessa. Maahanmuuttajien palveluiden saatavuuteen vaikutti maahanmuuttajien huomiointi palveluiden tarjonnan tarpeellisuudesta. Maahanmuuttajanuorten nuorten suhtautumiseen vaikuttavat heidän oma kulttuuri ja elämänhistoria eli se, miten kauan nuori oli Suomessa asunut. (Brusila 2008; Martikainen-Ata – Vesivalo 2008: 19; Säävälä 2009.)

Seksuaalikasvatuksen yhteydessä maahanmuuttajanuoren käyttäytyminen on samanlaista kuten suomalaisnuorella. Tyypillistä nuoren reaktiota on siis hihittely, ujous ja kasvojen punoitus. Maahanmuuttajanuoria vaivaavat kuitenkin samat kysymykset kuin suomalaisnuoriakin, eikä kysymykset paljon eroa toisistaan. Erona oli se, että maahanmuuttajanuorilla oli enemmän kysymyksiä esimerkiksi seksuaalisesta väkivallasta ja ympärileikkauksesta. Kuitenkin asiantuntijoille kysymyksien esittäminen kahden kesken on hieman monimutkaisempaa kuin suomalaisnuoren.

Maahanmuuttajanuori saattaa kiertää kysymyksiä ja rohkenee kysyä kenties vasta muutaman tapaamiskerran jälkeen. Suomalaisnuori kysyy suoraan tultua tapaamiseen, eikä hänen ”tarvitse kerätä rohkeutta kysyäksensä”. Maahanmuuttajanuorille on tärkeää luottamus ammattihenkilöön sekä ammattihenkilön asenne ja empaattisuus. Koska maahanmuuttajanuori uskaltaa ottaa seksuaalisuus puheeksi vasta muutaman käynnin jälkeen, käyntikertojen määrällä ja laadulla on vaikutus luottamuksen syntymiseen. Luottamus toteutuu silloin, kun ammattihenkilö on tuttu, ammattihenkilön asenne on avoin eikä arvosteleva, nuoren erityiskysymyksiä huomioidaan, käyntikohtaukset ovat yksilölliset ja yhteisymmärrys toteutuu. Maahanmuuttajanuorten vaikeus puhua seksuaalisuudesta ja ehkäisystä taustana on monesti kulttuuri ja uskonto. Ammattilaisten mielestä tieto nuorten taustasta oli hyödyllinen, muttei välttämätöntä, ja työskentelyä maahanmuuttajanuorten parissa edisti enemmän oikea asenne kuin erityiskoulutus. Ammattilaisista vain harva suunnittelee seksuaalikasvatusta sen mukaan, onko ryhmässä maahanmuuttajanuoria. Muut ammattilaiset pitivät ongelmallisena, että opetustilanteet ovat tilattuja ja käsiteltävistä aiheista sovitaan tilaajan ja toimijan kesken. Meidän tulisikin kiinnittää huomiota koulussa ja perusterveydenhuollossa annettavaan seksuaalikasvatukseen ja siihen liittyviin ongelmiin. (Martikainen-Ata – Vesivalo 2008: 19–20; Monitori 2009/1: 28.)

Maahanmuuttajille ei ollut olemassa erillistä seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaa, ennen kuin Väestöliitto katsoi sen tarpeelliseksi keväällä 2009. Kesäkuussa 2009 Väestöliitto julkaisi uuden seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman maahanmuuttajille. Perusteina tähän oli tiedon puutteellisuus tai virheellisyys. Toimintaohjelmassa laadittiin tekijöitä, jotka vaikuttavat maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Kyseisiä tekijöitä olivat maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedon puutteellisuus, seksuaali- ja lisääntymisterveyden oikeuksien haavoittuvaisuus erityisesti avioliiton kautta saapuneiden sekä maahanmuuton kriisiaika. Hormonaalisia ehkäisykeinoja ja hormonihoitoja venäläiset naiset eivät mielellään käytä ja he suhtautuvatkin niihin kielteisesti. Somalalaiset taas eri ehkäisykeinot saattavat olla kokonaan uusi asia, koska heidän maassa sisällissodan takia ehkäisyvaihtoehtoja on vaikea saada ja tehokas ehkäiseminen saattaa olla heille kokonaan uusi asia. Maahanmuuttajien keskuudessa abortteja on vähemmän kuin suomalaisilla, mutta venäläisillä naisilla ne ovat kuitenkin yleisempiä kuin suomalaisilla. Suomessa tehty tyttöjen ympärileikkaus on rikos. Ympärileikattuja naisia on kuitenkin Suomessa paljon. (Säävälä 2009: 6–8.; Väänänen

ym. 2009: 2–3, 12, 14–15.)

4.3 Kansainväliset tutkimukset seksuaalikasvatuksesta

Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen mukaan, Etelä–Aasiasta tulleiden intialaismaahanmuuttajien käsitys seksuaali- ja lisääntymisterveydestä poikkesi paljon käsitykseen seksuaali- ja lisääntymisterveydestä Yhdysvalloissa. Intialaisten käsitys seksuaali- ja lisääntymisterveydestä oli erilainen kuin valtaväestöllä. Tähän vaikutti intialaismaahanmuuttajien velvollisuus ja asema yhteiskunnassa, järjestetyt avioliitot, kulttuuri ja uskomukset sekä seksuaalikasvatuksen puute. Tämän takia intialaismaahanmuuttajista saattoi tuntua, ettei heitä kuultu ja että heitä kohdeltiin huonosti, eivätkä he olleet tyytyväisiä terveystalouteen. (Fisher – Browman – Thomas 2003.)

Kanadassa vuosina 1995–1997 tehtyjen tutkimusten mukaan teiniraskauksien ja sukupuolitautiin määrä on lisääntynyt väestön keskuudessa. Myös raskauden keskeytykset ovat lisääntyneet. Taustalla olivat sosiaaliset ja taloudelliset syyt sekä se, että seksuaalikasvatusta annettiin rajoitetusti ja vähän, joten seksuaalikasvatuksen tietoa ja sen antoa oli parannettavaa. Teinien keski-ikä ensimmäisen seksikokeilun ajankohdassa on koko ajan laskemassa, mikä altisti teiniraskauksille ja sukupuolitauteille. Tilastojen mukaan teinien keskuudesta tytöt sairastivat enemmän sukupuolitauteja kuin pojat. Seksielämän tytöt aloittivat nuorempina kuin pojat. Ehkäisyvälineistä suosituimmat ehkäisyvälineet olivat kondomi ja e-pillerit. Niiden määrä, jotka eivät käyttäneet mitään ehkäisyvälinettä, oli myös lisääntynyt. (Barrett – Maticka-Tyndale – McKay 2000: 41–61.)

Myös Australiassa teiniraskauksien ja sukupuolitautiin määrä on lisääntynyt. Australiassa HIV tartunnan saaneista oli lähes puolet 15–24-vuotiaita. Viimeiset tutkimukset ovat osoittaneet, että usea nuori ei edes tiedä, miten suojella itseään sukupuolitauteilta tai miten ne leviävät. Myös usea niistä, joilla on tietoa sukupuolitaudeista ja niiden levinneisyydestä, oli kuitenkin jättänyt ehkäisyn käytön väliin. Puolet 16-vuotiaista ei käyttänyt kondomia yhdynnässä. Joka vuosi suunnilleen miljoona lasta on pakotettu seksiin. Kulttuuri, uskonto, huono sosiaalinen ympäristö, asema yhteiskunnassa tai homoseksuaalisuus oli syynä seksuaalisuuden

epänormaaliseen tai häiriintyneeseen kehitykseen. (Couch – Dowsett – Dutertre – Keys – Pitts 2006: 8–9, 15, 53.)

5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

5.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyömme perustuu kvalitatiiviseen eli laadulliseen tutkimukseen empiirisestä näkökulmasta katsottuna. Tarkoitus on ollut tutkia ihmisten kokemuksia todellisuudesta, heidän elämässä tapahtuvia asioita ja heidän henkilökohtaisia arvojaan. Laadulliselle tutkimukselle ominaista on pieni otos ja näin mekin olosuhteista johtuen, haastattelimme vain yhtä ihmistä, mutta tavoitteena meillä oli saada mahdollisimman kattava otos. Haastattelun tarkoitus tässä vaiheessa opintojamme on ollut lähinnä oppimiskokemus avoimesta yksilohaastattelusta. Opinnäytetyömme on kiinteässä yhteydessä teoriaan.

(Metsämuuronen 2006; Vilka 2005: 97; Virtuaaliammattikorkeakoulu, Verkkodokumentti.)

5.2 Tapaustutkimuksen menetelmä ja toteutus

Opinnäytetyömme haastattelun toteutimme avoimena tapaushaastattelun, sillä halusimme antaa haastateltavalle mahdollisimman vapaan kerrontatavan. Avoimessa tapaushaastattelussa käytimme avoimia kysymyksiä, jossa ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää haastateltavan kokemuksia, mielipiteitä, ajatuksia ja tunteita aihepiiristä, sekä auttaa näiden asioiden tulla esiin aidosti haastattelun aikana. Halusimme, että aihe johdattaisi mielenkiintoiseen keskusteluun, jossa olisimme voineet vaihtaa ajatuksia haastateltavamme naisen kanssa. Avointa haastattelua voitaisiin verrata keskusteluun, jossa aihe liikkuu vapaasti tarkoituksenmukaisen aihepiirin sisällä. Tarkoituksenamme oli selvittää avoimen tapaushaastattelun avulla, miten nykypäivänä annetaan seksuaalikasvatusta venäläisestä kulttuurista tuleville nuorille naisille. Valitsimme haastateltavaksi yhden aikuisen venäläisen naisen.

Alkuperäisenä tarkoituksenamme oli toteuttaa kaksi yksilöhaastattelua, jossa haastateltavinamme olisivat venäläinen ja somalialainen nainen. Kuitenkaan emme onnistuneet löytämään somalialaista naista haastateltavaksi määräajassa, joten päädyimme vain yhden haastattelun toteuttamiseen. Valitsimme haastateltavaksi sellaisen venäläisen naisen, joka oli tullut Suomeen maahanmuuttajana nuorena. Hänen avullaan saimme näkökulmaa siitä, olivatko ammattilaiset ottaneet huomioon naisen taustaa tai kulttuurilähtökohtaa, kun antoivat hänelle seksuaalikasvatusta. Selvitimme myös haastateltavan kokemuksen kautta, mitä ongelmia ja ristiriitoja hän oli kokenut.

Tarkoituksenamme oli olla yhteistyössä Tyttöjen talon kanssa, josta olisimme myös saaneet haastateltavat. Ennen haastattelun toteuttamisesta kysyimme Tyttöjen talon henkilökunnalta kirjallisen luvan haastatteluun. Lupaa haastatteluun emme saaneet tietämättömästä syystä. Sen takia olimme pyrkineet saamaan haastatteluluvan Metropoliassa maahanmuuttajina opiskelevilta naisopiskelijoilta ja oman tuttavapiirin maahanmuuttajanaisilta. Löysimme yhteensä viisi naista, jotka olivat sopivia haastatteluun, mutta neljä heistä peruutti haastattelun ilman varoitusaikaa, joten onnistuimme toteuttamaan vain yhden haastattelun. Ennen haastattelun toteuttamisesta olimme testanneet kysymyksiämme kuusi kertaa. Haastattelukysymysten testaajina toimivat opinnäytetyömme ohjaaja, kaksi valmistuvassa olevaa kättilöopiskelijaa, sairaanhoitajaopiskelija ja terveydenhoitajaopiskelija. Rakentavaa palautetta haastattelun kysymyksistä saimme opinnäytetyömme seminaareissa ja haastattelukysymysten testaajilta, joiden ideoiden pohjalta muokkasimme kysymyksiämme.

Tapaustutkimuksen aineisto kerättiin haastatteluna, jossa paikalla ei ollut muita kuin haastateltava ja haastattelija. Haastattelu toteutui haastattelijan ja haastateltavan yhteisen ystävän kotona. Näin ollen, haastateltavan vastauksiin kukaan muu ulkopuolinen ei ole pystynyt vaikuttamaan ja haastattelijalla oli mahdollisuus ohjata haastattelun suuntaa. Haastatteluun kului aikaa noin 60 minuuttia ja toteutimme sen lokakuussa 2009 Etelä-Pohjanmaalla. Haastateltava oli 22-vuotias nainen, joka on asunut Suomessa kymmenen vuotta. Hän oli käynyt suomalaista peruskoulua, jossa oli saanut seksuaalikasvatusta kahdeksannella luokalla. Haastattelun olimme nauhoittaneet nauhurille, jonka tuhosimme haastattelun tuloksien kirjaamisen jälkeen.

Opinnäytetyöhömmme tarvitsimme haastateltavalta henkilöltä suullisen haastatteluluvan, jonka saimmekin ennen haastattelun aloittamista. Haastateltavalle selitimme, että haastattelussa saatua tietoa käyttäisimme opinnäytetyössämme case-tapauksena. Olimme tiedottaneet haastateltavalle naiselle etukäteen, että haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja että hän voi keskeyttää haastattelun milloin tahansa. Haastattelussa ilmeneviä asioita ja kokemuksia olemme käyttäneet niin, ettei naisen henkilöllisyyttä paljastettu. Varmistimme myös, että haastateltava oli ymmärtänyt saamansa tiedon, ennen kuin haastattelu aloitettiin. Julkaisemisvaiheessa meillä oli lupa käyttää henkilötietoja anonymisti eli nimettömänä. Olimme tehneet sitä varten saatekirjeen, joka on liitteenä työmme lopussa. (Liite 1.) Saatekirje annettiin ennen haastattelun toteuttamisesta haastateltavalle naiselle luettavaksi.

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen aineistoa voidaan analysoida eri analyysitavoilla. Analyysitapoja ovat teemoittelu, tyypittely ja sisällönerittely. Sisällön erittelyssä dokumentoidaan numeraalisesti tutkimuksen aineistoa. Sisällönanalyysissä aineistoa dokumentoidaan sanallisesti. Laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysia ohjaavat tarkat säännöt, mutta se sopii elämänläheisen ja kokemuseräisen tiedon aineiston analyysimenetelmäksi. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä teoria ohjaa käsiteltävien asioiden kulkua. Induktiivinen sisällönanalyysi pohjautuu näkemyksiin ja kokemuksiin tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2007: 135, 219–220; Vilka 2005: 100–101, 136–138.) Opinnäytetyömme alussa valitsimme analyysitavaksi induktiivisen sisällönanalyysin, koska katsoimme sen olevan paras analyysimenetelmä opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyöprosessin edetessä, työmme muuttui kahdesta haastattelusta yhteen haastatteluun, joten vaihdoimme sisällönanalyysin deduktiiviseen eli teorialähtöiseen analyysiin. Opinnäytetyömme muuttumisen vuoksi teoria painottuu enemmän nykyisessä työssämme. Teoria on ohjannut työtämme ja olemme liittäneet siihen haastattelusta saadun kokemuseräisen tiedon. Opinnäytetyömme alkuvaiheessa olimme päättäneet, mitä sisällönanalyysia käytämme ja sen, miten tulisimme analysoidaan haastattelun tulokset. Sisällönanalyysillä meidän oli tarkoitus kuvata sanallisesti tutkimustyön tuloksia. Sen avulla olimme muodostaneet maahanmuuttajien seksuaalikasvatuksen toteuttamisesta tiivistelmän tosiasioista.

Aineiston analyysi eteni vaiheittain. Ensimmäisessä vaiheessa tuli määritellä analyysiyksikkö. Opinnäytetyössämme analyysiyksikkönä olivat haastateltavan vastaukset, joista muodostimme kokemuksia, joita kävimme läpi haastattelun tuloksissa. Haastattelun nauhoitimme ääninauhurille lokakuussa 2009. Ääninauhurin olimme lainanneet Metropolia ammattikorkeakoulusta. Aineiston purkaminen aloitimme samana päivänä, koska näin haastattelu oli parhaiten meillä muistissa. Kirjoitimme nauhurilta koko haastattelun läpi paperille, jonka jälkeen muodostimme kokonaisuuden haastattelun tuloksista. Sen jälkeen kirjoitimme vielä erilliselle paperille haastattelun pääkohdat eli ne kohdat, missä ilmeni tutkimustehtävien vastaukset. Kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä viisi sivua. Pääkohdat selvitettyämme aloimme litteroida vastauksia puhtaaksi ja luimme vastaukset moneen kertaan läpi, jotta ne varmasti olisivat parhaita vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Karsimme todella paljon tietoa, joka oli mielestämme epäoleellista opinnäytetyömme kannalta. Valitsimme haastattelusta ainoastaan parhaat vastaukset, joita kirjoitimme lopulliseen opinnäytetyöhömmme. Kunnioitimme haastateltavan anonymiteettiä, emmekä ole kirjoittaneet tekstiin mitään, mistä hänet voitaisiin tunnistaa. Opinnäytetyömme valmistuttua tuhosimme haastattelun sisältävän ääninauhan.

6 SUOMALAINEN SEKSUAALIKASVATUS VENÄLÄISEN KULTUURIN NÄKÖKULMASTA

6.1 Kokemukset seksuaalikasvatuksesta

Haastattelun tuloksissa kävi ilmi, että venäläisen maahanmuuttajanaisen kokemus saamastaan seksuaalikasvatuksesta koulussa oli myönteinen. Yläasteen aikana pidettiin yksi oppitunti seksuaaliasioista keskustelemiseen. Oppitunnilla luennoitsi kouluterveydenhoitaja. Luokka oli jaettu kahteen ryhmään sukupuolten mukaan, tytöt ja pojat. Seksuaalikasvatustunti oli heillä peräkkäisinä päivinä liikunnan tunnin sijasta. Tytöille suunnatussa seksuaalikasvatustunnissa neuvottiin, kuinka ehkäisyneuvolaan tullaan ja millaisissa asioissa ehkäisyneuvolaan voi ottaa yhteyttä. Oppitunnilla kerrottiin erilaisista ehkäisy menetelmistä, joita tytöt voivat käyttää, esimerkiksi yhdistelmäehkäisypillereitä. Ehkäisyn lisäksi oppitunnilla keskusteltiin myös

sukupuolitaudeista ja raskaaksi tulemisesta. Tunti painottui paljon ehkäisy- ja sukupuoliasioista keskustelemiseen, eikä esimerkiksi sukupuolielämän aloittamiseen tai seksuaalisiin oikeuksiin. Haastateltava koki seksuaalikasvatuksen toteutuneen hänen kohdallaan liian aikaisin. Hän itse leikki nukeilla, kun koulussa keskusteltiin seksuaalisuudesta. Haastateltava koki myös asioiden puhumisen ahdistavana tunteena, koska hän ei ollut itse samanlaisella kehitystasolla kuin samanikäiset suomalaisnuoret. Hän ei kokenut siinä ikävaiheessa tarvitsevansa seksuaalikasvatusta. Ongelmaksi hän koki seksuaalikasvatuksen puutteen lukioiässä, hän koki silloin tarvitsevansa tietoa seksuaaliasioista mutta hänen täytyi itse vaatia sitä kouluterveydenhoitajalta.

”Minusta tuntui ahdistavalta kuunnella niitä asioita. En oikeen päässyt ymmärtämään kaikkea, mitä kerrottiin. Minulla ei ole paljon muistia seksuaalikasvatuksesta yläasteelta.”

Kouluterveydenhoitaja esitteli piirtoheittimellä kuvia sukupuolitautilien aiheuttamista vaurioista. Terveystenhoitajalla oli mukana muitakin havainnollistamismenetelmiä, kuten pakkaus yhdistelmäehkäisytabletteja ja kondomeja. Kaikki saivat katsoa niitä ja jokainen sai oman kondomin, joka avattiin ja laitettiin omien sormien päälle.

”Kaikki oli hajanaista, luulisin etten edes ymmärtänyt, mitä ne oli.”

Seksuaalikasvatus kotona oli ollut vähäistä. Kotona oli opetettu, että seksin harrastaminen oli sallittua ja että ihmisellä oli siihen luonnollinen tarve. Haastateltava arveli, että vanhemmat eivät olleet katsoneet tarpeelliseksi puhua niistä asioista yläasteella, koska hän ei vielä kokenut tarvitsevansa tietoa seksuaaliasioista. Venäjällä aloitetaan seksuaalikasvatusta sitten, kun nuori on siihen kehitykseltään valmis.

”Ei kotona puhuttu niistä asioista silloin. En ollut vielä valmis niitä kuulemaan, enkä olisi ymmärtänyt niitä asioita. Myöhemmin lukiossa äiti ja isä kertoivat enemmän seksistä ja eri ehkäisystä.”

Ystäväpiirissä haastateltava koki olevansa ainoa, joka ei ole ollut yhdynnässä. Suomalaisnuoret tuntuivat olevan hyvin tietoisia erilaisista ehkäisymenetelmistä ja suurin osa heistä käyttikin jotakin ehkäisymenetelmää. Haastateltava ei ollut

ymmärtänyt, mitä hänen ystävänsä olivat tarkoittaneet, kun olivat puhuneet poikien kanssa olemisesta ja erilaisista ehkäisymenetelmistä. Venäläisiä ystäviä Suomessa hänellä ei ole ollut, joten hän ei saanut mistään vertaistukea. Suomalaiset ystävät myös käyttivät erilaisia sanoja, joita haastateltava ei ollut ymmärtänyt, kuten esimerkiksi sana klitoris tai emätin. Suomalaiset ystävät myös käyttivät paljon internetiä, josta saivat tietoa seksistä. Haastateltavalle tämä ei ole ollut mahdollista, sillä hänen kotonaan ei ole ollut tietokonetta. Haastateltava koki painostusta ystäväpiirissä aloittaa sukupuolielämä. Koulussa kerrottiin siitä ja ystävät keskustelivat niistä asioista. Hän myös tunsi olevansa erilainen, koska hän ei ole ollut niin kokenut sukupuolisesta kanssakäymisestä.

”Suomalaisystäväni oli paljon kokeneet ja minä en tiennyt mistään. Oli hölmö olo. He nauroivat joillekin asioille, joista minä en tiennyt mikä oli. He myös puhuivat paljon, kuinka olivat ollu pojan kanssa silleen. He myös tiesivät, kuinka pillereitä syödään ja kuinka kondomia käytetään.”

6.2 Kulttuurin huomioiminen seksuaalikasvatuksessa

Venäjällä seksuaalisuus on osa ihmistä ja se katsotaan fyysisenä tarpeena, jota täytyy kunnioittaa (Brusila 2008: 61, 67.) Haastateltavan mukaan Venäjällä ei järjestetä koulussa seksuaalikasvatusta nuorille ja kaikki seksuaalisuuskasvatus tulee vanhemmilta. Venäjällä suhtaudutaan avoimemmin seksuaalisuuteen kuin Suomessa, mutta alastomuus on Venäjällä tabu. Nuoria tyttöjä opetetaan olemaan seksuaalisesti miellyttäviä miehille ja hyvin pukeutuminen on yksi tärkeä osa venäläisen naisen elämää. Venäläisen naisen tulee olla kaunis ja seksuaalisesti haluttava miehelleen. Suomessa opetetaan, että miehellä ja naisella on samat seksuaaliset oikeudet, eikä kukaan saa koskea toista ilman tämän lupaa. Venäjällä mies saa avioliitossa käyttäytyä väkivaltaisesti ja seksuaalisesti hyväksikäyttää vaimonsa ilman, että se olisi kansalaisten kesken rangaistava teko. Venäläinen mies saa käydä avioliiton ulkopuolella maksullisissa palveluissa, vaikka kirkko paheksuu sitä. Toisaalta Venäjällä tätä käytöstä myös ymmärretään, koska miehellä on suurempi seksuaalinen tarve.

”Venäjällä mies voi raiskata ja se on hyväksyttävää, siitä ei välitetä. Naisen täytyy olla aina seksuaalinen ja haluttava miehelle. Seksi on meille

tärkeää ja naiset pukeutuvat Venäjällä hienosti. Ulkonäkö on meille naisille tärkeää.”

Raskauden ehkäisynä Venäjällä käytetään kondomia. Myös aborttien tekeminen on Venäjällä yleistä. Ehkäisypillereiden käyttö on tullut Venäjälle vasta 1900-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa. Ehkäisypillereiden käyttö on saavuttanut suuren suosion sen jälkeen kun ne ovat tulleet markkinoille. Tämän myötä sukupuolitautilien määrä on kasvanut, mutta aborttien määrä on samalla pienentynyt.

”Venäjällä ei kerrotta tarpeeksi, että, jos ei ole kondomia, voi saada sukupuolitaudin. Info on siellä huonoa tai sitten siitä ei muisteta, eikä kaverit tiedä.”

Koulussa järjestetyssä seksuaalikasvatustunnissa ei ollut otettu lainkaan huomioon erilaisesta kulttuurista tulevaa nuorta. Seksuaalikasvatus oli suunnattu ainoastaan suomalaisille nuorille, eikä haastateltavan venäläiselle kulttuurille ollut huomioitu. Ongelmaksi nousivat kieliongelmat. Vaikka haastateltava ymmärsikin kohtalaisesti suomen kieltä, hänellä ei ollut hallussaan seksuaalisuuteen liittyvää sanastoa, kuten emätin tai sukupuolitauti. Vaikeuksia tuotti myös erilaisten murre sanojen käyttö, joita haastateltavan paikkakunnalla käytetään.

”Kun tunnilla puhuttiin sukupuolitaudista, klamydiasta ihmettelin, että, miten se bändi, joka on Suomessa, voi aiheuttaa sitä. Se oli aika hauskaa, kunnes ystäväni kertoi minulle, että se on myös sairaus.”

Suureksi ongelmaksi haastateltava koki, ettei ollut kehitystasoltaan samanlainen kuin suomalaisnuoret. Hän ei kokenut seksuaalikasvatusta tarpeelliseksi, siinä vaiheessa, kun seksuaalikasvatusta annettiin. Ristiriitoja herätti myös se, että seksuaalikasvatustunnilla kerrottiin, ettei ole kiire aloittaa sukupuolielämää, mutta silti haastateltava koki ympäristönpainostuksen. Seksuaalikasvatusta ei ollut suunniteltu yksilöllisesti, eikä kulttuurin huomioimaksi.

”Miksi kertoa niistä asioista, jos ne eivät olleet tarpeellisia tai, jos niihin ei ollut kiire?”

6.3 Seksuaalikasvatuksen kehittämisehdotukset

Haastateltava ehdotti, että seksuaalikasvatuksen oppitunteja tulisi olla useita. Ensimmäisillä tunneilla tulisi käydä läpi seksuaalioikeuksia ja viimeisenä tunneilla vasta ehkäisyasioita. Oppituntien kuuluisi edetä joustavasti ja niin, että jokaiseen asiaan perehdytään kunnolla. Seksuaalikasvatuksen tunnit tulisivat olla peruskoulun opetussuunnitelmassa niin, että ne jatkuisivat koko lukuvuoden.

”Ei yhden tunnin jälkeen muista niitä juttuja. Olis myös hyvä juttu, jos olis kunnan kirja, josta vois kotona lukea.”

Haastateltavan mukaan seksuaalikasvatus tulisi suunnitella jokaisen kohdalla yksilöllisesti, jossa kulttuuria ja uskontoa kunnioitetaan. Seksuaalikasvatusta järjestävän terveydenhoitajan tulisi ensin perehtyä maahanmuuttajanuoren uskontoon ja kulttuuriin ja sitten niiden mukaan muokata seksuaalikasvatusta nuorelle sopivaksi. Seksuaalikasvatuksen aloittamisen alkamisajankohtaan tulisi kiinnittää huomiota nuoren yksilöllisen kasvuun ja kehitykseen.

”Mulla alkoi liian aikaisin. Lukiossa ei ollu mitään seksuaalikasvatusta ja kun aloin seurustelemaan, en muistanut yhtään niistä ehkäisyistä.”

Haastateltavan mielestä tulisi tehdä yhteistyötä vanhempien kanssa, kun puhutaan seksuaaliasioista, jotta vanhemmat tietävät, mistä asioista koulussa on keskusteltu. Hänen mukaansa maahanmuuttajanuorelle tulisi antaa seksuaalikasvatuksen oppitunti omalla kielellään tai ainakin varmistaa, että hän ymmärtää seksuaalikasvatuksessa puhuttua kieltä ja siinä käytettävää sanastoa. Seksuaalikasvatuksen oppitunneilla tulisi painottaa enemmän seksuaalisia oikeuksia ja sukupuolten tasa-arvoa, kuten esimerkiksi sitä, että tytöllä on oikeus kieltäytyä seksistä tai että häneen ei saa koskea ilman lupaa. Haastateltavan mielestä tulisi myös kertoa, että painostaminen seksiin puolin ja toisin on väärin. Nuorille tulisi tehdä myös selväksi, että sukupuolielämään ei ole kiire. Haastateltava kertoi, että seksuaalikasvatus painottui pääasiassa ehkäisyyn ja sukupuolitauteihin, mutta olisi myös hyvä kertoa, että rakkaus ja seksi kuuluvat yhteen. Nuoria tyttöjä tulisi myös varoittaa ”pahoista pojista”, jotka saattavat olla tytön kanssa vain sen takia, että heillä olisi sukupuolielämää. Samalla tulisi myös kertoa siitä, että on

olemassa niitä ”hyviäkin poikia”, jotka jaksavat odottaa ja joiden takia kannattaa odottaa.

”Tyttöille tulisi kertoa, että rakkaus kuuluu aina seksiin ja ettei ole olemassa seksiä ilman rakkautta.”

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tulokset saimme toteuttamalla avoimen haastattelun. Haastattelimme Venäläistä maahanmuuttajanaista. Tarkoituksenamme oli haastatella vielä somalialaista maahanmuuttajanaista, mutta emme saaneet haastateltavaa. Työmme toteutui ainoastaan yhdestä haastattelusta. Uskomme kuitenkin, että olisimme saaneet kattavamman opinnäytetyön, jos olisimme saaneet vielä somalialaisen haasteltavan. Se olisi antanut työhömmä uutta tarkastelukulmaa ja kattavampaa näkökulmaa.

Kun vertailimme opinnäytetyömme tuloksia opinnäytetyömme teoriaosaan, löysimme paljon yhteneväisyyksiä. Maahanmuuttajanuorien kokemukset koulussa tapahtuvasta seksuaalikasvatuksesta olivat samanlaisia. He kokivat, että seksuaalikasvatus ei ollut riittävä, vaikka kokemus siitä olikin pääosin myönteistä. Maahanmuuttajanuoret olivat kokeneet kieliongelmiä, sillä he eivät hallinneet seksuaalikasvatuksessa käytettyä sanastoa. Yhteisen kielen puuttuminen saattaa johtaa väärinymmärryksiin. Kotona tapahtuvaan seksuaalikasvatukseen vaikuttavat perheen kulttuuri ja seksuaaliset näkemykset. Haastateltava ei ollut saanut seksuaalikasvatusta kotonaan ja arveli sen johtuvan siitä, että vanhemmat katsoivat hänen olevansa liian nuori käsittelemään niitä asioita. Johtopäätöksemme mukaan vanhempien päätös seksuaaliasioiden puhumisesta tulee venäläisestä kulttuurista, jossa aloitetaan seksuaalikasvatus sitten, kun nuori on siihen valmis. (Brusila 2008: 61, 67; Venäläisen naisen haastattelu.)

Opinnäytetyömme teoriaosasta kävi ilmi, että suomalaisnuorten psyykinen seksuaalinen kehitys on heidän fyysiseen ikäänsä nähden pidemmällä kuin

maahanmuuttajanuorilla. Maahanmuuttajanuorilla on heikommat tiedot ehkäisystä, raskaudesta ja seksuaalisista oikeuksista suomalaisnuoriin verrattuna. Tämä olisi tärkeää pitää mielessä, sillä nuorten kulttuuri ja ympäristö määrittelevät nuorelle erilaiset lähtökohdat. Monessa kulttuurissa seksuaalisuus on tabu, mikä vaikuttaa myös nuoren seksuaalietoisuuteen ja seksuaaliseen kasvuun. Haastattelussamme kävi ilmi, että haastateltavan suomalaiskaverit tiesivät paljon enemmän seksuaalisuudesta, sukupuolitaudeista sekä esimerkiksi ehkäisyistä kuin haastateltavamme itse.

Venäjällä suhtaudutaan avoimemmin seksuaalisuuteen kuin Suomessa. Venäläiset mieltävätkin seksuaalisuuden luonnolliseksi tarpeeksi, joka kuuluu jokaiselle ja josta saa nauttia. (Brusila 2008: 61, 67.) Haastateltavalle oli kotona opetettu, että seksuaalisuus kuuluu kaikille ja että naisen on oltava kaunis ja miellyttävä miehelleen. Opinnäytetyömme teoriaosan ja haastattelun perusteella maahanmuuttajien kulttuuria tai uskontoa ei ollut otettu huomioon seksuaalikasvatuksessa. Haastateltavalle venäläisnaiselle oli annettu samanlaista seksuaalikasvatusta kuin muullekin väestölle. Hän oli joutunut myös itse hankkimaan seksuaalitetoutta seksuaalikasvatuksen jälkeen. Seksuaalikasvatusta maahanmuuttajille toteutettiin erikseen silloin, kun nämä ottivat omatoimisesti yhteyttä esimerkiksi oman kunnan terveyskeskusten neuvoloihin (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Toimintaohjelma 2007–2011: 19–20).

Kehittämisehdotuksena haastateltava kertoi, että seksuaalikasvatuksen tunteja kuuluisi olla enemmän. Haastateltava myös toivoi että seksuaalikasvatuksessa tulisi ottaa nuoren kulttuuri huomioon ja antaa seksuaalikasvatusta nuorelle hänen yksilöllisen kasvunsa ja kehityksensä mukaan. Käytännössä tämä on hyvin vaikea toteuttaa koska yleisesti seksuaalikasvatusta annetaan kerralla suurelle joukolle, joka on samaa ikäluokkaa. Hän myös toivoi, että asiantuntijat perehtyisivät maahanmuuttajanuoren kulttuuritaustaan ja siten osaisivat paremmin antaa seksuaalikasvatusta.

Opinnäytetyömme tuloksista ja aikaisempien tuloksien perusteella voimme todeta, että maahanmuuttajille seksuaalikasvatusta tulisi kehittää entisestään. Tärkeää olisi toteuttaa seksuaalikasvatus maahanmuuttajille yksilöllisesti, tukemalla heidän kasvuaan ja terveyttään. Ongelmia ja ristiriitoja tulisi minimoida, esimerkiksi perehtymällä maahanmuuttajanuoren kulttuuritaustaan, ottamalla huomioon mahdolliset kieliongelmat ja suunnitteleamalla seksuaalikasvatusta kullekin ikäkaudelle sopivaksi. Opinnäytetyömme on entistä ajankohtaisempi, sillä maahanmuuttajaryhmät kasvavat

Suomen monikulttuuristuttua. Olisikin tärkeää, että seksuaalikasvatusta alettaisiin suunnitella ja integroida uudelleen maahanmuuttajataustaisten nuorten keskuudessa.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettiset lähtökohdat

Tieteellisen tutkimuksen lähtökohta on sen luotettavuus, joka merkitsee, että tutkittavasta ilmiöstä on kyetty tuottamaan totuuden mukaista tietoa. Luotettavuuden mittaamiseen on kehitetty erilaiset luotettavuuden kriteerit, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Tutkimuksen uskottavuus vastaa tutkimuksen totuudenmukaista kuvaamista tutkimuskohteesta. Uskottavuus voidaan varmistaa esittämällä tutkimuksen tulokset tutkimuksen osallistujille, meidän tapauksessa haastateltavalle. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös aika eli se, kuinka kauan tutkija on tekemisissä tutkimuksen kanssa. Tutkimuksen vahvistettavuus ilmenee toisen tutkijan seurantaan koko prosessin kulun ajan. Tutkimuksen refleksiivisyys painottaa tutkijan huomaamaan omat vaikutuksensa työhön. Laadullisessa tutkimuksessa olisi tärkeää, että tutkijat kuvaavat omat lähtökohtansa työn alussa. Tutkimuksen siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen soveltamista muihin tilanteisiin. (Kylmä – Juvakka 2007: 127–129.) Tarkoituksenamme oli tuottaa opinnäytetyössämme luotettavaa ja eettisesti oikeaa tietoa. Aikaisempaa kokemusta opinnäytetyön teosta meillä ei kummallakaan ole. Käytimme aikaa opinnäytetyöhömmme noin vuoden, joten mielestämme se on riittävä aika luotettavuuden kartoittamiselle. Opinnäytetyössämme vahvistettavuus toteutui ohjaajiemme ohjauksissa, sillä tutkijat voivat helposti sokeutua omalle työlleen. Meidän ohjaajat seurasivat opinnäytetyönämme kulkua ja ohjasivat meitä oikeaan suuntaan. Opinnäytetyömme kautta saimme kokemuseräisen tiedon siitä, miten venäläinen maahanmuuttajanainen koki Suomessa saadun seksuaalikasvatuksen. Tärkeää on kuitenkin ottaa huomioon, että kokemukset ovat aina yksilöllisiä, eikä niitä pidä soveltaa liikaa.

Eettisissä kysymyksissä tieteellistä tutkimusta ohjaa lainsäädäntö. Laadullista tutkimusta ohjaa Suomen perustuslaki (731/1999), henkilötietolaki (1999/523), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Perustuslaissa säädellään ihmisen koskemattomuutta, yksityisyyttä sekä sivistyksellisistä oikeuksista. (Kylmä – Juvakka 2007: 139.)

Suunnittelimme haastattelun mahdollisimman hyvin etukäteen. Pohdimme, mitä halusimme selvittää ja millaisilla kysymyksillä pääsisimme haluamaamme lopputulokseen. Emme kuitenkaan johdatelleet haastateltavaa, vaan esitimme hänelle avoimia kysymyksiä, jolloin hän sai vastata vapaasti. Haastattelutilanteesta järjestimme rauhallisen tilan, jossa molemmat, sekä haastattelija että haastateltava, olivat puolueettomalla maaperällä. Haastattelu järjestettiin yhteisen ystävämme kotona, josta olimme sulkeneet pois häiriötekijät.

Ennen haastattelua pyysimme haastateltavalta suullisen sopimuksen haastattelusta. Haastattelussa otimme myös huomioon, että henkilö vastaa kysymyksiimme vapaaehtoisesti ja voi keskeyttää haastattelun milloin tahansa. Tutkittajille on myös ilmaistava selvästi, miksi haastattelua tarvitaan, mihin se tulee, keitä ovat tutkijat ja tutkimuksen vapaaehtoisuus (Kylmä – Juvakka 2007: 127–144). Haastattelussa emme saaneet johdatella tutkittavan vastauksia ja meidän oli ne kirjattava sellaisinaan papereihin. Lisäksi meidän oli noudatettava ihmisarvon kunnioittamisen periaatteita. Meitä sitoo vaitiolovelvollisuus haastateltavaa henkilöä kohtaan, ja sen määrittelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785/13§.) Tutkimuksen ja etenkin vastauksien käsittelyn yhteydessä eettisesti merkitseviä keskeisiä asioita ovat luottamuksellisuus ja tutkittavan anonymiteetti. Käsittelimme tuloksia luottamuksellisesti ja pidämme haastateltavan henkilötiedot anonyymeina. Lisäksi haastateltavan antamat henkilökohtaiset tiedot ovat vain meidän tutkijoiden käytössä. Eettisyyteen liittyy myös se, mitä tutkimuksen seurauksena on yhteiskunnalle ja ihmisille (Kylmä – Juvakka 2007: 127–144). Meidän opinnäytetyössämme on tärkeää miettiä, miten tutkimuksemme vaikuttaa tutkittavien elämään tulevaisuudessa. Opinnäytetyön tutkimus ei saisi vahingoittaa tutkittavia fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Lisäksi tutkimuksesta saatava hyöty tulee olla suurempi kuin tutkimuksesta aiheutuva haitta. Tämän otimme huomioon haastattelua tehdessämme ja esittäessämme arkaluonteisia kysymyksiä seksuaalisuudesta. Opinnäytetyössämme on paljon eettisiä näkökulmia, kuten se, että kyseessä on arkaluonteinen aihe. Opinnäytetyössämme on eettisesti tärkeää olla rehellinen, huolellinen ja antaa arvoa aiempia aiheesta tehtyjä tutkimuksia kohtaan. Tarkoituksenamme oli kirjoittaa asiat totuudenmukaisesti, aiempia tutkimuksien tuloksista vääristämättä.

Opinnäytetyömme luotettavuuden ongelmiksi koimme haastateltavan suomen kielen taidon. Tuloksia oli hankala litteroida, koska haastateltava käytti maahanmuuttajille ominaista korostettua suomen kieltä, johon sekoittui myös paikkakunnan murre sanoja. Opinnäytetyömme tuloksia kirjatessamme pohdimme, kuinka päivitettyä tietoa oli ollut, jonka saimme haastateltavalta. Kokemastaan seksuaalikasvatuksesta oli vuosia, hän oli muuttanut Suomeen yli kymmenen vuotta sitten ja lisäksi hän ei muistanut kaikkea asioita, johon olimme kaivanneet vastausta. Hän ei myöskään tiennyt, miten Venäjälle toteutetaan seksuaalikasvatusta 2000-luvulla, koska oli muuttanut pois Venäjältä ennen vuosisadan vaihdetta.

7.3 Opinnäytetyöprosessin kuvaus ja arviointi

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme paljon uutta. Olemme saaneet tehdä työtä, joka on antanut meille paljon ja josta hyödyimme tulevassa kättilön ammatissamme. Prosessin aikana opimme tiedonhakua, suunnittelua, haastattelun toteuttamista ja lähdemateriaalin käyttämistä teoriapohjana. Opimme myös yhteistyökykyä sekä joustavuutta. Opinnäytetyön prosessi on ollut pitkä ja haastava tie. Aluksi meille oli hieman epäselvää opinnäytetyöprosessi ja otimmekin useasti takapakkia. Aikaa myöden asiat alkoivat loksahdella kohdalleen ja meille selvisi, mitä seksuaali- ja lisääntymisterveydenprojekti halusi selvittää ja mikä olisi oikea tapa päästä hakemaamme lopputulokseen. Tiedonhaku oli todella haastavaa, emme kummatkaan hallinneet tiedonhakua, joten tiedonhaun pajasta oli meille todella paljon apua. Vaikeuksia tuotti meille lähdemateriaalin löytyminen, sillä aiheesta ei ole tehty paljon aikaisempia tutkimuksia. Löysimme kirjallisuudesta somalikulttuuria käsitteleviä kirjoja mutta vaikeuksia tuotti venäläisestä kulttuurista käsittelevä kirjallisuus, jota oli todella hankala löytää. Jouduimme siis käyttämään todella paljon aikaa tiedonhakuun, mikä turhautti meitä, kun olisimme jo halunneet päästä kirjoittamaan ja toteuttamaan haastattelua. Jaoimme opinnäytetyötämme aihealueiden mukaan. Tämä siksi, että toinen opinnäytetyömme tekijöistä asuu Pohjanmaalla, joten katsoimme, että työmme edistyy näin parhaiten. Opinnäytetyömme seminaarit olivat todella hyödyllisiä ja saimme hyvin paljon rakentavaa palautetta, jonka mukaan muokkasimme työtämme.

Koimme erityisen haastavaksi tehdä työn, joka olisi luotettava ja josta olisi hyötyä alan ammattilaisille tulevaisuudessa. Olemme olleet välillä jaksamisen äärirajoilla kaikkien

muiden koulutöiden ja oman elämäntilanteemme ohella. Tunteemme on vaihdellut laidasta laitaan. Välillä olemme olleet epätoivon syövereissä ja on tuntunut, että emme saa koskaan työstämme valmista. Pienet onnistumisen ilot ovat vieneet meitä eteenpäin ja auttaneet meitä jaksamaan. Olemme yhdessä saaneet nauraa ja itkeä opinnäytetyömme prosessin aikana ja luonut uskoa työmme onnistumiseen ja kannustanut toisiamme jaksamaan. Haastattelu sujui odotusten mukaan. Pyrimme luomaan rauhallisen haastattelutilanteen ja yritimme tehdä haastattelusta kiireettömän, jotta se ei häiritsisi haastateltavaa. Haastattelu sujuikin kiireettömästi ja avoimen haastattelun ansiosta saimme mielestämme vastaukset kaikkiin pohtimiimme kysymyksiin. Haastateltavalla oli vapaa kerrontatapa, joka myös varmasti lievensi paineita haastattelun aikana. Haastattelu eteni luontevasti ja saimme paljon keskustelua aikaan. Keskustelu haastattelun yhteydessä saattoi myös ryöpsähdellä toisiin aiheisiin, joten jouduimme johdattelemaan haastateltavaa takaisin aiheeseen. Haastattelussa keskustelu oli luontevaa, eikä lisäkysymyksiä paljon tarvinnut. Voi kuitenkin olla, että haastateltava tunsi paineita vastauksistaan ja, näin ollen, ei muistanut kaikkea koulusta tapahtuvasta seksuaalikasvatuksesta. Paineita saattoi luoda nauhuri, joka nauhoitti koko haastattelun.

Työn eteneminen oli hidasta mutta palkitsevaa. Välillä tuntui sokeutuvansa omalle työlleen, joten taukojen pitäminen oli tarpeen. Työn lukeminen uudestaan taukojen jälkeen auttoi huomaamaan huonoja lauserakenteita ja pohtimaan syvällisemmin työn merkitystä. Joskus tuntui, että opinnäytetyö tuli uniin painajaismaisena lauserakenteiden monimutkaisuutena. Somalitaustaisen maahanmuuttajanaisen haastattelun peruuntuminen kerta toisensa jälkeen loi ahdistusta ja epäuskoa. Oli todella vaikeaa tunnustaa itselleen, että haastateltavaa ei määräaikaan mennessä ole saatu. Tämä loi meille pettymyksen ja epäonnistumisen tunteen, ja meistä tuntui sellaiselta, että monen kuukauden työ oli ollut turhaa. Epävarmuus työmme valmistumisesta sai meidät stressaamaan enemmän ja monen unettoman yön jälkeen aloimme kuitenkin luoda uskoa taas onnistumiseen. Se antoi meille voimia jatkaa ja muokkaamaan työstämme entistä paremmaksi.

7.4 Opinnäytetyön johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Ehdotamme, että jatkossa voisi selvittää eri ammattiryhmien kokemia

seksuaalikasvatuksen toteuttamista maahanmuuttajille. Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia enemmän, millaisia ongelmia ja ristiriitoja ammattilaiset ovat kokeneet, kun ovat toteuttaneet seksuaalikasvatusta maahanmuuttajille. Tulevaisuudessa voitaisiin enemmän tutkia maahanmuuttajanuorten seksuaalikasvatusta ja verrata eri kulttuureita keskenään. Olisi myös hyvä tutkia muitakin Suomen etnisiä ryhmiä. Viimeisien tutkimuksien ja tilastojen mukaan Suomessa eniten asuvia maahanmuuttajaryhmiä ovat venäläiset, somalialaiset, virolaiset, vietnamilaiset, iranilaiset ja Balkanin alueelta tulleet. Myös eri kulttuureista tulleiden naisten ja miesten mielipiteitä seksuaalikasvatuksen toteuttamisesta ja toteutumisesta voitaisiin tutkia enemmän. Samoin voitaisiin tutkia nuorten maahanmuuttajatyttöjen ja maahanmuuttajapoikien mielipiteitä ja kokemuksia seksuaalikasvatuksen toteutuksesta. Opinnäytetyötämme voitaisiin jatkaa haastattelemalla enemmän ihmisiä kerralla ja selvittämällä, miten he ovat kokeneet seksuaalikasvatuksen. Uskon, että työstämme syntyisi paljon erilaisia jatkotutkimuksia, jos niihin annetaan mahdollisuus.

LÄHTEET

- Akar, Sylvia – Tiilikainen, Marja 2004: Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestötietosarja 13. Helsinki: Väestöliitto.
- Apter, Dan 2006: Parempaa seksuaaliterveyttä nuorille. Teoksessa Huovinen, Pentti (toim.): Nuorten seksuaaliterveys. Kansanterveys 06 (7). 12–13.
- Barrett, Michael – Maticka-Tyndale, Eleanor – McKay, Alexander 2000: Adolescent sexual and reproductive health in Canada: A review of national data sources and their limitations. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2001 (9). 41–61.
- Brusila, Pirkko 2008: Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Helsinki: Otava.
- Couch, Murray – Dowsett, Gary W. – Dutertre, Sophie – Keys, Deborah – Pitts, Marian K. 2006: Looking for more: A review of social and contextual factors affecting young people's sexual health. Australian Research Centre in Sex. Melbourne: La Trobe University. Health and Society.
- Fisher, Judith A. – Browman, Marjorie – Thomas, Tessie 2003: Issues for South Asian Indian Patients Surrounding Sexuality, Fertility, and Childbirth in the US Health Care System. *Journal of the American Board of Family Medicine* 16/2. 151-155. <<http://www.jabfm.org/cgi/reprint/16/2/151>>. Luettu 24.08.2009.
- Hattstein, Markus 2008: Islam. Uskonto ja kulttuuri. Helsinki: Konemann.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme Helena 2008: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2002: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Ihalainen, Heidi – Jääskeläinen, Miia 2008: Nuorten seksuaaliterveys Suomessa.

Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma.

Kirjallisen työn ohjeet. Oppimistehtävät ja opinnäytetyö. 2008. Helsingin Ammattikorkeakoulu Metropolia. Terveys- ja hoitoala. Suomen kielen ja viestinnän sekä tietotekniikan opettajat. Helsinki: Helsingin Ammattikorkeakoulu Metropolia.

Kolari, Tuula 2007: Nuorten kokemuksia kouluterveydenhoitajan toteuttamasta seksuaalikasvatuksesta. Pro gradu –tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.

Kontula Osmo – Meriläinen Henna 2007: Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Helsinki: Väestöliitto.

Koskimies, Katja – Mutikainen, Hanna-Kaisa 2008: Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Metropolia. Hoitotyön koulutusohjelma.

Kosunen, Elise 2006: Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Helsinki: Stakes.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laadullinen tutkimus. Virtuaaliammattikorkeakoulu. Opiskelumateriaali. Päivitetty 13.04.2006. <<https://www.amk.fi/opintojaksot/030906/1144934265902.html.stx>>. Luettu 5.3.2009.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785/13§. Finlex, Valtion säädöstietopankki. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Luettu 08.11.2009.

Lehtomäki, Jenni 2008: Uskaltaa unelmoida, uskaltaa tehdä asioita, nuorten maahanmuuttajanaisten käsityksiä naiseudesta. Pro gradu-tutkielma.

Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipoliittikan laitos.

- Liinamo, Arja 2009: Seksuaaliterveyden edistäminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, muissa peruspalveluissa sekä ammatillisessa koulutuksessa. Suunnitelma arvioinnin toteuttamiseksi v. 2008-2009 Helsingissä ja Keravalla. Suunnitelmaversio 16.1. Moniste. Helsinki.
- Mannerheimin lastensuojeluliitto. Verkkodokumentti. Kannanotot ja lausunnot. Päivitetty 17.5.2001. <http://www.mll.fi/ajankohtaista/kannanotot_ja_lausunnot/?x41070=43932> Luettu 24.9.2009.
- Marjeta, Maarit 2001: Äidit ja tyttäret kahdessa kulttuurissa. Somalialaisnaiset, perhe ja muutos. 3. painos. Saarijärvi: Gummerus.
- Martikainen-Ata, Tuula – Rechartt, Antti – Vesivalo, Tanja 2009: Seksistä puhuminen vaikeaa. Monitori 09 (01). 28.
- Martikainen-Ata, Tuula – Vesivalo, Tanja 2008: Asiantuntijoiden valmiuksia ja kokemuksia maahanmuuttajanuorten seksuaalikasvatuksesta. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Metsämuuronen, Jari (toim.) 2006: Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Monikulttuurinen työ. Väestöliitto. Verkkodokumentti. <http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurinen_työ>. Luettu 10.2.2009.
- Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: Wsoy.
- Pohjanpää, Kirsti – Paananen, Seppo – Nieminen Mauri 2003: Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten Suomessa 2002. Tilastokeskus. Helsinki: Edita.

Pyykilä, Kati – Seppälä, Susanne 2006: Kätilöiden näkemyksiä ympärileikatun naisen avausleikkauksen ja synnytyksen aikaisen hoitotyön toimintamalleista ja ohjeistuksesta. Avausleikkaus sekä ympärileikkauksen vaikutus synnytykseen. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma.

Ruutu, Petri 2006: Tavoitteena koordinoitu seksuaaliterveyskasvatus. Teoksessa Huovinen, Pentti (toim.): Nuorten seksuaaliterveys. Kansanterveys 06 (7). 3.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Moniste. Helsinki: Yliopistopaino.

Seksuaalikasvatus. Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja A9:2000. 2000. Helsinki: Terveystieteen laitos.

Seksuaalikasvatus. Tyttöjen talo. Verkkodokumentti. <<http://www.tyttojentalo.fi/fi/yleista/seksuaalikasvatus>>. Luettu 3.3.2009.

Somalit Suomessa. Suomen somali web portaali. Verkkodokumentti. Päivitetty 14.01.2009. <<http://suomensomali.com/somalit-suomessa.html>>. Luettu 4.3.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveiden edistämisen laatusuositus 2006. Verkkodokumentti.<<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/julkaisut/1057615>> Luettu 24.9.2009.

Suojala Marja 2008: Opinnäytetyön työsuunnitelman rakenne. Moniste. Helsingin Ammattikorkeakoulu Metropolia. Terveys- ja hoitoala. Helsinki: Helsingin Ammattikorkeakoulu Metropolia.

Suomen Somaliliitto Ry. Verkkodokumentti. <<http://www.somaliliitto.fi>>. Luettu 4.3.2009.

Suomen virtuaaliyliopisto. Verkkodokumentti. <http://www.virtuaaliyliopisto.fi/vy_tietovarantoja_fin/vy_tietovarantoja_tepa_fin/vy_tietovarantoja_tekijanoikeudet_alku_fin.html?redirected=true> Luettu 2.5.2009

Säävälä, Minna 2009: Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys. Tarpeita, tietoa ja erilaisuutta. Taustamateriaalia kuulemistilaisuuteen 23.2.2009. Moniste. Väestöliitto.

Tiilikainen Marja (toim.) 2004: Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Kajaani: Ihmisoikeusliitto ry.

Toiminta. Tyttöjen talo. Verkkodokumentti. <<http://www.tyttojentalo.fi/fi/toiminta>>. Luettu 3.3.2009.

Vilkka Hanna 2005: Tutki ja Kehitä. Helsinki: Tammi.

Venäläisen naisen tapaushaastattelu. Etelä-Pohjanmaa. Lokakuu 2009.

Vuorela, Suvi 2005: Haastattelumenetelmät. Verkkodokumentti. <<http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/3-Vuorela.pdf>>. Luettu 18.3.2009.

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006. Verkkodokumentti. <http://www.vaestoliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/52449/file/VLSekstervpolohjelma.pdf> Luettu 24.9.2009

Väänänen, Ari – Toivanen, Minna – Aalto, Anna-Mari – Bergbom, Barbara – Härkäpää, Kristiina ym. 2009: Esiselvitysraportti. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Työterveyslaitos. Kuntoutussäätiö. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Osaaminen, työ ja hyvinvointi.

Hei!

Olemme kaksi Helsingin ammattikorkeakoulun Metropolian kättilöopiskelijaa ja valmistumme joulukuussa 2010. Olemme tekemässä opinnäytetyötä seksuaalikasvatuksen edistämisestä Suomessa maahanmuuttajanuorille.

Opinnäytetyömme kuuluu LogSote – projektiin, joka pohjautuu HOME projektiin (Health and Social Care for Immigrants and Ethnic Minorities in Europe). Tämä projekti kehittää maahanmuuttajien palveluita, sekä pyrkii saamaan tietoa maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista. (Koskimies ym. 2008.) Opinnäytetyömme kuuluu myös Seksuaaliterveyden edistäminen terveydenhuollon peruspalveluissa ja ammatillisessa koulutuksessa - projektiin. Projekti liittyy valtakunnalliseen Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaan 2007–2011, jonka tavoitteena on edistää väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, varsinkin nuorten keskuudessa. Ohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja opettajille, jotka opettavat seksuaali- ja lisääntymisterveyttä peruskouluissa, lukioissa sekä ammatti- ja ammattikorkeakouluissa. (Toimintaohjelma 2007–2011: 3–4.)

Haastattelemme opinnäytetyötämme varten täysi-ikäistä venäläistä maahanmuuttajanaista. Haastattelulla selvitämme ja kuvailemme, miten venäläinen maahanmuuttajanainen kokee seksuaalikasvatuksen toteutuneen kohdallaan henkilökohtaisesti. Pyrimme selvittämään myös seksuaalikasvatuksen toteutumisen yhteydessä esiin tulleita ristiriitoja ja ongelmia. Tavoitteenamme on, että opinnäytetyöstämme on hyötyä Suomen monikulttuurisessa ympäristössä ja työmme kautta Suomen yhteiskunta voisi kehittää seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita maahanmuuttajanuorille, sekä edistää heidän seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja tietoa seksuaalisuudesta.

Opinnäytetyömme tavoitteenamme on pohtia, mitä ammattilaisten tulee hoitotyön näkökulmasta ottaa huomioon suunnitellessaan ja antaessaan seksuaalikasvatusta maahanmuuttajanuorille Suomessa. Opinnäytetyömme antaa kattavan tietopaketin alan ammattilaisille ja alaa opiskeleville.

Pyydämmekin Sinua osallistumaan haastatteluun ja näin auttamaan ja kehittämään seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä. Haastattelu on vapaaehtoinen ja siihen olisi hyvä varata aikaa puolesta tunnista kahteen tuntiin. Haastattelu nauhoitetaan nauhurille, jota käytämme materiaalina tuloksia kirjatessamme. Haastattelun jälkeen hävitämme nauhurin kasetit ja niiden sisältö ja tiedot. Käsittelemme Sinun kokemuksia seksuaalikasvatuksesta ja haastattelun yhteydessä esille tulleita tietoja luottamuksellisesti, ja henkilöllisyytenne pysyy vaan meidän tiedossa.

Kiitoksia Sinulle!

Ystävällisin terveisin,

Satu-Leena Mäki

Ksenija Tubic

Seuraaviin kysymyksiin vastaat vapaaehtoisesti ja niin paljon/laajasti kuin itse haluat. Toivomme, että olet avoin. Emme halua mitenkään loukata ja toivomme, että kerrot, jos joku kysymyksistä on sinun mielestä asiaton, eikä kuulu meille. Toivomme kuitenkin, tutkimuksen kannalta, että vastaat niihin avoimesti ja vapaasti, jotta pystyisimme kehittämään seksuaalikasvatuksesta entistä paremman ja kattavamman somalialaiskulttuuria huomioon ottaen.

ESITIEDOT

Kuinka vanha olet?

Kuinka kauan olet asunut Suomessa?

Minkä takia tulit Suomeen?

Minkä maan kansalainen olet?

Missä kävit koulua; Suomessa, Venäjällä, muualla?

KOKEMUKSET

Millaista tai minkälaista seksuaalikasvatusta olet saanut? (sisältö, menetelmät, hyvät/huonot puolet)

– kotona?

– koulussa?

– opiskelu- ja/tai ystäväpiirissä?

- Onko seksuaalikasvatuksella eroa suomalaisten/venäläisten ystävien kanssa?

-

KULTTUURI

Kerro, millä tavalla venäläisessä kulttuurissa suhtaudutaan seksuaalisuuteen?

Millainen vaikutus mielestäsi kulttuurilla on saamaasi seksuaalikasvatukseen?

KEHITTÄMINEN

Miten mielestäsi pitäisi kehittää venäläisille annettua seksuaalikasvatusta?

- järjestys
- sisältö
- mistä olisit halunnut saada enemmän tietoa
- Missä kasvatusta voisi antaa ja kuka olisi paras antamaan sitä?

KIITOS!