

VÄÄRÄT KUORET –

Sukupuolenkorjausleikkausprosessi Suomessa

Ilona Vihlman

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

VIHLMAN, ILONA:

Väärät kuoret – Sukupuolenkorjausleikkausprosessi Suomessa

Opinnäytetyö 65 s., liitteet 2 s.
Maaliskuu 2011.

Opinnäytetyön aiheeni valikoitui omien intressieni perusteella ja vähäiseksi kokemani aiemmin tuotetun tiedon saatavuuden vuoksi. Sukupuolenkorjaus on yleistymässä, jonka vuoksi prosessista tuotettu tieto palvelee sekä hoitohenkilökuntaa että muita prosessista tietoa tarvitsevia. Menetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, sillä mahdollisen pienen otoksen riskin vuoksi oman tutkimusaineiston kerääminen ei olisi ollut järkevää.

Vuonna 2006 Suomessa transsukupuolisuudesta kärsiviä arveltiin olevan kolmestasadasta viiteensataan henkilöä. Vuonna 2010 hoitoon kuitenkin hakeutui jo 150 ihmistä ja noin sata henkilöä aloitti korjaushoidot. Aikaisempien tutkimustulosten perusteella tiedon lisääntyessä lisääntyy myös transsukupuolisuuden ilmaantuvuus. Myös Suomessa tehdyt arviot ilmaantuvuudesta tukevat aiempia tutkimustuloksia.

Transsukupuolisuuden eri hoitomuotoja tutkittaessa on todettu, että tehokkain transsukupuolisuuden hoitomuoto on sukupuolenkorjaus. Aikaisemmin kokeiltu psykoterapia, jossa pyrittiin palauttamaan yksilön kokema sukupuoli vastaamaan hänen somaattista sukupuoltaan, on ollut hoitomuotona tulokseton jopa silloin, kun potilas itse on pyrkinyt hoitotavoitteeseen. Suku-puolen korjaaminen on transsukupuolisia hoidettaessa ensisijainen hoitomuoto.

Edelleen ongelmana transsukupuolisuuden lääketieteellisessä määrittelyssä on diagnoosin sijainti aikuisiän persoonallisuus- ja käyttäytymishäiriöiden alla, vaikka voimakas sukupuoliristiriita ei ole sairaus, vaan tilanne, jossa lääketieteellinen apu on tarpeen.

Transsukupuolisuuden hoidossa ollaan tultu suuria harppauksia viime vuosikymmeninä eteenpäin, mutta edelleen tietoisuuden lisääminen auttaisi esimerkiksi yhtenäisten hoitoprotokollien luomiseen muualla kuin transpoliklinikoilla ja vähentäisi näin epäonnistuneista hoitokokemuksista aiheutuvaa häpeää ja kärsimystä niin potilaan kuin hoitohenkilökunnankin kannalta. Vastuu hoidon kehittämisestä jää kuitenkin edelleen osastoille.

Hedelmällisiä jatkotutkimusaiheita olisivat esimerkiksi transsukupuolisten ja transprosessia läpikäyvien sijoittaminen hoito-osastoille sekä intersukupuolisille suoritettavat sukupuolenkorjaustoimenpiteet ja -leikkaukset.

Asiasanat: Sukupuolenkorjausleikkaus, sukupuoli, transsukupuolisuus, sukupuolenkorjausprosessi, plastiikkakirurgia

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
School of Health Care
Degree Programme in Nursing and Health Care

VIHLMAN, ILONA:

Trapped in a Wrong Body – Sex Reassignment Process in Finland

Bachelor's thesis 65 pages, appendices 2 pages
March 2011

The purpose of this thesis was to collect information on sex reassignment surgery and the whole sex reassignment process in Finland. The incidence of sex reassignment is rising. Therefore information about the process will favor both the people in need of information and the people taking care of the patients in the process. The data were collected from the literature.

In 2006 there were about 300–500 people suffering from transsexuality in Finland. In 2010 all together 150 people sought treatment for transsexuality and about 100 people started the reassignment process. Previous researches indicate that common knowledge increases the incidence of transsexuality. The observation is in line with the Finnish data.

Trying different methods for taking care of transsexuality, there has been studies that indicate that psychotherapy, which tries to accommodate a person's gender to fit the somatic sex aren't effective at all, even though the person in therapy would agree to the goal. Sex reassignment is therefore the only way to treat transsexuality.

The problem in Finnish diagnostics of transsexuality is the fact that transsexuality is defined as a personality or behavioral disorder of adults, even though transsexuality is not a sickness. Transsexuality is a big contradiction between gender and sex which needs medical healing.

Treating transsexuality has taken huge steps forward in the last few decades, but there's still a lot of work to do in spreading information about the process. Bringing the topic up would perhaps create common protocols for treatment and care in wards at the hospital for transsexual patients. If knowledge spreads, people will suffer less from shame and misunderstandings. Nevertheless the responsibility for improving good care and treatment lies in the hands of wards and their personnel.

To help prevent shame and misunderstandings, strategies are needed for placing transsexual patients to wards. Further studies are needed to explain how sex reassignment process for intersexuals is different from transsexuals' process.

Key words: Sex reassignment surgery, sex, gender, transsexuality, plastic surgery, sex reassignment process.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	7
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	8
4 MATKA ALUSTA KORJATTUUN KEHOON.....	13
4.1 Sukupuoli.....	13
4.1.1 Sukupuolen määräytyminen.....	14
4.1.2 Kromosomaalinen sukupuoli	15
4.1.3 Gonadisukupuoli	16
4.1.4 Hormonaalinen sukupuoli.....	16
4.1.5 Sosiaalinen sukupuoli.....	18
4.1.6 Intersukupuolisuus	19
4.2 Seksuaalisuus.....	21
4.2.1 Seksuaalisuus yhteiskunnassa	21
4.2.2 Seksuaalikulttuuri	22
4.2.3 Seksuaalinen suuntautuminen	25
4.3 Plastiikkakirurgia.....	29
4.3.1 Plastiikkakirurgian periaatteita.....	30
4.3.2 Plastiikkakirurgia transsukupuolisuuden hoidossa	31
4.3.3 Plastiikkakirurgiset menetelmät.....	32
4.3.4 Sukupuolenkorjausleikkaus naisesta mieheksi (Female-to-Male)	34
4.3.5 Sukupuolenkorjausleikkaus miehestä naiseksi (Male-to-Female)	39
4.4 Diagnostiikka	43
4.5 Sukupuolenkorjausleikkausprosessi Suomessa	46
5 JOHTOPÄÄTÖKSET	57
6 POHDINTA.....	59
LÄHTEET	66
LIITTEET	69

1 JOHDANTO

Sukupuolenkorjausprosessit Suomessa ja muualla maailmassa ovat yleistymässä yleisen ja terveydenhuollon tietämyksen lisääntyessä. Suomessa on satoja transsukupuolisuuden oireista kärsiviä ihmisiä. Viime vuosina jakauma naisesta mieheksi ja miehestä naiseksi sukupuoltaan korjaavien välillä on ollut tasainen. (Pimenoff 2006, 165.) Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian erikoislääkäri Aino Mattilan mukaan sukupuolenkorjaushoitojen määrä on lisääntynyt koko ajan, ja pelkästään viime vuonna tutkimuksiin hakeutui noin 150 ihmistä ja noin sata aloitti korjaushoidot (Niemelä 2011).

Transsukupuolisuutta hoidetaan kolmella eri tavalla: psykoterapialla, hormonihoidoilla ja kirurgisella hoidolla. Kaikki eivät kuitenkaan halua kaikkia hoidon osia. Yritykset muovata hoidettavan sukupuoli-identiteettiä psykoterapialla tai psyykelääkityksellä somaattista sukupuolta vastaavaksi ovat olleet tuloksettomia jopa silloin, kun hoidettava on itsekin pyrkinyt kyseiseen hoitotavoitteeseen. Sukupuolenkorjaustoimenpiteiden hoidollinen teho on erittäin hyvä, sillä suurimmissa seurantatutkimuksissa korkeaa hoitotyytyväisyyttä ilmaisi yli 85% miehestä naiseksi -transsukupuolisista ja yli 95% naisesta mieheksi -transsukupuolisista. (Pimenoff 2006, 168–169.)

Transsukupuolisuuden hoito mahdollistaa syrjäytymiskehityksen katkaisun, suhteiden kehittämisen ja ylläpitämisen sekä pienentää itsemurhayritysriskiä (Pimenoff 2006, 169). Sukupuoleen vaikuttavien tekijöiden ja sukupuolikäsitteistön ymmärtäminen on välttämätöntä transsukupuolisuudesta puhuttaessa, jonka vuoksi sukupuolen laaja-alainen käsittely on tärkeää. Transsukupuolisuus on usein liitetty harhaanjohtavasti seksuaalisuuteen. Termien liittäminen toisiinsa johtunee käsitteiden sekoittamisesta, sillä aiemmin transsukupuolisuutta kutsuttiin harhaanjohtavasti transseksuaalisuudeksi, jonka vuoksi seksuaalisuus on eritelty työssä myös omaksi osakseen.

Tämä työ auttaa lukijaa ymmärtämään transsukupuolisuutta ja sen hoitoa Suomessa. Yhä useampien hakeutuessa korjaushoitoihin on tärkeää ymmärtää

ja tietää, mistä sukupuolenkorjauksessa on kysymys ja mitä prosessiin kuuluu. Tietämyksen ja tietotaidon lisääminen auttaa kohtaamaan ihmisiä prosessin eri vaiheissa ja helpottaa aihealueen käsittelyä ja ymmärtämistä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata sukupuolenkorjausleikkausprosessia ja prosessiin vaadittavia diagnooseja Suomessa.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Miten sukupuoli määräytyy ja miten sukupuolta määritellään?
2. Mitkä ovat transsukupuolisuuden diagnostiset kriteerit?
3. Mitä ovat sukupuolenkorjausleikkaukset sekä missä ja miten sukupuolenkorjausleikkauksia toteutetaan?

Opinnäytetyön tavoitteena on helpottaa yksilön tiedonsaantia sukupuolenkorjausleikkausprosessista Suomessa ja lisätä myös hoitohenkilökunnan tietotaitoa sukupuolenkorjausleikkauspotilaita hoidettaessa ja kohdattaessa.

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tämä opinnäytetyö pohjautuu kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Toteuttamistavaksi valikoitui kirjallisuuskatsaus, sillä sukupuolenkorjausleikkauksista ajankohtaista tietoa on parhaiten saatavilla kansainvälisistä lähteistä ja sukupuolenkorjausleikkauksia koskevat käytännöt ovat muuttuneet monilta osin viime vuosina. Kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena on osoittaa, miten ja mistä näkökulmista aihetta on aiemmin tutkittu ja miten tehtävä tutkimus liittyy aiemmin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 117). Kirjallisuuskatsauksen lähdeviitteistä lukija voi tarkistaa tietoja alkuperäisistä kirjoituksista ja arvioida lähteiden käyttöä tutkimuksessa. Samalla lukija voi seurata, miten tutkija on lähteiden pohjalta tehnyt uutta tietoa. (Hirsjärvi ym. 2007, 117). Kirjallisuuskatsauksessa on pyrittävä miettimään lukijalle valmiiksi aiheeseen liittyvät tärkeimmät näkökulmat, teoriat ja eri menetelmin saavutetut relevantteimmat tutkimustulokset. Lukijan tulisi nähdä, että uusi tutkimus on tarpeellinen sekä muiden tutkimusten antia täydentävä. (Hirsjärvi ym. 2007, 252.)

Kirjallisuuskatsauksen tekijän on tunnettava tutkittava alue hyvin, jotta tekijä saisi katsaukseen lopulta vain asianmukaisen ja suoraan tutkimusaiheeseen liittyvän kirjallisuuden. Kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää analysoida tutkimuksen kannalta tärkeimpiä tutkimuksia riittävän yksityiskohtaisesti ja tehdä niistä tärkeimmät asiat kiteyttävä synteesi. Tekijän asiantuntemus takaa sen, että tutkimusaiheeseen väljästi liittyvistä tutkimuksista kerrotaan vaan yleisesti tai niitä ei mainita ollenkaan. Kirjallisuuskatsausta tehtäessä on tärkeää pitää mielessä omat tavoitteet ja tutkimusongelmat, eikä eritellä tutkimustietoa tasapuolisuuteen pyrkivänä ulkopuolisena tulkitsijana. Tekijä pyrkii argumentoiden keskustelemaan aiemman tutkimustiedon kanssa oman tavoitteensa ja tutkimusongelmansa pohjalta. (Hirsjärvi ym. 2007, 253–254.)

Suomesta prosessin läpikäyneiden tutkittavien löytäminen olisi voinut tuottaa hankaluuksia ja pienellä otoksella johtopäätöksien tekeminen ei olisi ollut eettisesti kestävä. Halusin myös tietoisesti rajata pois yksilöiden kokemukset

opinnäytetyöstä, sillä tarkoitukseni on selvittää koko prosessin kulkua Suomessa, eikä niinkään paneutua prosessien onnistumiseen yksilötasolla. Kirjallisuuskatsauksessa asioiden jäsentäminen on tärkeää (Hirsjärvi ym. 2007, 254). Erilaisten näkökulmien, koulukuntien ja tulkintojen tulisi erottua selkeästi toisistaan. Terminologian ja käsitteistön tulee olla täsmällisiä, kieliasun on oltava selkeää ja tekstin on oltava tiivis sekä lukukelpoinen. (Hirsjärvi ym. 2007, 254) Työssäni olen yhdenmukaistanut käyttämieni lähteiden termejä vastaamaan nykysuosituksia. Useissa lähteissä puhutaan esimerkiksi vielä transseksuaalisuudesta, kun oikea käytettävä termi on transsukupuolisuus. Vanhat termit olen automaattisesti muuttanut uusiin termeihin kirjoittaessani opinnäytetyötäni.

Eettisestä näkökulmasta päätin rajata opinnäytetyöstäni pois vauvojen ja lasten sukupuolenkorjausleikkaukset. Mielestäni luonnollinen vaihtoehto oli jättää työstä sellaiset sukupuolenkorjausleikkaukset pois, joissa yksilö ei itse tee leikkauspäätöstä vaan päätöksen tekee joku muu hänen puolestaan. Lisäksi transsukupuolisuuden diagnoosista, joka on ehdoton edellytys täysi-ikäisenä Suomessa sukupuolenkorjausleikkaukseen pääsemiseksi, on poissuljettu transsukupuolisuuden kokemuksen johtuminen esimerkiksi kromosomipoikkeavuudesta, joka on usein lasten korjausleikkausten taustalla.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen valitsemastani opinnäytetyöaiheesta osoittautui käytännössä mahdottomaksi vähäisen ja riittämättömän aineistohaun tuloksen takia, joten tärkeimpiä lähteitä on löytynyt sekä kirjastossa aihetta läheltä liippaavia aineistoja lukemalla ja osin myös aikaisemmin opiskelemieni tutkimusten ja oppimateriaalien perusteella. Yhtenä ongelmana katsauksen teossa oli myös TAMKin opiskelijoiden vähäiset lukuoikeudet eri tietokantojen hakutuloksille. Yhden, aihetta mahdollisesti käsittelevän artikkelin lukuoikeus olisi usein maksanut useita kymmeniä euroja, joiden ostaminen taas ei sopinut työni budjettiin.

Aloitin opinnäytetyön tekemisen etsimällä tietoa sukupuolenkorjausleikkauksista eri tietokannoista (EBSCO, PubMed, CINAHL) hakusanoilla "sex" AND "reassignment" AND "surgery". Hakutulokset kaikista tietokannoista olivat erittäin suppeasti opinnäytetyötäni palvelevia. Ainoana tietokantana PubMed

tarjosi useita hakutuloksia (248 osumaa), mutta pääsääntöisesti tulokset eivät palvelleet oman opinnäytetyöni aiheita tai hakuosumista oli saatavilla vain abstrakti. Monet hyvältä ja asiaankuuluvalla vaikuttaneista lähteistä olivat alkuperäiskieleltään sellaisia, että niiden tutkiminen osana opinnäytetyötä oli täysin mahdotonta esimerkiksi puuttuvan norjan- ja japaninkielentaidon vuoksi. Rajaamalla hakua vain osaan hakusanoista tuloksena oli kaikkea muuta, paitsi opinnäytetyön aiheeni kannalta relevantteja tuloksia. Tämän vuoksi lähdin manuaalisesti etsimään sopivaa materiaalia opinnäytetyöhöni.

Lähteiden etsimisessä hyödynsin aikaisempia opintojani ja sosiaali- ja terveysalan oppimateriaaleja, joista löysin vankan pohjan seksuaalisuuden, sukupuolen ja plastiikkakirurgian käsittelyyn. Koska en halunnut rajata opinnäytetyöni lähteitä vain sosiaali- ja terveysalan opetusmateriaalien usein hyvin lääketieteelliseen näkökulmaan, otin lähteiksi myös yhteiskuntatieteellistä näkökulmaa, sillä omasta mielestäni aiheen tutkiminen vaan lääketieteen näkökulmasta olisi ollut liian suppea tapa lähestyä näin moniulotteista aihetta. Monin paikoin sensitiivisestä opinnäytetyön aihevalinnastani johtuen etsin myös lähteitä SETA - Seksuaalinen tasavertaisuus ry:n internet-sivuilta, sillä SETAn tavoite on se, että kaikki suomalaiset – riippumatta seksuaalisesta suuntautumisesta, sukupuolen ilmaisusta tai sukupuoli-identiteetistä – voisivat elää yhdenvertaisina kansalaisina osana suomalaista yhteiskuntaa (SETA). Kyseinen tavoite tukee myös omia näkemyksiäni. Seta on myös edelläkävijä sellaisen sukupuolisuuteen ja seksuaalisuuteen liittyvän tiedon tuottamisessa, jossa huomioidaan useampia näkökulmia samanaikaisesti. Setan sivujen lisäksi hain tietoa myös Transtukipisteen sivuilta, joita ylläpitää Seta ry.

Sukupuolenkorjausleikkauksien käsittelemiseen liittyy tiukasti ihmisen sukupuoli, sukupuolinen kehitys ja sukupuolisuuden kokeminen. Koska koko prosessi koskettaa sukupuolta, oli luontaista hakea tietoa sukupuolen määräytymisestä, määrittämisestä ja eri sukupuolista. Sukupuolen käsitteleminen yksinään taustatekijänä olisi kuitenkin mielestäni ollut suppea näkemys, koska sukupuoli liittyy pitkälti myös seksuaalisuuteen ja seksuaalikulttuuriin. Mikäli eläisimme toisenlaisessa yhteiskunnassa, ei sukupuolen korjaaminen olisi välttämättä mahdollista, joten aiheesta puhuttaessa on tärkeää ymmärtää aiheen sidonnaisuus seksuaalikulttuuriin.

Seksuaalikulttuurin ollessa avointa ja hyväksyttyä ihmisellä on mahdollisuus tehdä itseään koskevia valintoja. Maailmassa on edelleen paljon sellaisia kulttuureja, jossa valinnat tekee joku toinen yksilön puolesta. Siinä missä länsimaissa voimme kulttuurissamme jo puhua sukupuolen korjaamisesta ja perinteisten sukupuoliroolien kyseenalaistamisesta, esimerkiksi kehittyvissä maissa taistellaan vielä tyttölasten silpomisen ja tyttöjen kouluunpääsyn kanssa. Seksuaalikulttuurin ymmärtäminen ja seksuaalisuuden vapautuminen korostavat yksilöllisyyttä ja yksilön vapautta valita. Tämän vuoksi seksuaalisuuden ja seksuaalikulttuurin ymmärtäminen linkittyy myös opinnäytetyöhöni.

Etsiessäni tietoa sukupuolenkorjausleikkauksista löytyi lähteistä melko nopeasti ICD-10-tautiluokituksen mukaiset diagnostiset perusteet sukupuolenkorjausleikkaukseen pääsemiseksi. Asia oli sukupuolenkorjausleikkauksen prosessin kannalta hyvin keskeinen, sillä ilman diagnoosia ei Suomessa ole mahdollisuutta päästä leikkaukseen tai muihin sukupuolen korjaamiseen liittyviin hoitoihin. Koska diagnostiset perusteet korjaushoitoihin pääsemiselle ovat kaikille samat, en myöskään pitänyt relevanttina tutkia sukupuolen korjaukseen päätyneitä henkilöitä, koska kokemuksen on oikeastaan pakko olla kaikilla prosessin läpikäyneillä ja prosessiin päässeillä pääpiirteissään sama, tai muuten diagnostiikassa olisi aukkoja. Ilman tietynlaista kokemusta itsestään leikkaukseen ei voi päästä, koska tarvittavaa diagnoosia ei voi ”poikkeavalla” keinolla saada. Diagnostiikka nousi keskeiseksi osaksi prosessia ja päätyi siten myös tuloksiin omaksi luvukseen.

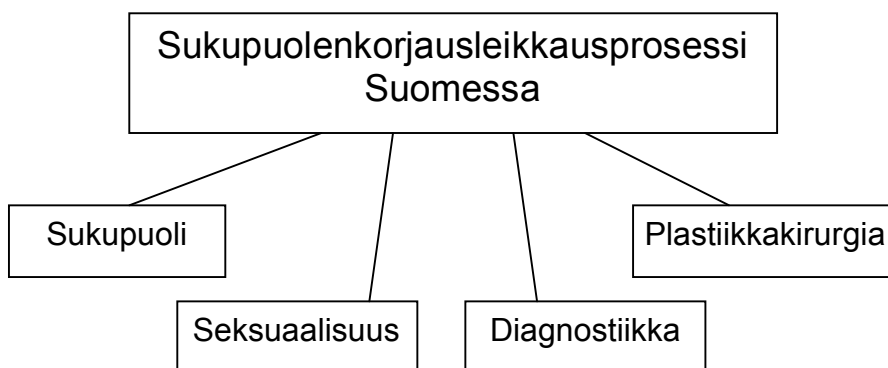
Työssäni olin tähän mennessä avannut jo sukupuolisuuden, seksuaalisuuden ja diagnostiikan maailmaa, mutta konkreettisiin perioperatiiviseen hoitotyöhön liittyvä aihealue oli vielä käsittelemättä. Korjausleikkaus jo aiheessani sanana viittaa korjaavaan kirurgiaan. Korjaava eli rekonstruktivinen kirurgia kuuluu aihealueena plastiikkakirurgiaan erikoisalaan. Sukupuolenkorjausleikkauksessa tavoitteet liittyvät plastiikkakirurgisiin tavoitteisiin, sillä potilaalle pyritään aikaansaamaan mahdollisimman hyvin sekä toiminnallisesti että kosmeettisesti potilasta palveleva lopputulos. Puheissa ja mediassa plastiikkakirurgia yhdistetään useimmiten niin sanottuihin kauneuskirurgisiin toimenpiteisiin, joissa yksilö päättää kirurgisesti muokata ulkomuotoaan mieluisekseen tai jopa

muiden mieluiseksi. Plastiikkakirurgiaa tehdään kuitenkin aktiivisesti muualla kuin yksityisillä klinikoilla, koska plastiikkakirurgia yhä useammin yhdistyy muihin kirurgian aloihin. Rekonstruktivisen plastiikkakirurgian termistäkin jo selviää kyseisen erikoisalan tarkoitus: eri yhteyksissä rekonstruktio voi tarkoittaa esimerkiksi ennallistamista, kopion tekemistä tai ympäristön muuttamista luonnontilaiseksi tai luonnontilan kaltaiseksi. Rekonstruktivisella kirurgialla pyritään siis usein palauttamaan jotain ennalleen tai luomaan uudestaan luonnollista tavoitetilaa. Plastiikkakirurgia nousi työssä omaksi luvukseen, koska leikkaustoimenpiteet kuuluvat plastiikkakirurgian aihealueen alle.

Viimeisenä ja kaikki edelliset yhteen kokoavana tekijänä tarkastelen koko sukupuolenkorjausleikkausprosessia Suomessa. Itse prosessin käsittelyn jätin työssä viimeiseksi, koska kaikki aikaisemmin esitellyt asiat linkittyvät itse prosessiin. Aikaisempien opinnäytetyöni tulosten on mielestäni tarkoituksenmukaista kasvattaa ymmärrystä niistä asioista, joita sukupuolenkorjausprosessiin liittyy, koska aihe on moniulotteinen ja pelkän prosessin tarkasteleminen vaatii taustatietoja, jotta prosessista tulisi ymmärrettävämpi. Vaikka prosessi näyttäisi paperilla yksinkertaiselta, on huomioitavaa, että prosessin hoitoajat ovat pitkiä ja usein potilas on voinut käydä läpi omaa prosessiaan koko elämänsä. Lääketieteellisiin tutkimuksiin ja korjausprosessiin hakeutuminen on monille pitkällisen oman prosessin huipentuma, jonka jälkeen henkilö pääsee nauttimaan elämästään siten, kun hän itsensä kokee.

4 MATKA ALUSTA KORJATTUUN KEHOON

Opinnäytetyön tulokset rakentuvat opinnäytetyön keskeisimpien käsitteiden ympärille. Tämän työn keskeiset käsitteet muodostuivat kirjallisuuden ja työn tulosten tulkitsemiseen tarvittavien pohjatietojen perusteella. Koska opinnäytetyö käsittelee sukupuolenkorjausleikkauksia Suomessa, on yläkäsitteenä sukupuoli. Pelkän sukupuolen tarkastelu jää kuitenkin suppeaksi, jonka vuoksi tarkastelen myös seksuaalisuutta ja sen eri muotoja. Kolmantena yläkäsitteenä on plastiikkakirurgia, sillä opinnäytetyö paneutuu rekonstruktiviisiin plastiikkakirurgisiin toimenpiteisiin. Neljäntenä yläkäsitteenä on luontevaa tarkastella diagnostiikkaa, sillä sukupuolenkorjausleikkaukseen pääsemiseen vaaditaan spesifi ICD-10-tautiluokitusten mukainen diagnoosi. Viimeisenä, edelliset luvut yhteen nivovana kappaleena, on itse sukupuolenkorjausleikkausprosessi Suomessa. (KUVIO 1.)



KUVIO 1. Opinnäytetyön tulosten rakenne

4.1 Sukupuoli

Ihmisen sukupuolinen kypsyminen saa alkunsa hedelmöityksestä ja se jatkuu aikuisikään saakka (Dunkel 2009, 577). Sukupuoli on yksi tärkeimmistä seikoista, johon ihmiset kiinnittävät huomiota toisen ihmisen kohdatessaan. Ihminen voi tuntea olonsa kiusalliseksi kohdatessaan toisen ihmisen, jonka sukupuolta ei pysty välittömästi päättelemään. Sukupuolen epämääräisyys koetaan epäilyttävänä. Tämän vuoksi ihmiset tuntevat usein tarvetta korostaa

sukupuoltaan, jotta oma sukupuoli ei jäisi toisille epäselväksi. (Tainio, Palmu & Ikävalko 2010, 13.)

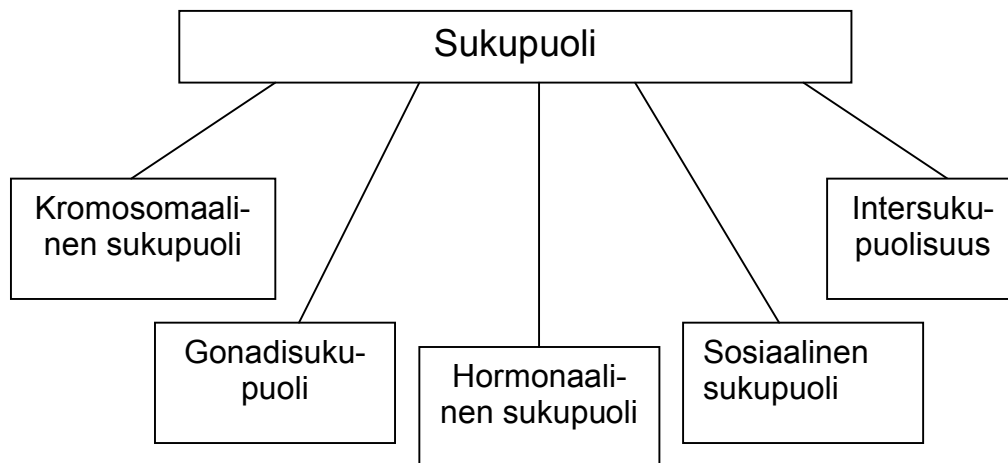
4.1.1 Sukupuolen määräytyminen

Sukupuolen määräytymisen mekanismia on spekuloitu Aristoteleen ajoilta saakka. Vuoteen 1900 asti yleisesti ajateltiin, että ulkoiset tekijät, kuten raskausajan ravitsemus, määrittävät sikiön sukupuolen. Tämän jälkeen osoitettiin, että useilla selkärangkaisilla sekä selkärangattomilla sukupuoli määräytyy kromosomaalisesti. X- ja Y -kromosomin olemassaolo todistettiin sytologisesti eli soluopillisesti vuonna 1923. Tällöin oletettiin aikaisemmin *Drosophila*-kärpässuvulla tehtyjen tutkimusten pohjalta, että nisäkkäiden sukupuoli määräytyy *Drosophila*-kärpässuvun tapaan X-kromosomien määrän perusteella, eikä Y-kromosomin läsnäolon vaikutuksesta. (Page ym. 1987, 1091.)

Ihmisen sukupuolinen kehitys alkaa kuitenkin kromosomaalisen eli geneettisen sukupuolen määräytymisellä hedelmöityshetkellä (Dunkel 2009, 577). Lääketieteessä sukupuolen määräytyminen ja kehitys voidaan jakaa kromosomaalisen sukupuolen lisäksi kahteen muuhun osaan, sukupuolirauhasen mukaiseen eli gonadisukupuoleen sekä ilmaisun mukaiseen sukupuoleen. Mikään näistä kolmesta jaottelusta ei itsenäisesti määrää yksilön sukupuolta. Biologisesta näkökulmasta erilaisten häiriöiden ymmärtämisessä edellä mainittu kolmijako on kuitenkin käyttökelpoinen. (Dunkel 2009, 579.)

Sukupuolen lääketieteellinen tutkiminen ja jaottelu on yksin kuitenkin liian suppea tapa tarkastella sukupuolta. Yksilön tietoinen sukupuoli tai sukupuoli-identiteetti on usean tekijän lopputulos, jota ei voi helposti ennustaa (Dunkel 2009, 579). Hormonit sekä ulkoiset ja sisäiset genitaalit vaikuttavat myös yksilön sukupuoliseen kehitykseen. Lisäksi kehityksessä voidaan erottaa toissijaiset sukupuolen tunnusmerkit, sukupuoliroolit, sukupuolinen suuntautuminen sekä sukupuoli-identiteetti. Kaikki edellä mainitut jaottelut huomioon ottaen jako erilaisten sukupuolisten ominaisuuksien välillä on edelleen yksinkertaistava ja yleistävä. Täten voidaan todeta, että sukupuolen

kahtiajottelu ei olekaan niin itsestään selvä kuin sen ajatellaan ja toivotaan olevan. (Venhola 2001, 3–5) Sukupuoli voidaan karkeasti jaoteltuna jakaa ainakin kromosomaaliseen sukupuoleen, gonadisukupuoleen, hormonaaliseen sukupuoleen, sosiaaliseen sukupuoleen sekä intersukupuoleen (KUVIO 2).



KUVIO 2. Erilaisia sukupuolijaotteluita

4.1.2 Kromosomaalinen sukupuoli

Ihmisen genomissa on yleisimmin 22 autosomiparia ja kaksi sukukromosomia, joko X ja X tai X ja Y (Dunkel 2009, 580). X- tai Y-kromosomin sisältävä siittiö useimmiten määrää sikiön kromosomaalisen sukupuolen joko XX- tai XY-tyyppiseksi munasolun sisältäessä X-kromosomin (Huhtaniemi & Pöllänen 2001, 1957; Dunkel 2009, 580; Venhola 2001, 6).

Sekä miehellä että naisella voi kuitenkin olla niin sanotusti ylimääräisiä sukupuolikromosomeja vastakkaiseltakin sukupuolelta ilman, että useammat kromosomit vaikuttaisivat merkittävästi yksilön sukupuoliseen kokonaisuuteen. Muiden kuin X- ja Y-kromosomin vaikutuksesta sukupuoleen ei tiedetä, mutta arvellaan, ettei niillä ole merkittävää roolia. (Venhola 2001, 5.) Vasta bipotentin sukupuolirauhasen kehittyttyä alkaa sukukromosomien geenien vaikutus sukupuolen määräytymiseen (Dunkel 2009, 580).

4.1.3 Gonadisukupuoli

Sukupuolirauhaset määrittävät sikiön sukurauhasen mukaisen eli gonadisukupuolen. Sukupuolirauhaset erittävät hormoneja, jotka taas ohjaavat ulkoisten sukupuolielimien sekä sukupuolielinten tiehyiden kehitystä. (Nussey & Whitehead 2001.)

Esimunuaisen etupintaan kehittyvä harjanne ja ruskuaispussin seinämässä syntyvät alkuitusolut muodostavat sukupuolirauhaset. Sukupuolirauhaset ovat rakenteeltaan kummallakin sukupuolella identtiset sikiön kuuden viikon ikään saakka. Alkuitusolut vaeltavat kohteeseensa valejalkojen avulla 3–6. viikolla lisääntyen matkallaan. Tämän jälkeen reagoimaton sukupuolirauhanen erilaistuu useimmiten joko munasarjaksi kahden tai useamman X-kromosomin vaikutuksesta tai Y-kromosomissa sijaitsevan geenin, ”Sex-determining region of the Y chromosome”:n (SRY), vaikutuksesta kivekseksi. (Nussey & Whitehead 2001; Dunkel 2009, 579–580.) Intersukupuolisilla tämä kahtiajaottelu ei päde, vaan heillä voi olla vain yksi sukurauhanen, molemmat sukurauhaset tai ei ollenkaan sukurauhasia (Venhola 2001, 4). Tapahtumaa, jossa bipotentiaalinen sukupuolirauhanen erilaistuu joko kivekseksi tai munasarjaksi, kutsutaan sukupuolen määräytymiseksi ja sukupuolen määräytymistä seuraa sukupuolinen kehitys (Dunkel 2009, 578).

4.1.4 Hormonaalinen sukupuoli

Kaikilla ihmisillä erittyy elimistössään käytännössä samoja hormoneja. Miesten ja naisten välillä hormonien määrissä on kuitenkin eroavaisuuksia. Hormonien vaikutuksen vuoksi naisten ja miesten sukuelimet eroavat toisistaan ja sukupuolten väliset erot ovat oikeastaan vähäisiä, ja vaatteet päällä erot voivat olla huomaamattomia. (Venhola 2001, 3.)

Kivesten muodostuminen alkaa 6.–7. viikolla kivesjuosteiden ja välikudoksen erilaistumisella. Erilaistumisen ensimmäisessä vaiheessa juosteet kehittyvät ja

muuttuvat myöhemmin siementiehyiksi. Kahdeksannella viikolla endokrinologisesti aktiiviset, siementiehyiden rakenteisiin kuuluvat, Sertolin solut erittävät anti-Müller-hormonia (AMH) samaan aikaan kun follikkeliä stimuloivan hormonin (FSH) aktiivisuus ilmaantuu plasmaan. Seuraavaksi välikudokseen ilmestyy Leydigin soluja, jotka erittävät testosteronia ja näiden solujen suhteellinen osuus on neljännellätoista viikolla suurimmillaan. Maskuliinisten tiehyiden kehityksen kriittiseen ajankohtaan sijoittuu sikiön plasmassa testosteronipitoisuuden huippu, joka voi olla lähellä aikuisen miehen testosteronipitoisuuden tasoa. Taso voi olla sata kertaa korkeampi kuin leikki-iässä. (Dunkel 2009, 581.)

Näihin aikoihin ulkoisiin genitaalisiin on ilmestynyt 5α -reduktaasiaktiivisuus, joka toimii katalysaattorina testosteronin pelkistymisessä dihydrotestosteroniksi (DHT). Testosteronin erityis ja synteesi vähenevät kumpikin huomattavasti loppuraskauden ajaksi. Maskuliinisen sikiön seeruminen lutenisoivan hormonin (LH) aktiivisuudella arvellaan olevan osuutta istukkagonadotropiinin lisäksi myös kivesten kehityksessä koriongonadotropiinihuipun jälkeen. Näin on arveltu, koska esimerkiksi hypogonadotrooppisilla sekä anenkefalisilla vastasyntyneillä pojilla on usein genitaalihypoplasia. Sikiökautisten gonosyyttien erilaistuminen siittiökehityksen kantasoluiksi eli spermatogonioiksi alkaa 13.–15. viikolla. (Dunkel 2009, 581–582.)

Munasarjoissa ei sikiöaikana ole todettu selvää steroidituotantoa, mutta estrogeenipitoisuus plasmassa on suuri, sillä se on yhtenäinen äidin estrogeenitason kanssa. Sikiön estrogeeni on kai äidin plasmasta peräisin, sillä maskuliinisen ja feminiinisen sikiön välillä ei ole estrogeenitasossa eroja. Sikiön munasarjojen kehitys alkaa kahdeksannella viikolla, jolloin alkuitusolut liittyvät alkumunasoluina eli oogonioina epiteelisoluihin soluryhmiksi. Soluryhmiä ympäröi sidekudos ja yhdennellätoista viikolla oogonioiden ensimmäinen kypsymsjakautuminen alkaa. Tällöin syntyy primaarisia munasoluja, eli oosyyttejä. (Dunkel 2009, 582.)

Viidennellä kuukaudella alkaa alkumunarakkuloiden eli primordiaalifollikkelien muodostuminen, joissa oosyyttiä ympäröi alkukantainen granuloosasolukko.

Seitsemännellä kuukaudella ensimmäiset varhaismunarakkulat eli primaarifollikkelit ilmestyvät. Näissä granuloosasolukko on lisääntynyt ja elimen perusrakenneosasta on muodostunut teekkakapseli. Munasoluista kuolee suuri osa ikään kuin ohjelmoidun solukuoleman kautta, jolloin munasolujen lukumäärä vähenee. Viidennellä kuukaudella munasolujen lukumäärä on noin kuusi miljoonaa ja vastasyntyneellä vastaava lukumäärä on noin kaksi miljoonaa. Neljäntoista viikon iässä munasarja painaa noin 20 milligrammaa. Vastasyntyneen munasarjan paino on noin 300 milligrammaa. (Dunkel 2009, 582.)

Maskuliinisten sukupuolielinten tiehyiden kehitys, feminiinisten sukupuolielinten surkastuminen ja erilaistumattomien ulkoisten sukupuolielinten kehitys maskuliiniseen suuntaan vaativat kivesten eritystoimintaa. Vastaava sikiön feminiininen kehitys on spontaania ja ilmenee aina kivesvaikutuksen puuttuessa. (Dunkel 2009, 582.)

4.1.5 Sosiaalinen sukupuoli

Sosiaalisella sukupuolella tarkoitetaan niitä kulttuurisia arvoja, asenteita, rooleja, käytäntöjä ja piirteitä, jotka perustuvat sukupuoleen. Englanniksi tästä käytetään termiä *gender*. (Ilmonen & Nissinen 2006, 452.) Eriävät sukupuoliroolit ja käytös voivat aiheuttaa sosiaalisten sukupuolien välisiä eroavaisuuksia, jotka systemaattisesti palvelevat yhtä ryhmää. Nämä eroavaisuudet voivat myös johtaa sukupuolien epätasa-arvoon niin terveydentilan kuin hoitoon pääsemisenkin suhteen. (WHO)

Osa sukupuolen yhteensopimattomuudesta kärsivistä käyttää itsestään termiä *transgender*. Transgenderiys on kokemusta omasta sukupuolesta sukupuolidikotomisen jaottelun välimaastossa tai sen ulkopuolella. (Huuska ym. 2010, 17) Osa transgender-henkilöistä tahtoo samankaltaisia hoitoja kuin transsukupuoliset, mutta kaikki transgenderit eivät halua hoitoja ollenkaan. (Karanki & Transtukipiste 2009, 1.) Transgender-henkilö voi haluta poistattaa esimerkiksi rintansa, mutta ilman ICD-10-tautiluokituksen mukaista

transsukupuolisuuden diagnoosia genitaalikorjausleikkauksia ei Suomessa suoriteta.

4.1.6 Intersukupuolisuus

Intersukupuolisella henkilöllä on sekä miehelle että naiselle kuuluvia sukupuolen fyysisiä piirteitä samanaikaisesti. Kaikkien erilaisten oireyhtymien ja tilojen yläkäsite on intersukupuolisuus, joka on terminä ja osana itsemäärittelyä tai identiteettiä vielä nuori. Aiempia intersukupuolisuudesta käytettyjä termejä ovat muun muassa kaksineuvoisuus, hermafrodismi, valesukupuolisuus, pseudohermafrodismi sekä interseksuaalisuus. (Ilmonen & Nissinen 2006, 437.) Epäselvästä sukupuolesta puhutaan silloin, kun vastasyntyneen ulkoiset genitaalit eivät mahdollista yksiselitteistä sukupuolen tunnistusta. Epäselvän sukupuolen taustalla voi olla intersukupuolisuus tai synnynnäiset sukupuolielinten kehityspoikkeamat. (Ilmonen & Nissinen 2006, 434.)

Miehellä muutos bipotentista alkutilanteesta sukupuolen kehityksessä on suurempi ja siten alttiimpi kehityspoikkeamille kuin naisten. Tämän vuoksi miesten ulkoisissa sukuelimissä esiintyy huomattavia variaatioita, kun taas naisten ulkoisten genitaalien rakenteet ovat hyvin samankaltaiset yksilöiden välillä. Sikiön viemärisuoli eli kloaakki jakautuu ensin kahteen osaan. Toisesta muodostuu virtsateiden elimiä ja toisesta muodostuu ulkoiset genitaalit. Kloaakin suulle muodostuvat urogenitaalipoimut, joiden etuosassa on genitaalikyhmy. Miehellä urogenitaalipoimut suurenevat ja genitaalikyhmy pienenee. Urogenitaalipoimut yhtyvät keskiviivassa muodostaen kivespussit. (Venhola 2001, 7.)

Vanhempien sukusolujen kehitys saattaa olla häiriintynyttä, jonka vuoksi lapsen sukupuolikromosomisto ei ole aina muotoa XX tai XY. Tämän vuoksi osalla ihmisistä on vaihteleva yhdistelmä eri sukupuolikromosomeja. Esimerkiksi Turnerin oireyhtymässä tytöltä puuttuu toinen X-kromosomi, jolloin

sukupuolikromosomisto on muotoa X0. Klinefelter-oireyhtymää sairastavilla pojilla sukupuolikromosomisto taas on muotoa XXY. (Venhola 2001, 6.)

Intersukupuolisuuden muotoja on myös muun muassa tytöillä liiallinen lisämunuaisen androgeenituotanto (CAH), joka johtaa tyttölapsen ulkoisten genitaalien eriasteisiin miehen sukupuolitunnusmerkkien kehittymisiin. Poikavauvoilla puutteellinen sukupuolielinten kehittyminen saattaa johtua testosteronin tai dihydrotestosteronin puuttuvasta tai riittämättömästä tuotannosta, tai androgeenireseptoreiden viallisuudesta androgeeneista riippuvaisissa kudoksissa. (Pimenoff 2006, 174–175.)

Pojilla entsyymipuute saattaa vaikuttaa testosteronin rakentumiseen tai sen muuttamiseen dihydrotestosteroniksi. Dihydrotestosteroni on välttämätön miehisten sukupuolielinten kehityksessä, ja sen puute vaikuttaa ulkoisten genitaalien kehitykseen. Entsyymipuute, joka vaikuttaa testosteronin rakentamiseen tai sen muuttamiseen dihydrotestosteroniksi, aikaansaa sen, että poikavauvoilla voi olla syntyessään naisellisilta vaikuttavat tai kaksiselitteiset sukuelimet. Kivekset voivat olla vatsaontelossa, nivusissa tai häpyhuulten kaltaisissa poimuissa. Toisena vaihtoehtona on, että 5 α -reduktaasientsyymipuutos sekä 17 β -hydrogenaasipuutos johtavat dihydrotestosteronipuutteeseen, jolloin poikalapset syntyvät naisellisilta vaikuttavin ulkoisin sukuelimin, mutta sisäiset sukupuolielimet kehittyvät normaalisti. (Pimenoff 2006, 175.)

PAIS (partial androgen insensitivity syndrome) -lapsilla on lähes tavallisen naiselliset tai kaksineuvoiset sukuelimet. Heillä on kivekset, jotka tuottavat androgeeneja, mutta kudosten epäsensitiivisyyden vuoksi sukuelimet eivät kehity miehiseksi. Vastasyntyneet on määritetty pojiksi tai tytöiksi sukuelinten rakenteen ja niiden arvioitujen aikuisiän toimimismahdollisuuksien mukaan. CAIS (complete androgen insensitivity syndrome) -lapsilla on naiselliset ulkoiset genitaalit, jonka vuoksi tila jää yleensä toteamatta ja asia selviää useimmiten vasta murrosiässä, kun kuukautiset eivät ilmaannu, sillä muuten lapset ovat ulkomuodoltaan täysin feminiinisiä. CAIS- tai PAIS-naiset ovat hedelmättömiä, koska heillä oli kivekset syntyessään, jotka usein myöhemmin poistetaan. CAIS- ja PAIS-lasten, jotka ovat kasvaneet sekä tyttöinä että

poikina, tiedetään aikuisena hakeneen sukupuoleen kuulumisen oikeudellista ja lääketieteellistä muutosta. (Pimenoff 2006, 176.)

Tilanteisiin, jossa lapsella on sekä munasarja- että kiveskudosta, liittyvät yleensä poikkeavat genitaalit. Kloakaalisessa ekstrofiassa lapsilla on sisäelinten ja sukuelinten epämuodostumia, mutta sukurauhaset toimivat tavallisesti. Nämä lapset useimmiten kasvatetaan työiksi ja heille muovataan naisen sukuelimet. Iso osa näistä geneettisistä pojista tahtoo aikuistuttuaan elää miehinä. (Pimenoff 2006, 176.)

4.2 Seksuaalisuus

Seksuaalisuus antaa ihmiselle mahdollisuuksia niin iloon ja nautintoon kuin suruun, huoleen ja epätoivoonkin osana elämää (Emas 2006, 85). Seksuaalinen vietti kaikista vieteistä tuottaa ihmiselle sekä voimakkaimpia nautinnon että tuskan hetkiä. Libido, eli seksuaalinen vietti, on aiemmin määritelty itsepäiseksi haluksi tavoitella seksuaalista mielihyvää, joka kuuluu ihmisen perimään. Ihmisen eroottiset ja seksuaaliset tarpeet ja halut säätelevät tahdosta riippumatta ihmisen käytöstä, ajatuksia ja tunteita muiden viettien tavoin. (Huttunen 2006, 15.) Seksuaalisuuden tarkastelemista useiden eri tieteenalojen, kuten sosiologian, historian, psykologian, lääketieteen teologian tai filosofian, näkökulmasta kutsutaan seksologiaksi (Venhola 2006, 69).

4.2.1 Seksuaalisuus yhteiskunnassa

Seksuaalisuus on useimmissa yhteiskunnissa ihmisille merkityksellinen ja vakava asia. Seksuaalisuuteen liittyy paljon tunteita ja symbolisia uhkakuvia. Seksuaalisuuteen liitetään kaikkialla lisääntyminen, mielihyvä, nautinto, kumppanuus, ihmisen sitoutumisen tarve ja oma riittävyys sukupuolensa edustajana. Lisäksi kaikissa kulttuureissa perheiden sisällä seksuaalisuus tuntuu olevan useimmiten tabu. (Emas 2006, 85.)

Yksilön suhtautuminen seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen pohjaa lapsuudesta alkaen yksilön omiin kokemuksiin. Suhtautumiseen vaikuttavat muun muassa ne seikat, jotka lapsuudessa on koettu luvalliseksi, miellyttäväksi tai nautittavaksi ja toisaalta myös ahdistavaksi, kielletyksi, pelottavaksi tai hävettäväksi. Kokemusten lisäksi asenteisiin vaikuttavat opetukset kyseisistä asioista. Seksuaalisuuteen liittyvät asiat opitaan usein huomaamatta yksilön ympäristön ilmapiiristä ja non-verbaalisista viesteistä. (Ilmonen 2006, 42.)

Kasvatus-, opetus- ja sosiaalityössä sekä terveydenhuollossa puhutaan ihmisen kokonaisvaltaisesta kohtaamisesta tavoitetasolla. Kokonaisuudesta jää usein pois seksuaalisuus. Seksuaalisuus- ja ihmissuhdeasioita ei kartoiteta samalla tavoin kuin muita terveyteen ja elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Oman seksuaalisuuden kohtaaminen on erittäin tärkeää, sillä auttamistilanteissa työntekijä toimii oman ihmiskuvan, elämäkokemuksen, koulutuksen ja ammatillisen viitekehyksen pohjalta (Ilmonen 2006, 42–43).

Seksuaalisuudesta käytetyissä käsitteissä näkyy käsitteiden kulttuurisidonnaisuus sekä periytyminen sukupolvelta toiselle. Terminologian, määrittelyiden, käsitteiden ja ilmaisujen uudistaminen voi vahvistaa, purkaa tai problematisoida vanhoja sidoksia. Käytetyissä käsitteissä näkyy taustalla yhteiskunnan ja yhteisön ihmiskuva ja siihen linkittyvät arvot, normit, tabut, myytit ja asenteet. (Ilmonen & Nissinen 2006, 23.)

4.2.2 Seksuaalikulttuuri

Niitä uskomuksia, tapoja ja arvoja, jotka liittyvät seksuaaliseen kanssakäymiseen, voidaan kutsua seksuaalikulttuuriksi. Ne ovat syntyneet ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Seksuaalikulttuurin ilmeneminen näkyy esimerkiksi siinä, mitä seksuaalisuutta koskevia asioita pidetään sopivana tai haitallisina lapsille ja nuorille. Kulttuuri määrittää rajat ja ihanteet

seksuaalisuudelle sekä seksuaalisuuteen liittyvän mielenkiinnon ilmaisulle. Seksuaalikulttuuri siirtyy sukupolvelta toiselle. (Kontula 2006, 28.)

Seksuaalikulttuuri ei ole pysyvä tila, vaan altis muutoksille muiden elämänalueiden tavoin. Sekä sukupuolta että seksuaalisuutta koskevat käsitykset ovat oman kulttuurin ja oman identiteetin ydintä. Erilaisten kulttuurien kohdatessa törmäävät myös käsitykset sukupuolesta ja seksuaalisuudesta. Kulttuureittain vaihtelee myös se, mitä pidetään yksityisenä ja mitä koetaan häpeälliseksi. Myös kielelliset ilmaisut rajoittavat viestintää seksuaalisuudesta, sillä tietyllä tavalla määritellyille asioille ei löydy kaikista kielistä vastaavia sanoja. Kaikista asioista ei myöskään ole eri kulttuureissa lupa puhua ääneen. (Emas 2006, 77–82.)

Viimeksi kuluneen sadan vuoden aikana seksuaaliasioiden merkitys on mullistunut perusteellisesti suomalaisten elämässä. Toimeentulon pakko muokkasi seksuaalikulttuurille aiemmin alisteista, rationaalista moraalista käytöstä, jonka käytäntöä valvoivat sekä kirkko että lainsäädäntö. Valvominen tehtiin perheen, yhteiskunnan perusinstituution, ehdoilla ja varsinkin naisille leimautuminen moraalisesti hairahtuneeksi oli huomattava sosiaalinen ja taloudellinen riski. Seksuaaliset ilmaisut pidettiin piilossa. (Kontula 2006, 27–28.)

Kirjallisesti seksuaalisuutta käsiteltiin vain uskonnollisessa kirjoittelussa ja lakiteksteissä ennen 1800-lukua. Niissä varoiteltiin ankarasti huoruudesta, irstaudesta, sukuruusauksesta ja luonnottomuuksista. Sivistyneistö käytännössä vaikenä seksuaalisuudesta 1960-luvulle asti. Sukupuolioppaissa seksuaalisuudesta kerrottiin varoittavassa sävyssä, joka aiheutti väärää pelkoa muun muassa itsetyydytyksen väitetystä haitoista. Tosin tohtori Raija Nummelinin (2000, 128) nuorille kohdistettuja seksuaalikasvatusmateriaaleja koskevan väitöstutkimuksen mukaan seksuaalista kanssakäymistä käsiteltiin kuitenkin opaslehtisissä edelleen ennen kaikkea siihen liittyvien vaarojen ja epäonnistumisten kautta.

Useissa kulttuureissa sukupuolten ja seksuaalisuuksien välinen valta ei jakaudu tasan. Miehillä on enemmän auktorisoitua ja muodollista valtaa kuin naisilla ja

seksuaalisesta kaksoisnormistosta hyötyjinä miehillä on myös enemmän seksuaalisia oikeuksia sekä vapauksia seksuaaliseen nautintoon. Avioliiton ulkopuolisen ja esiaviollisen seksuaalisuuden normisto on edelleen rajoittavampi ja ankarampi naisille. Kunniakulttuureissa seksin ajatellaan kuuluvan avioliittoon ja naisten ansaitsevan väkivaltarangaistuksia niin avioliiton ulkopuolisesta seksistä kuin raiskauksen uhriksi joutumisestakin. Traditionaalisten patriarkaalisten kulttuurien kuvat sukupuolirooleista sopivat huonosti tasa-arvoisempiin kulttuureihin. (Emas 2006, 83.) Transsukupuolisuuden esiintyvyydessä arvellaan kuitenkin, että tiedon lisääntyminen nostaa esiintyvyyttä enemmän kuin kulttuuriset tekijät (Pimenoff 2006, 165). Tällöin voisi ajatella, että esimerkiksi halu korjata sukupuoltaan naisesta mieheksi ei juonna juuriaan halusta nousta vallassa ylöspäin. Toisaalta on aiheellista pohtia, että onko traditionaalisissa patriarkaalisisissa kulttuureissa realistista mahdollisuutta ryhtyä edes sukupuolenkorjaustoimenpiteisiin.

Erilaisista kulttuureista huolimatta ajatustavalla, jossa korostetaan oman seksuaali- ja sukupuolikulttuurin oikeutta, paremmuutta ja kehittyneisyyttä yli toisten kulttuurien, on haitallisia seurauksia. Omasta kulttuuristamme poikkeavassa kulttuurissa kasvaneet tai muualta Suomeen muuttaneet saatetaan haluta ikään kuin vapauttaa meidän kulttuurissamme hankalaksi koetuista tavoista. Seksuaalisuuden ja sukupuoliroolien kohdalla muiden kulttuureiden tavat nähdään helposti kehittymättöminä tai väärinä, vaikka muilla elämänalueilla, kuten taiteessa ja ruokakulttuurissa, muita kulttuureja tuetaan ja arvostetaan. Moninaisuuden ymmärtäminen on avainsana eri kulttuurien kohtaamisessa ja terveydenhuollon asiakastyöhön tulee pulmia, jos tätä moninaisuutta ei ymmärretä. (Emas 2006, 84.)

Yhteiskunnissa vallitseva heteroseksismi ja sen myötä heteronormatiivisuus löytyy useimmiten kielteisten asenteiden taustalta. Heteronormatiivisuudessa heteroseksuaalisuudesta poikkeavaa pidetään epänormaalina ja jopa luonnottomana. Tällöin heteroseksuaalinen parisuhde nähdään kyseenalaistamatta parhaana tai ainoana oikeana kasvualustana lapsille, sekä homo- ja biseksuaaleja voidaan pitää sopimattomina esimerkiksi tiettyihin ammatteihin ja huonoina malleina samastumiseen lapsille. Osalla ihmisistä on sangen voimakkaita torjuvia reaktioita homo- ja biseksuaaleja kohtaan, jotka voi

vatjohtaa erittäin asiattomaan käytökseen. Tällöin puhutaan homofobiasta. Homofobiset henkilöt ovat yleensä haluttomia ottamaan vastaan tietoa, joka asettaisi heidän asennoitumistaan kyseenalaiseksi. (Nissinen 2006, 137.)

4.2.3 Seksuaalinen suuntautuminen

Länsimaisessa lääketieteessä seksuaalista suuntautumista on alettu 1800-luvun jälkipuoliskolla määrittää perversioiden ja degeneraatioiden luokittelulla, kuvauksella ja selittämällä. Suuntautumisen määrittely ja määrittelyyn liitetyt merkitykset ovat myös historiallisesti muuttuvia ja kulttuurisidonnaisia. Antropologisissa tutkimuksissa samaa sukupuolta olevien keskinäiselle seksuaalikäytökselle on todettu löytyvän erilaisia kulttuurisia järjestymistapoja, kuten ikäperusteinen (aikuinen & nuorukainen), sukupuolisosialisaatioon liittyvä (maskuliinisesti käyttäytyvä & feminiinisesti käyttäytyvä), tiettyyn sosiaaliseen rooliin liittyvä (esimerkiksi shamaanin rooli) sekä tasavertaisuuteen perustuva (esimerkiksi länsimainen 1900-luvun lopun) käyttäytymismalli. Seksuaalikäyttämisen normittamisessa kirkko, oikeuslaitos ja lääketiede ovat olleet keskeisiä instituutioita (Nissinen 2006, 130–135).

Heteroseksuaalisuus terminä on esiintynyt jo 1800-luvun loppupuolelta lääketieteen teksteissä, mutta termin käyttö yleistyi vasta kun homo- ja biseksuaalisuus hyväksyttiin osaksi sosiaalista ympäristöä. 1800-luvun lopussa homoseksuaalisuus oli vielä ankarasti kriminalisoitu. Suomessa homoseksuaalisuus oli vuoteen 1981 saakka sairausluokituksessa, ja vielä tämänkin jälkeen sairausluokituksiin jäi itseä häiritsevä homoseksuaalisuus, joka poistettiin DSM-luokituksesta vasta vuonna 1986. Suomessa otettiin vuonna 1996 käyttöön WHO:n ICD-10-tautiluokitus, jossa todetaan, ettei seksuaalista suuntautumista tule sinänsä pitää häiriönä. (Nissinen 2006, 130–135.) Seksuaalisesta suuntautumisesta puhutaan edelleen oikeudellisissa ja joskus myös lääketieteellisissä yhteyksissä virheellisesti sukupuolisena suuntautumisena, vaikka seksuaalisuus ja sukupuoli ovat eri asioita ja seksuaalista kiinnostusta määrittää yksilön muutkin ominaisuudet kuin

sukupuoli. Termistön hajanainen käyttö vaikeuttaa tiedon etsimistä ja rinnakkaisten termistöjen käyttö on myös hämmentävää.

Seksuaalista suuntautumista määriteltäessä ja siitä keskusteltaessa ei usein huomata sitä, että huomattavalla ihmisjoukolla on aikuisiällä hyvin vähän tai ei ollenkaan seksuaalista kiinnostusta mitään sukupuolta kohtaan. Joillekin haluttomuus ei ole hoidettava ongelma vaan osa henkilön identiteettiä, kun taas toisille, etenkin parisuhteessa eläville, seksuaalisen kiinnostumisen puute saattaa olla ongelma. (Nissinen 2006, 122.) Erilaisia oletuksia seksuaalisuudesta tehtäessä tulisi myös aktiivisesti huomioida se joukko ihmisiä, joita seksuaalisuus ei kiinnosta tai jotka eivät seksuaalisuutta halua ilmentää.

Seksuaalista suuntautumista tutkittaessa on käyty keskustelua siitä, pitäisikö seksuaalinen suuntautuminen nähdä sosiaalisena rakenteena vai ihmisen sisäsyntyisenä ominaisuutena. Sisäsyntyisenä ominaisuutena seksuaalista suuntautumista tutkittaessa mielenkiinto kohdentuu sekä suuntautumisen tunnistamiseen että syntymekanismien tutkimukseen. Tässä tapauksessa suuntautuminen joko hyväksytään tai patologisena pidetty kehitys yritetään ehkäistä tai korjata. Sosiaalisena rakenteena nähtyä seksuaalista suuntautumista tutkittaessa fokus on siinä, miten kulttuurissa miesten ja naisten sukupuolieroa, seksuaalisuutta, perhemuotoja ja vanhemmuutta rakennetaan sekä siinä, millaisia merkityksiä annetaan eri yhteyksissä seksuaalisille tunteille ja käyttäytymiselle. (Nissinen 2006, 122–123.)

Seksuaalista suuntautumista on pyritty kategorisoimaan erilaisten selitysmallien avulla, joita on haettu sekä ihmisen biologisesta että psykologisesta kehityksestä. Useimmiten selitysmallien heikkoutena on, että ne sekä eriyttävät että problematisoivat homoseksuaalisen kehityksen heteroseksuaalisesta kehityksestä, vaikka ne eivät kuitenkaan problematisoi hetero- ja homoseksuaalisuusjakoa ja -käsitteitä itsessään. Yhtenäisen selitysmallin etsiminen on turhaa jo senkin vuoksi, että seksuaalinen suuntautuminen ei ole yksiselitteinen ilmiö. Tämän takia erilaisesta seksuaalisuudesta puhumisen sijaan olisikin hedelmällisempää puhua homoseksuaalisuuksista, biseksuaalisuuksista, heteroseksuaalisuuksista sekä aseksuaalisuuksista.

(Nissinen 2006, 133.) Seksuaalisuus on siis ennen kaikkea yksilöllistä ja siihen vaikuttavat useat eri tekijät yksilön elämässä. Eri seksuaalisuuksien sisällä ihmiset pitävät erilaisista asioista, jota kuitenkin tunnutaan pidettävän normaalimpana kuin samasta sukupuolesta pitämistä.

Heteroseksuaalisuudesta puhuttaessa viitataan tilaan, jossa yksilön seksuaaliset, eroottiset tai romanttiset tunteet ja teot kohdistuvat ensisijaisesti tai ainoastaan eri sukupuolta oleviin henkilöihin. Homoseksuaalista käyttäytymistä tai tunne-elämää voi esiintyä myös heteroseksuaaliksi samaistuneilla henkilöillä ja päin vastoin, sillä halut, tunteet, teot ja identiteetti eivät ole sidoksissa toisiinsa. Heteroksi tai heteroseksuaaliksi kutsutaan ihmistä, jonka seksuaaliset, eroottiset tai romanttiset tunteet ja teot kohdistuvat ensisijaisesti tai pelkästään eri sukupuolta oleviin. (Ilmonen & Nissinen 2006, 436.)

Heteroseksismistä puhutaan, kun heteroseksuaalisuutta pidetään itsestään selvästi parempana kuin muut seksuaalisen käyttäytymisen tavat. Tämä ilmenee esimerkiksi ei-heteroseksuaalisten ihmisten ja parisuhteiden syrjintänä, stereotyyppisenä esittämisenä, näkymättömäksi tekemisenä ja vähättelynä. Hetero-olettamalla tai heteroseksuaalisella perusolettamuksella tarkoitetaan sitä, että ihmisten oletetaan ilman erillistä mainintaa olevan heteroseksuaaleja. (Ilmonen & Nissinen 2006, 436.) Heteronormatiivisuudessa sekä heteroseksuaalinen maskuliinisuus että heteroseksuaalinen feminiinisyys edustavat luonnollisia, oikeutettuja, toivottuja ja usein myös ainoita mahdollisuuksia ihmisenä oloon. Heteronormatiivinen ajattelu reflektoituu niin yhteiskunnan rakenteisiin ja instituutioihin kuin ihmissuhteisiin ja käytäntöihinkin. (Lehtonen 2003, 32.)

Homoseksuaalisuus määrittyy kuten heteroseksuaalisuus, mutta seksuaaliset tuntemukset ja teot suuntautuvat ensisijaisesti samaa sukupuolta oleviin henkilöihin. Homoseksuaalinen suuntautuminen ei tarkoita sitä, että henkilö identifioituisi homoseksuaaliksi. Homoseksuaali on kirjakielinen määritelmä niin homoseksuaaliselle miehelle kuin naisellekin, mikä on koettu ongelmalliseksi

termin korostaessa seksuaalisuutta ja assosioituessa enemmän miehiin kuin naisiin. (Ilmonen & Nissinen 2006, 436–437.)

Homoseksuaalisesti suuntautuneilla on mielenterveysongelmia keskimääräistä enemmän, mikä on tullut ilmi laajoissa väestön terveydentilaa kartoittavissa tutkimuksissa Hollannissa, Norjassa, Yhdysvalloissa ja Kanadassa. Suurempaa esiintyvyyttä selitetään stressireaktiona vähemmistöön kuulumisesta, joka voi aiheuttaa erilaisuuden tunteita, toiseuden kokemuksia, sosiaalista stigmaa, ennakkoluuloja sekä syrjityksi ja kiusatuksi tulemista, jopa väkivallan kokemista. Monilta puuttuu tukiverkosto, jonka avulla vapautuminen muun ympäristön ylläpitämistä kielteisistä asenteista ja traumatisoivista kokemuksista olisi mahdollista. Apua ei ole haettu esimerkiksi sen vuoksi, että terveydenhuollon henkilökunnan on pelätty pitävän homoseksuaalisuutta syynä ja aiheuttajana näille ongelmille. Yksittäisen terveydenhuollon työntekijän näkemykset voivat edelleen vaikuttaa siihen, miten asiakas hyväksyy oman tai läheisensä seksuaalisuuden (Nissinen 2006, 135–145).

Biseksuaalisuudessa seksuaaliset teot ja tuntemukset suuntautuvat henkilöihin sukupuolesta riippumatta, jolloin ne eivät ole sukupuolisidonnaisia. Biseksuaalille henkilölle tekojen ja tunteiden merkitykset voivat vaihdella eri aikoina, eri tilanteissa ja sukupuolella saattaa olla oma merkityksensä. Läheskään kaikki biseksuaaleista ei identifioitu biseksuaaleiksi. (Ilmonen & Nissinen 2006, 432.)

Aseksuaalisella henkilöllä on hyvin vähän tai ei lainkaan seksuaalisuuteen liittyviä tunteita, ajatuksia, reaktioita tai käyttäytymistä. Aseksuaalisuus voi olla joko synnynnäistä tai myöhemmin kehittynyttä, ja toisille se saattaa olla osa seksuaalista identiteettiä. (Ilmonen & Nissinen 2006, 432.)

Transvestisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan tilaa, jossa ihmisen kokonaispersoonaan liittyy sekä maskuliinisina että feminiinisinä pidettyjä piirteitä (Ilmonen, Nissinen 2006, 456). Transvestisuus ei liity seksuaalisuuden ilmaisuun, vaikka sen usein kuulee sekoitettavan seksuaalisuuden kanssa. Tavallisimmin transvestiittimiehet ovat heteroseksuaalisia, naimisissa, sekä isiä (Huuska ym. 2010, 11). Transvestisuutta on sekoitettu transsukupuolisuuden

kanssa, vaikka termeillä tarkoitetaan eri asioita. Tämän vuoksi erittelen työssäni myös transvestisuuden.

Transvestiiteiksi määrittäyty yleensä ainoastaan miehiä, joilla on halu ilmaista ja kehittää omaa naisellisuuttaan ja eläytyä omaan naiseuteensa esimerkiksi pukeutumalla naisten vaatteisiin. Naisilla transvestisena pidetty käyttäytyminen ei yleensä herätä tarvetta käyttäytymisen määrittelyyn. (Ilmonen, Nissinen 2006, 456.) Naisten ristiinpukeutuminen voidaan helpommin ymmärtää esimerkiksi poliittiseksi teoksi tai vapaaksi itseilmaisukseksi, kun miesten ristiinpukeutuminen käsitetään psykologiseksi tilaksi (Leinonen 2006, 157). Tämä asettaa transvestiittimiehet ja -naiset eriarvoiseen asemaan.

Transvestisuuteen ei liity toivetta pysyvämmästä sukupuolenkorjauksesta (Leinonen 2006, 158). Transvestisuus löytyy edelleen ICD-10-tautiluokituksista sukupuoli-identiteettihäiriönä, vaikka esimerkiksi Tanskassa transvestisuus on poistettu psyykkisten häiriöiden luokituksista jo vuonna 1994 (Leinonen 2006, 157). Joukko suomalaisia alan asiantuntijoita on allekirjoittanut vuonna 2010 esityksen ICD-luokituksen muuttamiseksi. Transvestisuuden kohta on esitetty poistettavaksi, sillä luokitus ei edistä nykyaikaista seksuaaliterapiaa ja transvestisuutta ei pidetä nykyään hoitoa vaativana, jollei transvestisuuteen liity toimintatapoja, jotka jollain tavalla vakavasti vaarantaisivat henkilön terveyttä (Huuska ym. 2010, 10) Luokitus myös pitää yllä käsitystä siitä, että miehen eläytyminen naisen rooliin on epäsovittavaa, mikä on erityisen ongelmallista transvestiittimiehiä ihmisoikeuksien toteutumisen kannalta (Huuska ym. 2010, 12)

4.3 Plastiikkakirurgia

Plastiikkakirurgia on kirurgian ala, jolla pyritään korjaamaan kudospuutoksia, synnynnäisiä tai muulla tavoin syntyneitä toiminnallisia tai esteettisiä vaivoja (Vuola 2005, 25). Kreikankielinen ”plastikos”, latinaksi ”plasticus”, tarkoittaa kudoksia muodostavaa, menetettyä ruumiinosaa palauttavaa tai muotoiltavaksi soveltuvaa (Tukiainen, Kuokkanen, Suominen & Rautio 2010,

798). Rekonstrukttiivinen eli korjaava plastiikkakirurgia pyrkii korjaamaan sekä toiminnallisia että kudospuutoksia kun taas esteettinen plastiikkakirurgia korjaa pääasiassa esteettisiä virheitä tai puutteita (Tukiainen ym. 2010, 798; ETENE 2005, 3).

4.3.1 Plastiikkakirurgian periaatteita

Rekonstrukttiivinen plastiikkakirurgia ja esteettinen plastiikkakirurgia poikkeavat maksupolitiikaltaan. Useimmiten rekonstrukttiiviset toimenpiteet kuuluvat julkisen terveydenhuollon ja sairausvakuutuskorvausten piiriin, kun taas puhtaasti esteettinen kirurgia kuuluu yksityisen terveydenhuollon piiriin, eikä sairausvakuutus korvaa toimenpiteitä (Tukiainen ym. 2010, 798; ETENE 2005, 3). Usein kuitenkin plastiikkakirurgiassa korjataan sekä toimintaa että ulkonäköä (ETENE 2005, 3). Kaikkien plastiikkakirurgisten toimenpiteiden tavoitteena on turvata normaali kasvu ja toimintakyky sekä mahdollisimman hyvä kudosten laatu ja kosmeettinen lopputulos (Tukiainen ym. 2010, 798).

Plastiikkakirurgiassa käytetään atraumaattista kirurgista tekniikkaa, jossa kudoksia käsitellään mahdollisimman varoen pyrkien minimoimaan mahdolliset lisävahingot. Plastiikkakirurgiassa pyrkimyksenä on korvata kehon puutosalue sellaisella kudoksella, joka muistuttaa mahdollisimman paljon puuttuvia kudoksia ominaisuuksiltaan sekä koostumukseltaan ja leikkauksen jälkeinen toiminta on myös oleellinen seikka. Lisäksi lopputuloksen on oltava kosmeettisesti hyväksyttävä, jolloin kudossiirteitä tehtäessä on otettava huomioon ihokielekkeiden väri, koostumus ja karvoitus. Lievemmissä tapauksissa oleellista lisähaittaa ei saisi syntyä, mutta henkeä tai raajaa uhkaavissa tilanteissa voidaan hyväksyä ottokohdan suurempi sairastuvuus eli morbiditeetti. (Tukiainen ym. 2010, 798–800.)

Plastiikkakirurgisissa toimenpiteissä kudosten mikroverenkierto on usein erittäin tärkeää. Tämän vuoksi tupakoinnin vaikutukset leikkaustulokseen ovat erittäin haitallisia. Nuuskaamisen tai tupakoinnin seurauksena heikentynyt verenkierto haava-alueella jarruttaa paranemista. Tupakointi lisää haavainfektoriskiä, heikentää immuunijärjestelmää ja suosii gramnegatiivisten

bakteereiden kasvua. Tupakointi tulisi lopettaa mieluiten neljä kuukautta ennen leikkausta, mikäli toivoo mahdollisimman hyvää leikkaustulosta. Mikäli lopettaminen neljää kuukautta aikaisemmin ei onnistu, tulisi tupakointi lopettaa vähintään 4–6 viikkoa ennen toimenpidettä. (Karanki 2011, 2.)

4.3.2 Plastiikkakirurgia transsukupuolisuuden hoidossa

Transsukupuolisten kirurginen hoito käsittää sukuelinten, rintojen sekä mahdollisesti esimerkiksi kasvojen ja kurkunpään plastiikkakirurgiset toimenpiteet. Epätyydyttävien ensisijaisten tulosten ja leikkauskomplikaatioiden vuoksi suoritettut uusintaleikkaukset eivät ole epätavallisia. Suomessa on vuosien jonot sukuelinkirurgiaan. (Pimenoff 2006, 168–169.)

Sukupuolenkorjausleikkaukset ovat plastiikkakirurgisia toimenpiteitä, joissa käytetään plastiikkakirurgisia leikkausmenetelmiä. Korjausleikkaukset ovat haastavia toimenpiteitä, joita suorittamassa on sekä Helsingissä että Tampereella moniammatilliset tiimit. Moniammatillisissa tiimeissä on ammattilaisia useilta eri erikoisaloilta ja ammattiryhmistä. Leikkaukset suunnitellaan mahdollisimman tarkasti ja yksilöllisesti ennen leikkauksiin ryhtymistä.

Transsukupuolisuuteen perehtyneiden työryhmien toiminnasta vastaa psykiatrian erikoislääkäri. Työryhmän käytettävissä tulee olla endokrinologiaan perehtyneitä gynekologian ja sisätautien erikoislääkäreitä, sekä Helsingissä sukupuolielinkirurgiaan perehtynyt plastiikkakirurgian erikoislääkäri (Tiitinen ym. 2003 2046).

Sukupuolenkorjausleikkauksissa käytettävän leikkausmenetelmän valinta on yksilöllinen. Useimmiten plastiikkakirurgi käyttää leikkaustekniikkaa, jonka hän hallitsee. Tällöin leikkaustoimenpiteen suorittaminen on myös potilaalle turvallisinta. (Karanki 2011, 1.)

4.3.3 Plastiikkakirurgiset menetelmät

Plastiikkakirurginen ihonsiirre voi käsittää kaikki ihon kerrokset, jolloin puhutaan kokoihonsiirrosta tai ihon pintaosan, jolloin puhutaan osaihonsiirteestä. Osaihonsiirre voidaan ottaa eri syvyyksistä, jolloin puhutaan joko ohuista, keskisyvistä tai syvistä osaihonsiirteistä. Kokoihonsiirre sisältää koko paksuudeltaan sekä epidermisen että dermisen ja sitä käytetään vain pienehköjen ihopuutosten korjaamiseen. Erityisesti sellaisilla alueilla, joilla toivotaan vähäistä arpimuodostusta ja hyvä liikkuminen on tärkeää, voidaan käyttää kokoihonsiirrettä. Mitä ohuemmasta ihonsiirteestä on kyse, sitä enemmän tapahtuu paranemisvaiheessa arpeutumista. Toisaalta taas liian paksua ihosiirrettä käytettäessä siirteen pintaosa voi joutua nekroosiin, kun vaskularisaatiota eli verisuonittumista ei tapahdu pohjalta alkaen riittävän nopeasti. Kokoihonsiirteen ottokohdassa käytetään joko suoraa sulkua tai se peitetään osaihonsiirteellä, mikä rajoittaa siirteen kokoa. Osaihonsiirre otetaan dermatomilla tai erityisveitsellä niin, että iho uusiutuu pohjasta käsin dermisen alaosan jäädessä paikalleen. Hiki- ja karvatupista kasvaa uusia epiteelisoluja ja ne peittävät ihon pinnan. Siirrealue vaatii jatkossa rasvausta perusvoiteella, sillä osasiirteessä ei ole tali- eikä hikirauhasia. (Tukiainen ym. 2010, 800–801.)

On myös tilanteita, joissa ihonsiirrettä ei voida käyttää. Ihonsiirteet eivät tartu jänneiden, ruston tai paljaana olevien luiden päälle ja ihonsiirteellä avoimen nivelen, ruumiinontelon, paljaana olevan hermon tai verisuonen peittäminen on myös mahdotonta. Joissakin tilanteissa ihonsiirre ei myöskään anna kunnollista kosmeettista tulosta vaan jättää arpisen kuopan, jolloin harkitaan kuduskielekkeiden käyttöä. Ihosubkutiskielekkeillä tai faskiokutaanisilla kielekkeillä peitetään useimmiten kasvojen, vartalon tai raajojen pienehköjä defektejä eli puutosalueita. Faskiokutaaniset kielekkeet koostuvat ihosta, subkutiksesta sekä ihonalaisesta faskiasta eli sidekudoskalvosta. Ihosubkutiskieleke suunnitellaan niin, että kielekkeessä säilyy riittävä verenkierto, se peittää defektin eli puutosalueen ja kielekkeen ottokohta voidaan sulkea joko suoraan tai vapaalla ihonsiirteellä. Osaan siirteistä saadaan parempi ja nopeammin tuleva tunto kun kieleke irrotetaan niin, että siihen menevä tuntohermo voidaan yhdistää johonkin siirtokohdan sensoriseen hermoon. (Tukiainen ym. 2010, 803–805.)

Puuttuvia lihastoimintoja voidaan korjata jännerekonstruktiolla, jännetransposiatioilla eli -siirrolla tai toimivilla lihaskielekkeillä. Lihaskielekkeessä siirretyn lihaksen motorinen hermo yhdistetään puutosalueen motoriseen hermoon, jolloin lihassirre alkaa toimia. Lisäksi lihassirteen riittävä verenkierto tulee varmistaa. Lihaskielekkeiden käyttö perustuu verisuonianatomian tuntemukseen ja osa lihaksista voidaan valmistella lihaskielekkeiksi. Lihakseen menevää verisuonikimppua, jossa on valtimo, yhdestä kahteen laskimoa ja motorinen hermo, kutsutaan pedikkeliksi. Lihaskielekkeen päällinen iho voidaan tarvittaessa ottaa kielekkeeseen mukaan, jolloin puhutaan iholihaskielekkeestä eli muskulokutaanisesta kielekkeestä. Muskulokutaanisia kielekkeitä käytetään esimerkiksi avomurtumien ja aukinaisten nivelten peitoksi. Lihaskielekkeitä valittaessa on otettava huomioon lihaksen koko, muoto, verisuonipedikkelin pituus, verisuonipedikkelin läpimitta, ottokohtan mahdolliset komplikaatiot, lihaksen poistosta aiheutuva haitta sekä se, voidaanko lihas ottaa samassa asennossa kuin perustauti leikataan. (Tukiainen ym. 2010, 799–806.)

Mikrokirurginen kielekerekonstruktio on leikkauksena aina pitkä ja vaativa. Toimenpiteen riskit ja komplikaatiot tulee aina miettiä huolellisesti. Tällaisia riskejä ovat muun muassa tromboosi, vuoto sekä infektio. Kielekkeen ottokohtaan aiheutuva haitta pitää aina suhteuttaa kielekkeellä hoidettavaan puutosalueeseen eli defektiin. Mikrokirurginen leikkaus vaatii aina kokeneen leikkaus- ja anestesiatiimin sekä asiantuntevan postoperatiivisen hoidon, sillä monet tekijät altistavat kielekkeen verenkierto-ongelmille ja tällöin voidaan menettää sekä koko kieleke että saavutettu leikkaustulos. Leikkauksen jälkeen kudossiirrettä ja sen verenkiertoa seurataan tunneittain. Rutiinisti tarkastellaan kliinistä verenkiertoa ja tarvittaessa kielekkeen ollessa esimerkiksi vaikeasti kliinisin menetelmin tarkasteltavissa käytetään koneellisia tutkimustapoja. Kielekkeen verenkierto-ongelmille altistavia tekijöitä ovat muun muassa kipu, matala ruumiinlämpö, alhainen verenpaine, hyytymishäiriöt sekä riittämätön sydämen minuuttitilavuus. Tavallisin verenkierto-ongelman syy on hyytymä anastomoosissa eli yhdysaukossa kahden onton elimen välillä ja muita verenkierto-ongelmien syitä ovat esimerkiksi kierre, kiristys ja hematooma kielekkeen suonissa. (Tukiainen ym. 2010, 806–807.)

4.3.4 Sukupuolenkorjausleikkaus naisesta mieheksi (Female-to-Male)

Korjausleikkaukseen naisesta mieheksi sisältyvät kohdun ja munasarjojen poisto, emättimen sulkeminen, kivespussien muotoilu suurista häpyhuulista sekä falloplastia. Mikäli sukupuoltaan korjaavan tavoitteilana on saavuttaa kosmeettisesti tyydyttävä penis, joka mahdollistaa virtsaamisen seisaaltaan ja on tarvittavan jäykkä sekä tunteva sukupuolista kanssakäymistä varten, täytyy yleensä suorittaa sarja vaativia plastiikkakirurgisia leikkauksia. Naisesta mieheksi -transsukupuolisille voidaan tehdä myös rintojen poisto, nännien pienennysleikkaus sekä mahdollisesti lantionseudun rasvaimu. (Pimenoff 2006, 169.) Nännipihat voidaan myös siirtää mediaalisemmiksi ja varsinkin suurten rintojen poistamisen jälkeen voidaan tehdä arpien korjauksia sekä ylimääräisen ihon poistoja (Nieminen, Heinonen, Sorri & Auvinen 1996, 1486).

Sukupuolenkorjausleikkauksissa tarkoituksena on pyrkiä esteettisesti ja toiminnallisesti tyydyttävään leikkaustulokseen ja erilaisia toimenpidevaihtoehtoja leikkauksissa naisesta mieheksi on useita. Siittimen rekonstruoinnissa leikkaustulos on usein ainoastaan esteettisesti tyydyttävä, ja mahdollisuudet seisaaltaan virtsaamiseen sekä miehen ja naisen väliseen penetraatioon ovat selkeästi vähäisemmät kuin miehestä naiseksi sukupuoltaan korjaavien toimenpiteissä. (Nieminen ym. 1996, 1486.) Testosteronihormonihoito ennen leikkausta tulisi ajoittaa niin, että hormonipistosta ei oteta viikkoa ennen sukupuolenkorjausleikkauksia. Noin viikko leikkauksen jälkeen hormonipistokset tai hormonigeelin käytön voi taas aloittaa. (Karanki 2011, 2.)

Naisesta mieheksi tahtovien sukupuolenkorjausleikkausprosessi aloitetaan kohdun ja munasarjojen poistolla, joka tehdään useimmiten täyhystysleikkauksena (Tiitinen ym. 2003, 2049). Ovariohysterektomiaan tarvitaan lähete kahden transpoliklinikan psykiatrin toteaman transsukupuolisuusdiagnoosin jälkeen. Suomessa leikkaukset tehdään julkisella sektorilla paikallisissa keskussairaaloissa. Yksityisellä sektorilla tehtävää leikkausta varten transtyöryhmän lääkäriltä saa pyydettäessä leikkausta varten lausunnot. Toimenpiteen suorittaa sekä julkisella että yksityisellä sektorilla

gynekologi. Useimmiten potilaat sijoitetaan naistentautien osastolle toipumaan, mutta joskus potilaiden sijoittaminen muille kirurgisille osastoille on mahdollista, mikäli potilaalla on miehen nimi ja status. (Karanki 2011, 10.)

Ovariohysterektomia voidaan toteuttaa poistamalla kohtu ja munasarjat vatsanpeitteiden kautta, emättimen kautta tai tähystysleikkauksessa. Laparoskopian ja laparoskopia-avusteisen leikkauksen etuna ovat pienet leikkausarvet ja nopeampi toipumisaika. Laparoskooppisissa toimenpiteissä potilas on aina yleisanestesiassa. Vatsanpeitteiden läpi tehtävä avoleikkaus tehdään yleensä myös yleisanestesiassa, mutta emättimen kautta tehtävä ovariohysterektomia voidaan tehdä joko epiduraali- tai yleisanestesiassa. Yleisimpiä kohdunpoistosta aiheutuvia komplikaatioita ovat tulehdukset, ongelmat virtsateissä ja suolistoissa sekä verenvuoto. Tarvittava sairausloman pituus vaihtelee ammatin, työtehtävien, leikkaustavan ja toipumisennusteen mukaan kahdesta kuuteen viikkoon. (Karanki 2011, 11.)

Varsinainen sukuelinten korjausleikkaus suoritetaan HYKS:n plastiikkakirurgian klinikassa, ja plastiikkakirurgi valitsee yhteistyössä potilaan kanssa sopivan leikkaustyyppin. Leikkaustapaa valitessa otetaan huomioon mahdolliset komplikaatiot ja haittavaikutukset sekä potilaan toiveet ja ruumiinrakenne. (Tiitinen ym. 2003, 2049.) Peniksen konstruointi, falloplastia, voidaan tehdä erilaisilla kielekkeillä. Näistä tavallisimpia ovat nivuskieleke (groin flap), vapaa mikrovaskulaarinen kyynärvarsikieleke (radial forearm flap) sekä olkavarren alueen mikrovaskulaarinen iho-rasvakudoskieleke (lateral arm flap). Eniten edellä mainituista on käytetty mikrovaskulaarista kyynärvarsikielekettä. (Nieminen ym. 1996, 1486.) Metaidoioplastiassa suurentuneesta klitoriksesta muotoillaan mikropenis (Tiitinen ym. 2003, 2048). Emättimen poisto, kolpektomia, suoritetaan genitaalileikkausten yhteydessä, koska emätin hankaloittaa virtsaputken jatkamista ja kivesten rakentamista (Karanki 2011, 11).

Metaidoioplastinen sukupuolenkorjausleikkaus suoritetaan nykyisin Töölön plastiikkakirurgisella osastolla kaksivaiheisesti. Ensimmäisessä leikkauksessa testosteronihoidon vuoksi suurentunut häpykieli vapautetaan osittain limakalvostaan ja ligamenteistaan. Samalla pienistä häpyhuulista muodostetaan

virtsaputken jatko, ja kivekset rakennetaan. Toisessa leikkauksessa kasvatetaan mikropenistä ja häpykukulasta poistetaan rasva. Metaidoioplastian tulos näyttää useimmiten aidolta, joskin pieneltä. Näkyvyys riippuu potilaan ruumiinrakenteesta. Seisaaltaan virtsaaminen on vaikeaa tai ei onnistu metaidoioplastian avulla, mutta eroottinen tunto ja sensitiivisyys useimmiten säilyvät. Osittaisia tuntopuutoksia voi esiintyä, mutta suhteessa muihin korjausleikkauksiin komplikaatioita on vähemmän. Metaidoioplastian jälkeen voidaan suorittaa myös falloplastia. (Karanki 2011, 12.)

Valitun korjausleikkauksen yhteydessä potilaan toiveiden mukaan voidaan pyrkiä rakentamaan myös peniksen kärkeen ulottuva virtsaputki. Koska naisen anatomian mukainen virtsaputki on lyhyt, sitä voidaan jatkaa uusiopeniksen tyveen esimerkiksi sisempiä häpyhuulia apuna käyttäen. Virtsaputken konstruointiin liittyy huomattava komplikaatioiden riski, sillä leikkaus voi aiheuttaa muun muassa fisteleitä, striktuuroita ja tulehduksia. Komplikaatoriskin vuoksi kaikki potilaat eivät toivo virtsaputken pidentämistä. Kaikissa sukupuolenkorjausleikkauksissa klitoris voidaan jättää omalle paikalleen, mutta yleisimmin sen iho-osa poistetaan ja häpykieli upotetaan neopeniksen alle. (Tiitinen ym. 2003, 2048.)

Sukupuolenkorjausleikkausten alkuvaiheessa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa käytettiin siittimen konstruointiin nivuskielekettä toimenpiteen nopeuden ja suhteellisen turvallisuuden vuoksi. Tällöin nivusesta ja kyljestä muodostetaan iho-rasvakudoskieleke, joka osittain tunneloidaan häpykaaren päälle. Siittimen varsi ja terska muotoillaan läpi tulevasta osasta ja siitä poistetaan epidermis, eli se de-epitelisoidaan. Epidermoksen poiston jälkeen siirre vuorataan ihosiirteellä eri värivaikutelman luomiseksi. Siittimen alapuolelle jää virtsaputki ja isoista häpyhuulista muodostetaan kivespussit VY-plastiatyypisesti. Samalla asennetaan kivesproteesit kielekkeiden sisälle. (Nieminen ym. 1996, 1486.) Nykyään leikkaustekniikoiden kehittyessä Töölön plastiikkakirurgian klinikalla kudossiirre otetaan myös nivusesta tai tarvittavaa lihaskudosta uusiopenikseen reidestä (Karanki 2011, 13).

Kyynärvarsikielekkeellä tehtävä siittimen mikrovaskulaarinen rakentaminen on iso toimenpide, jossa neurovaskulaarinen iho-rasvakudossiirre, joka otetaan

kyynärvarren sisäpuolelta, muotoillaan siittimeksi ja tehdään sekä verisuonittia hermoliitokset. Virtsaputki voidaan rakentaa kielekkeen sisään, johon liittyy leikkausten alkuvaiheessa paljon ongelmia, kuten esimerkiksi fistelöintiä ja ahtautumista. (Nieminen ym. 1996, 1486.) Mikäli virtsaputki fistelöityy, aukkoja voidaan korjata vasta aiempien leikkaushaavojen parannuttua ja kudosten pehmennyttyä. Pidentettyyn virtsaputkeen saattaa jäädä myös residuaalivirtsaa, jonka vuoksi virtsaputken tyhjentäminen manuaalisesti virtsaamisen yhteydessä on tärkeää, jottei virtsaa lorahda virtsaamisen jälkeen myöhemmin ulos virtsaputkesta. Postoperatiivisesti leikkauksen jälkeen virtsarakkoon asennetaan vatsanpeitteiden läpi menevä kestoputki, jonka kautta virtsa kulkee siihen asti, kunnes jäännösvirtsaamäärät ovat riittävän pieniä. Hoidossa tulee ottaa huomioon, että katetrin huuhtelu ja huolto on tärkeää, sillä katetrin sisäänmenoaukko voi erittää ja katetri voi tukkeutua helposti. (Karanki 2011, 13–14.) Virtsaputken muovausleikkausta kutsutaan uretroplastiaksi.

Mikrovaskulaariseen kielekkeeseen (prefabricated flap) voidaan konstruoida virtsaputki jo etukäteen. Näin ongelmat ovat vähäisempiä kuin silloin, kun virtsaputki konstruoidaan kielekkeen sisään myöhemmin. (Nieminen ym. 1996, 1486 Youngin ym. 1992, 927–938, mukaan). Tämän lisäksi siirteeseen voidaan jäykkyyden lisäämiseksi ottaa osa varttinäluun diafyysia eli luun vartta (Nieminen ym. 1996, 1486, Buynin & Chon, 1994, 321–331, mukaan). Sekä kyynärvarsi- että nivuskielekkeelle tavallisesti tapahtuu vähitellen kudosten osittaista kovettumista, joka on naisesta mieheksi –korjausleikkauksissa tarkoituksenmukaista (Nieminen 1996, 1486).

Kivesten ja kivespussien rakentaminen tapahtuu suurista häpyhuulista. Yhdessä leikkaustekniikassa pakarasta siirretään rasvaa kivespussiin, jolloin kivespussiin muodostuu kiveksen muotoinen kudosis. Tämän leikkaustekniikan etuna on mahdollisuus pakaran maskuliinisempaan muotoiluun. (Karanki 2011, 12.) Potilaalle on myös mahdollista asettaa kivesproteesit noin vuoden kuluttua primaarileikkauksesta. Erektioproteesin asettaminen on mahdollista, jos potilaalle valittu falloplastiamenetelmä on aikaansaanut riittävät ihotunnon peniksen kärkeen. Erektioproteesin asetus tapahtuu 1–2 vuoden kuluttua leikkauksesta. (Tiitinen ym. 2003, 2049.) Erektiopumpun, -sauvan ja muiden

jäykistävien tai tukevien apuvälineiden avulla yhdyntä mahdollistuu (Karanki 2011, 13).

Falloplastioiden jälkeisiä pieniä leikkaushaavojen paranemisongelmia on Suomessa leikatuilla ja hoidetuilla ollut joka toisella potilaalla. Tällöin leikkausalueella on mikrobikasvustoa, joka hidastaa tai estää paranemisprosessia. Nämä komplikaatiot ovat hoidettavissa muun muassa antibiooteilla. Uusiopenistä varten otettuun kudoksen ottokohtaan tulee leikkauksen jälkeen selkeä kudოსvaje ja aukko, jonka päälle laitetaan ihonsiirre. Useimmiten ottokohtaan syntyy suuri arpi. Rakennetuissa uusiopeniksessä täytyy turvallisuussyistä olla leikkauksen jälkeen jonkin verran myös tuntoa, mutta tunnon määrä vaihtelee ja tunto voi myös parantua ajan myötä. (Karanki 2011, 14.)

Rintojen poistossa eli mastektomiassa kirurgi valitsee potilaalle sopivimman leikkausmenetelmän, jossa huomioidaan potilaan rintakudoksen määrä, ruumiinrakenne ja henkilökohtaiset toiveet. Eräs käytetyistä leikkaustekniikoista on bilateraallinen mastektomia vapaalla kielekkeellä, jossa nänni ja nännipiha irrotetaan ihosta hermokudoksen ja verisuonten kera. Leikkausviillot sijoittuvat molempien rintojen alle rinnan keskiosasta kohti kainaloa. Leikkausviiltojen kautta rintakudosta poistetaan ja rintakehää muotoillaan mahdollisimman maskuliiniseksi. Nännit ja nännipihat uudelleensijoitetaan kokoihosiirteenä rintakehän ihonalaiskudoksen päälle avaamalla niitä varten hieman aikaisempaa sijaintia sivummalle aukot. Pienirintaisille pelkkä rasvaimu voi riittää, mutta edellytyksenä on, että rintarauhaskudosta ei ole paljon, sillä rauhaskudosta ei voi poistaa rasvaimulla. Rasvaimuun voi liittää myöhemmin nännien siirtämisen sivummalle. Optimituloksena leikkauksille on maskuliiniselle vaikuttava rintakehä maskuliinisin nännipihoin ja nännein, joissa on tunto. Tavoitteena on myös, että ulkopuolinen ei ihon paranemisen jälkeen huomaa arpia. (Karanki 2011, 8–9.)

Rintojen poiston leikkaustulos riippuu pitkälti lähtötilanteesta, ihon ja kudoksen laadusta, rintakudoksen ja ylimääräisen ihon määrästä sekä henkilön ruumiinrakenteesta. Iho voi olla venynyt rintojen sitomisesta. Komplikaatioriskeinä kudossiirteissä on siirteen huono kiinnittyminen,

puutteellisen verenkierron takia syntyvät kudosisvauriot, tuntopuutokset haavainfektiot, hematoomat ja fistelit. Rintojen ollessa isot rintakehään voi jäädä usein myös ulkonevia kudosisia, joita voidaan myöhemmin operoida paikallispuudutuksessa pois. Epätoivotuissa leikkaustuloksissa nännit voivat olla eri tasolla, nännipihat jäädä isoiksi ja pyöreiksi, rintakehä voi kuoppautua, nännien ympärillä arvet voivat olla ulkonevat ja erottuvat. Pahimmissa tapauksessa nänni tai sen osa voi mennä kuolioon, jolloin vaihtoehtona on nännin kaltaisen kuvion tatuointi ihoon. Leikkauksen jälkeen tukisidettä pidetään rintakehällä joitain viikkoja ja jälkitarkastuksessa arvioidaan leikkaustulos. Tarvittavan sairausloman pituuden arvioi kirurgi potilaan ammatin ja työtehtävien mukaan. (Karanki 2011, 9-10.)

Kaikki naisesta mieheksi -prosessiin osallistuvat eivät halua kaikkia sukupuolenkorjausleikkaustoimenpiteitä, vaan joillekin hormonihoidon lisäksi voi riittää esimerkiksi rintojen poisto (Nieminen ym. 1996, 1486). Leikkaustoimenpiteet eivät siis toimi niin, että on joko otettava leikkauksista kaikki tai ei mitään.

4.3.5 Sukupuolenkorjausleikkaus miehestä naiseksi (Male-to-Female)

Miehestä naiseksi –transsukupuolisten korjausleikkauksissa poistetaan siitin ja kivekset sekä muotoillaan emätin, häpykieli ja häpyhuulet. Leikkauksissa on kehitetty useita erilaisia menetelmiä, jotta lopputuloksena saavutetaan riittävä emättimen koko, emättimen kostutus, sukupuolielinten tunto sekä virtsanpidätyskyky. (Pimenoff 2006, 169.) Korjausleikkausten tarkoituksena on tehdä sekä esteettisesti että toiminnallisesti hyväksyttävät genitaalit. Virtsaamissuunta pyritään suuntaamaan alaspäin, jolloin toimenpiteessä paisuvaiskudos poistetaan, virtsaputken aukko siirretään alemmaksi, rakennetaan häpyhuulet ja tehdään vaginoplastia eli vaginan muovausleikkaus. (Nieminen ym. 1996, 1486.) Vaginoplastiapotilaiden tulee keskeyttää oma hormonihoito vaiheittaisesti oman hormonilääkärin ohjeiden mukaisesti siten, että pre- ja postoperatiivisesti tulee olla noin neljän viikon hormonin käytön rajoitus leikkausriskien minimoimiseksi (Karanki 2011, 2).

Transsukupuolisten genitaalileikkauksia tehdään julkisella sektorilla Suomessa lakisääteisesti ainoastaan Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Töölön sairaalassa plastiikkakirurgian erikoisalalla. Yksityisen sektorin palveluja haluavien tulee hakeutua leikkaushoitoon ulkomailla. Leikkaukset toteutetaan yleisanestesiassa ja ne ovat kestoltaan noin kuudesta kahdeksaan tuntia. (Karanki 2011, 5–6.) Vaihtoehtoina korjausleikkauksissa miehestä naiseksi ovat ihosiirteistä rekonstruoitu emätin, siittimen inversio eli nurin kääntäminen sekä siittimestä ja kivespussin kielekkeistä rakennettu emätin (Nieminen ym. 1996, 1486 Huangin 1995, 921–930, mukaan). Suolistoa voidaan myös käyttää emättimen rakentamiseen (Nieminen ym. 1996, 1486, Freundtin ym. 1992, 11–16, mukaan). Siittimen nurin kääntäminen tai kielekkeiden käyttö ovat tavallisimpia tapoja emättimen rakentamiseksi toimenpiteiden ollessa suhteellisen turvallisia ja tyydyttävän tuloksen takaavia. Suolistosta rekonstruoituna emätin on luonnollisempi, mutta itse toimenpide on huomattavasti suurempi. (Nieminen ym. 1996, 1486.)

Rektovaginaalinen fisteli, ulkosuun ahtautuminen ja alkuvaiheessa kohtalainen liman muodostuminen ovat sigmasuoletta tehdyn emättimen komplikaatioita (Nieminen ym. 1996, 1486). Myöhempiä komplikaatioita voivat olla diversiokoliitti eli krooninen paksusuolitulehdus sekä mahdollisesti suurempi neovaginaalisen adenokarsinooman eli uuden, rekonstruoidun vaginan levyepiteelisyövän, riski (Nieminen ym. 1996, 1486, Hagen & Karimin, 1995, 842–848, mukaan). Tampereen yliopistollisessa sairaalassa korjausleikkauksissa emätin on muodostettu perä- ja sigmasuolen rajalta. Tällöin toimenpiteessä on ollut mukana urologi rakentamassa tunnelia välilihan läpi ja gastroenterologi suolisiirteiden ottamista varten. (Nieminen ym. 1996, 1486.)

Korjausleikkauksessa häpyhuulet muodostetaan ihokielekkeistä, jotka otetaan siittimestä ja kivespusseista (Nieminen ym. 1996, 1486). Terskasta osa saatetaan säilyttää dorsaalisen verisuonituksen varassa, jotta pystytään muodostamaan klitoris (Nieminen ym. 1996, 1486, Eldhin 1993, 895–900, mukaan). Osasta terskaa voidaan myös tehdä rakenne, joka muistuttaa kohdun napukkaa (Nieminen ym. 1996, 1486).

Helsingin Töölön sairaaloissa tehtävissä vaginoplastioissa terskan osa irrotellaan siittimestä verisuonien ja hermokudoksen kanssa, ja siitä muodostetaan uusi häpykieli, jonka huppu muodostuu esinahasta. Erogeenisen tunnon palautumisessa voi kulua viikkoja tai kuukausia sen mukaan, kun turvotus on hävinnyt ja leikkausalue parantunut. Virtsaputki lyhennetään ja irroitellaan sekä kivekset ja peniksen paisuvaiskudos poistetaan. Lantionpohjaan tehdään emättimen aukko, jonka jälkeen peniksen ihosta tulee uuden emättimen eli neovaginan pinta. Isot ja pienet häpyhuulet muotoillaan kivespusseista. Leikkauksen jälkeen potilaalla pidetään virtsakatetria alkupäivinä. Leikkauksen jälkeinen osastohoito kestää tavallisesti kymmenestä neljääntoista päivään. (Karanki 2011, 6) Vaginoplastian jälkihoito on vaativaa ja se edellyttää sukupuoltaan korjaavalta omatoimista elinikäistä neovaginan laajentamista, mikäli leikkaustuloksena saavutettu vagina halutaan säilyttää kuroutumattomana (Tiitinen ym. 2003, 2049).

Vaginoplastian jälkeen leikkausaluetta pestään päivittäin. Sairaalassaoloaikana tähytintä käytetään myös neovaginan laajentamiseen pesujen yhteydessä. Leikkausalueen pesuun käytetään lievästi hapanta intiimipesuainetta. Postoperatiiviseen kivunhoitoon käytetään yleensä suun kautta annettavia kipulääkkeitä. Hoitamattomasta tulehduksesta leikkausalueella voi johtua neovaginan kuroutumista, jolloin leikkaustuloksia menetetään. Leikkauksen jälkeinen sairausloma on työtehtävistä riippuen noin 6–8 viikkoa. (Karanki 2011, 6.)

Miehestä naiseksi sukupuoltaan korjaaville voidaan suorittaa myös rintojensuurenusleikkaus (Pimenoff 2006, 169). Osalle pelkkä estrogeenihormonihoito aiheuttaa kuitenkin riittävän rintojen muodostumisen (Nieminen ym. 1996, 1486). Kasvojen luiden leikkaus, kurkunpään leikkaus ja äänihuulten leikkaus ovat myös mahdollisia leikkaustoimenpiteitä miehestä naiseksi -transsukupuoliselle (Pimenoff 2006, 169). Näitä kutsutaan niin sanotuiksi sekundaarisiksi esteettisiksi toimenpiteiksi (Nieminen ym. 1996, 1486).

Äänihuulileikkauksen tarve arvioidaan korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikalla, jossa lääkäri arvioi kliinisen tutkimuksen jälkeen leikkausmahdollisuuden ja

leikkausmenetelmän. Lääkäri myös informoi potilasta leikkaukseen liittyvistä asioista ja potilas saa arvioidun leikkausajan. On huomioitava, että mikään äänikirurgia ei tuota ihanteellista ja luontevaa lopputulosta. Suurin osa sukupuolta korjaavista saavuttaa luontevan ja toimivan äänen äänenkäyttötapaa harjoittelemalla. Transpoliklinikan psykiatrilta saa lähetteen foniatriin vastaanotolle, jossa äänen hoito alkaa. Kaikki transsukupuolisten äänikirurgia tehdään toistaiseksi Helsingin yliopistollisen keskussairaalan yksikössä. (Karanki 2011, 3.)

Äänihuulten leikkauksissa voidaan kiristää äänihuulta eli tehdä cricothyreoidean approksimaatio tai lyhentää toimivaa äänihuulta eli tehdä äänihuulten anteriorinen fuusio. Äänihuulen kiristys on tavallisempi toimenpide kansainvälisesti, joskin yli 40-vuotiaille toimenpiteen tekninen suoritus vaikeutuu ja vaikutus vähentyy kilpiruston luutuessa iän myötä. Kiristys tehdään mieluiten paikallispuudutuksessa ulkokautta. Äänihuulten lyhentäminen on yleisanestesiassa tehtävä tähystysleikkaus, jossa äänihuulten etuosat yhdistetään. Tällöin äänihuulet lyhenevät ja äänen korkeus nousee. Tähän toimenpiteeseen voidaan myös yhdistää äänihuulen lihasviilto laserilla, jolla pyritään kiristämään toimivaa äänihuulta. Äänihuulen lyhentäminen tähystyksessä on teknisesti vaativampi toimenpide kuin äänihuulen kiristäminen. Tähystysleikkauksen etu on näkyvien leikkausviiltojen puuttuminen. Useimmat äänikirurgit pitävät tupakointia vasta-aiheena toimenpiteille, sillä tupakointi madaltaa ääntä. Leikkauksen jälkeinen äänilepo on kahden viikon mittainen. Mikäli potilaan työ ei kuormita ääntä, kahden viikon sairausloma riittää. Kummankin toimenpiteen jälkeen ääni on kuitenkin käheä noin kuukauden. (Karanki 2011, 3.)

Kilpiruston höyläys on yksinkertainen toimenpide, joka toteutetaan yleensä päiväkirurgisesti paikallispuudutuksessa ulkokautta. Aataminomenaa höylätään mahdollisimman paljon kuitenkin niin, että kurkunpään tuki äänihuulille säilyy. Pelkkiä kilpiruston höyläyksiä on Suomessa toteutettu myös Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Kilpiruston höyläyksen komplikaatoriskit ovat vähäiset. (Karanki 2011, 4.)

Rintojensuurenusleikkaus eli mammoplastia tehdään useimmiten implantin avulla. Leikkausindikaatiot ja –tekniikka vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin Suomessa, mutta leikkaukseen voi päästä muun muassa transpoliklinikan psykiatrin läheteellä sosiaaliturvatunnuksen muutoksen jälkeen julkisella sektorilla sairaalaan, jossa leikkauksia suoritetaan. Leikkaukseen on mahdollista hakeutua myös yksityiselle sektorille niin kotimaassa kuin ulkomaillakin. Useimmiten toimenpiteessä rintaimplantti asennetaan rintalihaksen alle ja asennettavan implantin koko riippuu potilaan koosta sekä kudosten elastisuudesta. Implantoinnista mahdollisia aiheutuvia komplikaatioita ovat kapseloituminen, hylkimisreaktio, hematooma ja nännien tai rintakehän pintatuntohermojen vauriot. (Karanki 2011, 4–5)

Kasvojen feminisoiminen on tarpeellista niillä transnaisilla, joilla on kasvoissa ja kallon kasvo-osassa ominaisia piirteitä miehen kasvojen anatomialle ja jotka estävät sosiaalista läpimenoa naisena. Suomessa kasvokirurgisista hoidoista ei ole yhtenäistä käytäntöä. Yksittäisiä kasvojen feminisointileikkauksia on saatu transtyöryhmän psykiatrin läheteellä tehtyä maksusitoumuksella julkisella sektorilla pitkien yritysten ja selvittelyjen jälkeen. Leikkaustulokset taitavilla kirurgeilla ovat keskimäärin hyvin tyydyttäviä, vaikkakin pieniä komplikaatioita voi sattua. Tällaisia ovat esimerkiksi haavainfektiot ja kasvojen hermostovauriot, jolloin tuntoaisti ei välttämättä ole kasvojen alueella kaikilta osin normaali. Hermostovauriot voivat korjaantua ajan kanssa. (Karanki 2011, 7.)

Myös miehestä naiseksi sukupuoltaan korjaavilla osallistuminen vaan tiettyihin toimenpiteisiin on mahdollista. Toiset haluavat häivyttää vaan entiselle sukupuolelle ominaisia ulkoisia sukupuolen tunnusmerkkejä, kun taas osa haluaa kaikki mahdolliset leikkaushoidot.

4.4 Diagnostiikka

Transsukupuolisuus on historiallisista syistä, sukupuolenkorjausprosessin mahdollistamiseksi julkisessa terveydenhuollossa sekä sairastakuutusetuksien saamiseksi ICD-10-tautiluokituksessa (Karanki ym. 2009, 1).

ICD-10-tautiluokituksen kohdassa F64.0 transsukupuolisuudelle määritetään kolme eri kriteeriä. Ensimmäisenä on halu elää ja tulla hyväksytyksi vastakkaisen sukupuolen edustajana, johon tavallisesti liittyy toive kirurgisesta ja hormonaalisesta hoidosta oman ruumiin muuttamiseksi toivotun sukupuolen kaltaiseksi. Toiseksi transsukupuolisen identiteetin kokemuksen on täytynyt kestää vähintään kaksi vuotta ja kolmantena kriteerinä on, ettei transsukupuolisuuden kokemus ole esimerkiksi skitsofrenian oire tai johdu kromosomipoikkeavuudesta. (STAKES; Pimenoff 2006, 165.) Transsukupuolisuuden diagnostisilla kriteereillä pyritään varmistamaan, ettei vakava mielenterveyden häiriö ole syynä transsukupuolisuuden kokemiseen. Lisäksi on varmistettava, ettei diagnoosia tahtova henkilö yritä ratkaista sietämättömäksi kokemansa transvestisyyttä tai homoseksuaalisuutta sukupuoltaan korjaamalla. (Pimenoff 2006, 167.)

Diagnostiikan ongelmana on, että tällä hetkellä transsukupuolisuus sijoittuu ICD-10-tautiluokituksessa aikuisiän persoonallisuus- ja käyttäytymishäiriöiden alle luokkaan F, vaikka sukupuoliristiriidassa ei ole kysymys persoonallisuushäiriöistä. Tyypillinen ominaisuus persoonallisuushäiriöille on, että häiriöstä kärsivä kieltää itse häiriön olemassaolon ja hänellä ei ole sairauden tunnetta. Diagnostinen luokittelu ohjaa tällä hetkellä ajattelua transsukupuolisten hoidosta niin, että myös sukupuolen yhteensopimattomuus kuuluisi persoonallisuushäiriöihin, joita voitaisiin parantaa konversioterapian avulla. (Huuska ym. 2010,18.) Tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että transsukupuolisten hoitomuotona yritykset muovata yksilön sukupuoli-identiteettiä somaattista sukupuolta vastaavaksi ovat hyödyttömiä niissäkin tapauksissa, joissa yksilö itse on myös pyrkinyt hoitotavoitteeseen (Pimenoff 2006, 168).

Transsukupuolisuuden diagnostiikkaan kuuluu kaksi merkittävää poikkeavuutta muihin psykiatriin diagnostisiin kriteereihin nähden. Transsukupuolisuuden kriteerit perustuvat poikkeuksellisesti potilaan subjektiivisiin tuntemuksiin, haluun sekä toiveisiin ja transsukupuoliset potilaat hakeutuvatkin useimmiten tutkimuksiin vasta asetettuaan itse itsellensä diagnoosin. Lääketieteellinen diagnoosi on lääkärin vakuuttamista potilaan kokemuksesta. Toiseksi transsukupuolisuuden diagnostiset kriteerit sisältävät potilaan toiveen

tietynlaisista lääketieteellisistä toimenpiteistä. Toimenpiteisiin ryhdytään, jos lääkäri on varma siitä, että hoitojen avulla potilaan subjektiivinen kärsimys vähenee ja objektiivinen psykososiaalinen toimintakyky paranee. Lisäksi transsukupuolisuudessa erityistä on sukupuoleen kuulumisen oikeudellinen muutos, sillä tahto vaihtaa sukupuoleen kuulumisen on sekä lääketieteellinen diagnoosi että eurooppalainen ihmisoikeus Euroopan Ihmisoikeustuomioistuimen päätöskäytännön mukaan. (Pimenoff 2006, 165.)

Transsukupuolisuuden diagnostisessa työskentelyssä etusijalla ovat tutkittavan potilaan subjektiivisten tuntemusten ja muuttumisenhalun selvittäminen sekä vaihtoehtojen realistinen arviointi niin potilaalle itselleen kuin tutkijallekin. Tästä selvityksestä ei voi ajatella selviydyttävän alle puolessa vuodessa potilaan ja lääkärin tavatessa kahdesti kuukaudessa. Sellaisen työskentelyilmapiirin saavuttaminen, jossa potilas voi purkaa elämäntarinaansa yrittämättä muuttaa sitä olettamiensa tutkijan odotusten mukaiseksi, on tavoiteltavaa. Tällöin tutkittava voi luottaa siihen, että häntä kuunnellaan ja ohjataan hoitoon. Diagnoosin tekemiseen vaaditaan lääkäriltä laajaa perehtyneisyyttä ja kliinistä kokemusta, sillä tutkittavien sukupuolisuuden kokemukset vaihtelevat merkittävästi. (Pimenoff 2006, 167.)

Transsukupuolisuuden esiintyvyydestä ja sukupuolijakaumasta esitetyt arviot vaihtelevat, sillä ilmaantuvuus näyttää nousevan sitä mukaa, kun sekä yleinen että terveydenhuollon tietämys sukupuoli-identiteetin häiriöistä lisääntyy. Esiintyvyyden kansallista ja kansainvälistä vaihtelua selittänevät enemmän transsukupuolisuuden tunnistamiskyky ja tarjotut hoitomahdollisuudet kuin muut kulttuuritekijät. Arviolta Suomessa transsukupuolisuuden oireistosta kärsii noin 300-500 aikuista. (Pimenoff 2006, 165.)

Transsukupuolisuuden diagnostiset tutkimuksen toteutetaan laajan työryhmän yhteistyönä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä psykiatrisessa työryhmässä toimii psykiatri, psykiatrinen erikoissairaanhoitaja, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Psykiatri tekee tavallisen psykiatrisen haastattelun lisäksi sekä oirekyselyn (SCL-90) että strukturoidut diagnostiset haastattelut (SCID I ja SCID II). Tiheillä käynneillä erikoissairaanhoitaja kartoittaa potilaan elämäntilannetta ja on potilaan tukena ja informaatiolähteenä. Psykologi tekee

laajan persoonallisuustutkimuksen ja laajan kognitiiviset suorituskyvyn kartoituksen kliinisen haastattelun ohella. (Tiitinen ym. 2003, 2046.)

Transsukupuolisuudelle ei ole löydetty syitä eikä siihen johtavia tekijöitä. Transsukupuolisuuteen johtavien tekijöiden arvellaan olevan yksilöllisesti vaihtelevia psykososiaalisia, kulttuurisia, hormonaalisia, geneettisiä ja ympäristötekijöitä, jotka vaikuttavat joko yksin tai yhdessä. Minkäänlaisia syy-seuraussuhteita ei ole pystytty osoittamaan, vaan näkemykset perustetaan riippuvuussuhteiden painottamiseen. (Pimenoff 2006, 165–167.)

4.5 Sukupuolenkorjausleikkausprosessi Suomessa

Asetus sukupuolen muuttamisesta, tutkimuksesta ja hoidosta rajaa transsukupuolisten tukimusta ja hoitoa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus on rajannut transsukupuolisten tutkimuksen ja hoidon yksinomaan Helsingin ja Tampereen yliopistollisten keskussairaaloihin. Hoito ja tutkiminen on kummankin paikkakunnan moniammatillisten työryhmien oikeutena ja velvollisuutena. (Pimenoff 2006, 169.) Kun potilaalla epäillään sukupuoli-identiteetin häiriötä, on hänet ohjattava jatkotutkimuksiin joko Tampereen yliopistollisen sairaalan yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle tai Helsingin yliopistollisen keskussairaalan psykiatrian poliklinikalle.

Lakien ja asetusten tarkoituksena on sekä helpottaa että ohjata hoitoon pääsyä asiantuntevaan hoitopaikkaan. Mikäli tutkimuksiin haluava hakeutuu tutkittavaksi yksikköön, jossa ei olla alan asiantuntijoita, riskinä on se, että tutkijalääkäri ymmärtää tarpeen sukupuolen korjaamiseen väärin ja pahimmassa tapauksessa tarpeettomana. Tämän vuoksi tutkimuksiin hakeutuneita on jäänyt vaille asianmukaista tutkimusta ja hoitoja. Sukupuoli-identiteetin hoito on erityistason sairaanhoitoa, jonka vuoksi tutkimuksiin hakeutuva tarvitsee lääkärin lähetteen perusterveydenhuollosta. Lähetete on mahdollista saada sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta. Lähetteen tekijän tulee laatia lähete ja toimittaa se viipymättä jatkohoitoon. Kun sukupuoli vahvistetaan hoidon lopussa väestötietojärjestelmään, on potilaan oltava täysi-ikäinen. Muita ikärajoja hoidossa ei ole mainittu. (Karanki ym. 2009, 2.)

Potilaan hoidon tarve on erikoissairaanhoidossa arvioitava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta. Hoidon tarpeen arviointi on mahdollista tehdä joko lähetteen perusteella tai potilas voidaan kutsua arviointiin poliklinikalle. Mikäli arvio toteutetaan lähetteen perusteella, tieto tutkimussuunnitelmasta tulee toimittaa potilaalle kolmessa viikossa. Jos lääkäri toteaa hoidon tarpeen poliklinisesti, on hoito aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa ja potilaalle tulee ilmoittaa hoitoon pääsyn ajankohta. Mikäli ilmoitettuun ajankohtaan tulee muutos, tulee potilaalle välittömästi ilmoittaa uusi ajankohta ja muutoksen syy. (Karanki ym. 2009, 3.)

HYKS:n ja TAYS:n välillä sukupuolenkorjauksessa on hieman eriävät työnjaot. HYKS:n Sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalla tehdään sukupuoli-identiteettihäiriöiden diagnosointia ja hoitoa, sukupuolen yhteensopimattomuudesta kärsivien henkilöiden kanssa tapahtuvaa terapiatyöskentelyä, sukupuolenkorjausprosessin seuranta, koordinoitua eri tahojen kanssa sekä tarvittavien lausuntojen tekemistä yhdessä TAYS:n trans-työryhmän kanssa. TAYS:n Trans-poliklinikalla tehdään transsukupuolisuuden sekä muiden sukupuoli-identiteettien tutkimuksia ja hoitoa. TAYS:n Transpoliklinikalle lähettämisen perusteita ovat transsukupuolisuuden ja muu sukupuoli-identiteetin tutkimus ja transsukupuolisuuden hoito. (Karanki ym. 2009, 4–5)

Ensimmäisellä tutkimusjaksolla potilaalle tehdään psykiatrinen anamneesi ja elämäntilanteen selvittely, psykiatrinen diagnosointi, psykologiset tutkimukset, somaattiset selvittelyt ja gynekologin konsultaatio potilaan informoinnin lisäksi. Tiiviin, vähintään kuuden kuukauden mittaisen diagnostisen vaiheen päätteeksi potilas ja häntä tutkiva työryhmä tekevät yhdessä hoito- ja kuntoutussuunnitelman kirjallisena. Tavallisin vaihtoehto diagnostisen vaiheen päätteeksi on siirtyä niin sanottuun tosielämän kokeeseen, jonka aikana psykiatrinen seuranta harvenee. (Tiitinen ym. 2003, 2046–2047.)

Transsukupuolisuuden hoito on jaettavissa kolmeen eri hoitojaksoon: psykoterapiaan, hormonihoidon ja kirurgiseen hoitoon. Kaikki diagnostisoidut henkilöt eivät sen sijaan tarvitse tai halua hoidon kaikkia osia. Ennen hoitoa

transsukupuolisilla on myös enemmän vakavia itsemurhayrityksiä kuin verrokeilla, mutta yritysten määrä laskee merkittävästi jo hoidon alussa. Ainoastaan yksittäistapauksissa transsukupuolinen ilmaisee katuvansa hoitotoimenpiteitä ja tällöin melkein poikkeuksetta on löytynyt viitteitä epävarmasta diagnoosista tai psykososiaalisen tuen puutteesta. Yli 85% miehestä naiseksi -transukupuolisista ja yli 95% naisesta mieheksi -transsukupuolisista ilmaisi korkeaa tyytyväisyyttä hoitoon suurimmissa seurantatutkimuksissa. (Pimenoff 2006, 168–169)

Toisen sukupuolen roolissa eläminen on välttämätön edellytys oikeudelliselle sukupuolen muutokselle Suomen lain mukaan (Pimenoff 2006, 168). Oikeudellinen sukupuolen muutos edellyttää lääketieteellistä selvitystä pysyvästä vastakkaisen sukupuolen kokemuksesta sekä elämisestä vastakkaisen sukupuolen roolissa, lisääntymiskyvyttömyyttä, Suomen kansalaisuutta tai asuinpaikkaa Suomessa sekä naimattomuutta, paitsi jos oikeudellista sukupuolen muutosta hakevan puoliso on antanut muutokselle suostumuksensa, jolloin avioliitto muutetaan rekisteröidyksi parisuhteeksi ja rekisteröity parisuhde avioliitoksi (Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 28.6.2002/563). Transsukupuolisen ei kuitenkaan ole pakko olla kastroidu tai steriloitu, vaan muukin näyttö hedelmättömyydestä, kuten pitkäaikainen hormonihoido, riittää edellytykseksi lisääntymiskyvyttömyydestä (Pimenoff 2006, 170). Sukupuolen korjaamisen yhteydessä isyys tai äitiys eivät muutu (Karanki ym. 2009, 45).

Toisen sukupuolen roolissa eläminen ei ole edellytys lääketieteellisille sukupuolenkorjaushoidoille, vaikka se on edellytyksenä oikeudelliselle sukupuolen korjaamiselle. Kun transsukupuolisuuden diagnoosi on tehty, potilas voi ryhtyä suunnilleen vuoden mittaiseen tosielämän kokemukseen. Monet diagnoosin saaneista henkilöistä ovat kuitenkin jo eläneet tavoitellun sukupuolen roolissa jo ennen lääketieteellisiin tutkimuksiin ryhtymistä. Tosielämän kokemus eli tavoitellun kohdesukupuolen roolissa eläminen ei siis ole transsukupuolisuuden diagnoosin testaamisen osa, vaan kyseessä on osa siirtymistä tavoitellussa sukupuoliroolissa elämiseen. (Pimenoff 2006, 168.) Tosielämän kokeen loppuvaiheessa potilas alkaa taas tiiviin psykiatrisen tutkimusjakson, jossa arvioidaan kokeen onnistumista. Kokeen päätteeksi

tehdään päätökset oikeudellisen sukupuolen korjaamisesta sekä mahdollisista kirurgisista jatkotoimenpiteistä. (Tiitinen ym. 2003, 2046.)

Tosielämän kokeen aikana potilas elää toivomansa sukupuolen roolissa. Kokeen aikana potilas saa usein hormonihoitoja ja psykiatrinen seuranta on harvaa. Potilas voi saada tosielämän kokeen alkupuolella psykiatrin kirjoittaman lausunnon maistraatille etunimen muuttamista varten. Potilas voi myös käydä foniatrin konsultaatiossa äänestä. Kun arvioidaan tosielämän kokeen onnistumista, keskeisiä arviointitekijöitä ovat potilaan tyytyväisyyden muuttuminen omaa elämäänsä kohtaan, potilaan ystävyys- ja perhesuhteiden sekä ammatillinen ja sosiaalisen elämän kehittyminen. (Tiitinen ym. 2003, 2046.)

Joissain tapauksissa transsukupuolisen hakiessa apteekista lääkkeitään voi apteekkihenkilökunta kiinnittää huomiota henkilön etunimen, henkilötunnuksen ja tavanomaisen hormonihoidon kohderyhmän eroavaisuuksiin. On mahdollista, että apteekkihenkilökunta saattaa huomauttaa, ettei kyseisen sukupuolen edustajalle voida määrätä toisen sukupuolen hormoneja tai jopa kieltäytyä toimittamasta reseptiä tai antamasta lääkkeestä Kelan peruskorvausta, mutta tällaisia sattumuksia tapahtuu onneksi harvoin. Sattumusten välttämiseksi transsukupuolisen kannattaa etunimieroavaisuuksissa pitää mukanaan virkatodistusta, joka osoittaa nimenmuutoksen tai vaikkapa vanhaa Kela-korttia mukana. (Karanki ym. 2009, 12)

Jokaiselle transsukupuoliselle tulisi tarjota psykoterapiaa, mutta psykoterapia ei ole muiden hoitojen ehto. Psykoterapian tarkoituksena on helpottaa transsukupuolisuuden aiheuttamia henkilökohtaisia ristiriitoja, kärsimystä ja mahdollisesta muuntumisprosessista selviytymistä sekä auttaa selviytymään ongelmista koulutuksessa, työelämässä, ihmissuhteissa ja sukupuoli-identiteetissä. Psykoterapiassa transsukupuolinen saa mahdollisuuden pohtia elämään liittyviä toiveita ja pelkoja. Psykoterapia ei ole kuitenkaan ehto muihin hoitoihin pääsemiselle. (Pimenoff 2006, 168.)

Transsukupuolisten hormonihoidossa miehestä naiseksi -transsukupuoliselle annetaan estrogeenia sekä androgeenireseptorisalpaajia ja miehestä naiseksi –

transsukupuoliselle testosteronilla. Hormonihoidon tarkoituksena on saavuttaa tavoitellun sukupuolen ominaisuuksia ja häivyttää ei-toivotun oman sukupuolen tunnusmerkistöä. Perinnölliset tekijät vaikuttavat kudosten herkkyyteen reagoida hormoneille ja hormoniannoksen nosto ei paranna tuloksia. Maksimaalisten hormonaalisten vaikutusten saavuttaminen saattaa kestää kaksi vuotta ja tulosten ylläpitämiseksi hoitoa täytyy edelleen jatkaa, sillä kaikki hormonihoidoilla saavutetut muutokset eivät ole peruuttamattomia. (Pimenoff 2006, 168.) Hormonihoidon voi aloittaa endokrinologiaan perehtynyt gynekologi tai sisätautilääkäri. Hormonihoito aloitetaan samalla klinikalla, jossa diagnoosi tehdään, mikä edellyttää tutkimusvaiheen käyntiä ja toista käyntiä, kun hormonihoito voidaan aloittaa psykiatrian lausunnon perusteella. Nämä kaksi käyntiä voidaan joissain tilanteissa myös yhdistää. (Tiitinen ym. 2003, 2047–2048.)

Hormonihoidon aloittamista ennen on selvitettävä potilaan esitiedot ja tehtävä kliininen tutkimus, joka sisältää joko gynekologisen tai andrologisen tutkimuksen. Tutkimukseen voidaan liittää konsultaatioita esimerkiksi sisätautilääkäriltä tai kirurgilta. Hormonihoitoa edeltäviä laboratorisia määryksiä ovat perusverenkuva, maksan ja munuaisten toiminta, veren glukoosin paastoarvo ja harkinnanvaraisesti karyotyyppi. Hormonimäärytykset tehdään lääketieteellisen anamneesin mukaan, ja niiden kohteita ovat tyreotropiini, prolaktiini, mahdollisesti lutenisoiva hormoni (LH) ja follikkelia stimuloiva hormoni (FSH), sekä testosteroni, estradioli ja sukupuolihormoneja sitova globuliini. (Tiitinen ym. 2003, 2048.)

Ennen testosteronihoidon aloittamista tehdään lipidiarvojen määrittäminen. Naisesta mieheksi sukupuoltaan korjaavan hormonihoidonä käytetään testosteronilla, jota on mahdollista antaa ruiskeina, tabletteina, geelinä tai laastarin avulla. Tablettien ongelmana on heikko teho, jolloin annettavat annokset ovat suuria. Laastarit taas ovat melko suuria ja ne tulee vaihtaa päivittäin. Pistosten annossa on tärkeää antaa ne syvälle lihakseen, jolloin oikean pistotekniikan opettaminen potilaalle tai hänen läheiselleen on tärkeää. Kuukautiset jäävät pois parin kuukauden kuluessa hormonihoidon aloituksesta. (Tiitinen ym. 2003, 2048) Testosteronihoidolla saavutetaan pysyvinä muutoksina äänen madaltumista, klitoriksen suurentumista sekä kasvojen ja kehon karvoituksen

lisääntymistä. Ennalleen palautuvia tai palautettavissa olevia muutoksia ovat painon nouseminen, kuukautisten poisjäänti eli amenorea, lantioseudun rasvakudoksen väheneminen sekä lisääntynyt sosiaalinen ja seksuaalinen kiinnostus. (Pimenoff 2006, 168.)

Miehestä naiseksi sukupuoltaan korjaavan hormonihoidon aloitetaan usein sekä estrogeenillä että antiandrogeenilla. Estrogeenia voidaan antaa joko tablettina, laastarina tai geelinä. Muutamassa kuukaudessa estrogeeni aiheuttaa erektioiden ja siemensyöksyjen pois jäämisen, mutta kivekset eivät kooltaan pienene. Estrogeenihoidossa käytetään estradiolia ja antiandrogeenihoidossa sypoteroniasetaattia. Antiandrogeeniannoksen lisääminen vähentää tarvittavaa estrogeeniannosta, koska estää myös kiveksen toimintaa ja omaa testosteronin tuottoa. (Tiitinen ym. 2003, 2048.) Estrogeenihoidon yhdistettynä androgeenireseptorisalpaajahoitoon aikaansaa potilaalla rintojen kasvua, rasvan asettumista kehossa esimerkiksi lantion seutuun, ihon pehmentymistä, ihokarvoituksen heikkenemistä, hiustenmenetyksen hidastumista ja hedelmällisyyden laskua. (Pimenoff 2006, 168)

Sekä estrogeeni- että testosteronihoidon ovat täysin korvattavia lääkkeitä viimeistään sukupuolirauhasten poiston jälkeen, mutta antiandrogeenit ovat ainoastaan peruskorvattavia, jolloin potilaalle jää puolet maksettavaksi niistä itse. B-lausunto hoidon täydestä korvattavuudesta voidaan kirjoittaa vuosi hoitojen aloittamisen jälkeen ja diagnoosin varmistuttua. (Tiitinen ym. 2003, 2048.) Hormonihoidossa on kuitenkin riskitekijänsä, jotka on hoidon aikana huomioitava ja niiden ilmaantumista on osattava tarkkailla. Estrogeenihoidon voi aiheuttaa muun muassa hyytymishäiriöitä tromboosiriskeineen sekä painonnousua. Myös riski sairastua maksasairauksiin ja diabetes mellitukseen lisääntyy ja verenpaine voi nousta. Testosteronihoidon taas voi aiheuttaa aknea sekä veren lipidien ja maksan muutoksia. Sekä estrogeeni- että testosteronihoidossa riskinä on hedelmättömyys. (Pimenoff 2006, 168.)

Potilas voi jo hormonihoidon alkuvaiheessa hakea hormoneille erityiskorvausoikeutta, johon tarvitaan B-lääkärintodistus. B-lääkärintodistuksen saa esimerkiksi hormonihoidon aloittaneelta ja hormonihoidon toteuttavalta erikoislääkäriltä HYKS:sta tai TAYS:sta. Lääkärin on kirjoitettava B-lausunto

pyydettyä. Lääkäri ei voi olla antamatta B-todistuksen antamista vedoten Kelan päätökseen hormonihoidon erityiskorvausoikeuden aikaisimpaan alkamisajankohtaan. Usein Kelassa myönnetään hormonien erityiskorvausoikeus ainoastaan tiettyyn ikärajaan saakka. Lääkäri ei pidä kirjoittaa lausuntoon Kelan erityiskorvausoikeusikärajoja. Mikäli Kelan ikärajat löytyvät todistuksesta, potilas voi pyytää korjattua lääkärintodistusta, josta ei saa koitua ylimääräisiä kustannuksia potilaalle. Ikärajapäätöksestä voi myös tehdä oikaisuvaatimuksen. (Karanki ym. 2009, 15.)

Kaikki transsukupuoliset eivät halua leikkaushoitoa osaksi korjausprosessia, vaan saavuttavat halutut tulokset jo pelkällä psykoterapialla, hormonihoidolla, oikeudellisella sukupuolen muutoksella tai niiden yhdistelmällä. Kirurginen hoito koostuu plastiikkakirurgisista toimenpiteistä. Asetus sukupuolen muuttamisesta, tutkimuksesta ja hoidosta ei määrää mitään järjestystä valituille hoidoille, jolloin transsukupuolisen ja hänen lääkäriensä harkinnassa on päättää, mitä hoitoja korjauksessa käytetään. Leikkaushoidon tarkoituksena on edelleen saavuttaa tavoitellun sukupuolen ominaisuuksia ja häivyttää oman, ei-toivotun, sukupuolen tunnusmerkistöä. Transsukupuolisen potilaan sukuelinkirurgiaan tarvitaan sekä Helsingin että Tampereen yliopistollisten keskussairaaloitten työryhmien psykiatrian erikoislääkärin suositus (Pimenoff 2006, 168–169). Biologisen sukupuolen ilmiön muutokseen tarvittavien kirurgisten toimenpiteiden ajoitukset mietitään potilaan hoitosuunnitelman mukaisesti. Potilaan sopeutumista koettuun sukupuolirooliin voidaan lisätä ajoittamalla sukupuolisten tunnusmerkkien poistoleikkaukset oikein. (Tiitinen ym. 2003, 2048.)

Naisesta mieheksi sukupuoltaan korjaavilla ensimmäinen leikkaus on yleensä rintarauhasen poisto. Suositukset kyseisiin kirurgisiin hoitoihin antaa useimmiten psykiatrian erikoislääkäri. Rintarauhasen poiston jälkeen sukupuolielinkirurgia aloitetaan kohdun ja munasarjojen poistolla useimmiten tähytysleikkauksena missä tahansa gynekologisessa yksikössä. Varsinainen sukupuolenkorjausleikkaus suoritetaan Helsingissä HYKS:n plastiikkakirurgian klinikalla, jota edeltävästi potilas yhdessä plastiikkakirurgin kanssa valitsee potilaalle sopivimman leikkaustyyppin. Falloplastian ideaali lopputulos olisi luonnollinen ulkonäkö, virtsaamisen mahdollistaminen seisaaltaan, erogeeninen

tunto sekä yhdyntän mahdollistaminen. Falloplastia voidaan tehdä useilla eri tekniikoilla, mutta tuloksissa joudutaan yleensä tyytymään kompromisseihin. Kivesproteesit asetetaan ensimmäisestä sukupuolienkorjausleikkauksesta noin vuoden kuluessa. Jos käytetty falloplastiamenetelmä aikaansaa riittävän ihotunnon neopeniksen kärkeen, voidaan teoriassa asentaa 1-2 vuoden kuluttua myös erektioproteesi. (Tiitinen ym. 2003, 2049.)

Miehestä naiseksi sukupuolen korjaamisen kirurgisiin toimenpiteisiin kuuluvat siittimen ja kivesten poisto sekä samalla tehtävä vaginoplastia. Vaginoplastian leikkaustulosten säilyttäminen edellyttää potilaalta sitoutumista vaativaan ja omatoimiseen elinikäiseen säännölliseen laajentamiseen. Myös muita korjaavia leikkauksia on mahdollista suunnitella, mutta niiden toteuttaminen tapahtuu käytännössä yksityisellä sektorilla potilaan maksukyvyn mukaan. Tällaisiin toimenpiteisiin lukeutuu rintojen suurennus, kilpiruston resektio, äänihuuli- ja silmäluomiplastiat, rasvaimut, rinoplastia, kasvoluiden osteotomiat ja kasvojenkohotusleikkaukset. (Tiitinen ym. 2003, 2049–2050.)

Sukupuolienkorjausleikkauksiin liittyy aina myös leikkauksien riskit. Mahdollisia riskejä ovat muun muassa verenvuoto, erilaiset tulehdukset, erikokoiset kudiskuoliot, arpikudoksen muodostuminen, nukutuksen aikaiset ongelmat, leikkauksen epäonnistuminen sekä lisäleikkausten ja korjausten mahdollisuus. Leikkauksen jälkeiseen sairasloman pituuteen vaikuttavat muun muassa potilaan ammatti sekä työtehtävät. Leikkauksiin liittyy myös psykologinen riski, sillä joskus sairaalassaoloaika voi venyä ja leikkauksen jälkeinen toimintakyvyn heikkeneminen voi olla henkisesti rasittavaa. (Karanki 2011, 1.)

Korjausleikkaukset suorittava sairaala saa osoitetiedot väestörekisterikeskukselta viiveellä, jolloin potilaan on pidettävä itse huolta siitä, että hänen yhteystietonsa ovat ajan tasalla. Nimen ja sosiaaliturvatunnuksen muutoksien saamiseen menee sairaalan henkilökunnalla aikaa, jonka vuoksi potilaan on hyvä ilmoittaa ne itse. Sairaalat eivät aina ole saaneet yhteyttä leikkausjonossa olevaan potilaaseen, jonka vuoksi yhteystietopäivitysten tekeminen on tärkeää. (Karanki 2011, 1.)

Korjausleikkauksen jälkeen leikkaushaavojen paranemisaika vaihtelee yksilön ominaisuuksista riippuen. Iho paranee yleensä 8–12 vuorokaudessa ja iho muodostaa yleensä paikalle sidekudosarven, joka voi rajoittaa vammakohdan liikkuvuutta ja olla esteettisesti haitallinen. Arpimuodostus on yleensä vähäisempää silloin, kun haavan reunat ovat mahdollisimman lähellä toisiaan. Sisempien kudosten paraneminen vie aikaa, sillä muodostuva arpikudos ei ole niin joustavaa ja vahvaa kuin alkuperäinen kudos ja arpikudos pehmenee usein vasta ajan kanssa. Arpia voidaan myöhemmin korjata arpikorjausleikkauksella, mekaanisella hionnalla, kemiallisella kuorinnalla, laserilla, omalla kudoksella tai käyttämällä vierasainetta. Myös voiteita ja sidoksia voidaan käyttää arprien hoidossa ja arven värin muuttaminen mikropigmentaatiolla on myös mahdollista. (Karanki 2011, 1–2.)

Sukupuolenkorjausleikkauksen tai -leikkauksien jälkeen suunnitellaan pysyvä toteutus hormonihoidolle sekä hoitojen seuranta. Seurannassa on erityisesti tarkkailtava hoidon mahdollisiin riskeihin ja haittoihin liittyviä asioita. Seurannan minimivaatimuksena on lääkärintarkastus vuosittain sisältäen kliinisen tutkimuksen, punnituksen, verenpaineen mittauksen sekä rintojen, vatsan ja pikkulantion palpaation eli tunnustelun. Mammografiaseulonta tehdään joko tavallisten kunnallisten seulontakäytäntöjen mukaan tai jos rintojen palpaatiossa todetaan jotain poikkeavaa. Laboratoriotutkimuksissa seurataan veren hemoglobiinipitoisuutta, maksa-arvoja 1–3 vuoden välein, glukoosin paastoarvoa, prolaktiinipitoisuutta estrogeenihoidon ensimmäisten vuosien aikana 1–2 vuoden välein ja lipidejä testosteronihoidon aikana lähtötilanteen mukaan suunnilleen muutaman vuoden välein. (Tiitinen ym. 2003, 2050.)

Suomessa yleisenä käytäntönä näyttäisi olevan, että sukupuolen oikeudellinen muutos edeltää sukuelinten korjausleikkausta, mutta sukuelinkirurgia voi myös edeltää oikeudellista sukupuolenmuutosta, joka on yleinen käytäntö muualla Euroopassa. Vapaata etenemisjärjestystä sukuelinkirurgiassa Suomessa ovat rajoittaneet vuosien leikkausjonot, joiden vuoksi useat transsukupuoliset ovat esimerkiksi avioituneet uudessa sukupolessa ennen korjausleikkausta. Valtaosa näistä transsukupuolisista on kokenut ylimenoajan tuskallisena, kun odotusaikana on useimmiten ollut vailla ammatillista tukea sekä kontaktia tutkimus- ja hoitopaikkaan. (Pimenoff 2006, 169.)

Suomalaisessa lainsäädännössä ei edellytetä transsukupuoliselta henkilöltä lääketieteellistä hoitoa sukupuolen vahvistamisen ehtona toisin kuin monissa muissa maissa. Suomalaisen lain mahdollisuus poiketa naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olemattomuuden vaatimuksesta on lain siviilioikeudellinen erikoisuus, jota jotkut suomalaiset pariskunnat ovat käyttäneet hyväkseen. Näissä tapauksissa olemassa oleva avioliitto on parin yhteisestä tahdosta haluttu muuttaa rekisteröidyksi parisuhteeksi tai päinvastoin. (Pimenoff 2006, 170.)

Transpoliklinikoilla käynneistä ei peritä asiakasmaksuja. Muissa erikoissairaanhoidon yksiköissä maksuja peritään lukuun ottamatta mielenterveyden hoitoa. Laajemmista B-lääkärintodistuksista tai lausunnoista ei myöskään peritä transpoliklinikoilla asiakkailta maksua, vaikka muissa yksiköissä säädetyt maksut niistä peritään. Kunta perii terveyskeskusmaksun joko vuosimaksuna tai erillisenä maksuna enintään kolmesta käyntikerrasta. Lisäksi kunta perii maksuja mahdollisista lääkärin tutkimuksista ja muista palveluista. Päivystyskäynneistä peritään maksu joka käyntikerrasta. Sairaalassa peritään maksuja esimerkiksi poliklinikkakäynnistä, päiväkirurgiasta ja sairaalassaoloajalta joka vuorokaudelta. Sairaalamaksuissa on omavastuuosuudet vuotuisen maksukattoon asti. Myös lääkekustannuksilla on vuotuinen omavastuuraja. Palveluihin pääsyä sääntelee vuonna 2005 voimaan astunut hoitotakuu. Jos potilas ei määräajassa saa omassa terveyskeskuksessaan tai erikoissairaanhoidossa hammaslääkärin tai lääkärin tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, eikä hoitoa järjestetä hänelle muualtakaan, voi potilas tehdä siitä muistutuksen hoitopaikan johtavalle lääkärille. Jos muistutus ei auta, voi viime kädessä hoidon viivästymisestä tehdä kantelun lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosastolle. (Karanki ym. 2009, 20–29.)

Potilaan oikeuksia ja velvollisuuksia lain tasolla määrittää laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilasta on hoidettava ja kohdeltava niin, ettei hoito loukkaa potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Laissa korostuu myös potilaan tiedonsaantioikeus, itsemääräämisoikeus, oikeus osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa sekä alaikäisen potilaan asemaa. Jokaiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tulee olla nimettynä myös potilasasiamies, joka pyrkii

edistämään potilaan oikeuksia ja niiden toteutumista. Potilasasiamies myös tiedottaa potilaan oikeuksista ja on tarvittaessa apuna muistutuksen ja potilasvahinkoilmoituksen tekemisessä. (Karanki ym. 2009, 35–36.)

Transsukupuolisen on mahdollista Suomessa saada verovähennyksiin maksimissaan 1400 euroa poikkeuksellisista hoidoista johtuvista kustannuksista. Sukupuolen korjaukseen kuluu suuria summia rahaa, esimerkiksi vaatekaapin uusimisessa tosielämän koetta varten, henkilöllisyystodistusten päivittämisessä uutta sukupuolta varten sekä vanhojen todistusten ja asiakirjojen muuttaminen vastaamaan nykyistä sukupuolta. Mikäli verovuonna Suomessa asuneen henkilön veronmaksukyky on erityisistä syistä huonontunut, voidaan hänen puhtaasta ansiotulostaan vähentää kohtuullinen määrä. Vähennys myönnetään täysissä sadoissa euroissa. Ainoastaan sairaudesta johtuvien kustannusten perusteella veronmaksajan veronmaksukykyyn voidaan katsoa tarpeeksi alentuneen ainoastaan silloin, jos hänen ja hänen perheenjäsentensä yhteenlasketut sairauskustannukset ovat verovuonna vähintään 700 euroa ja vähintään 10 prosenttia verovelvollisen puhtaiden pääoma- ja ansiotulojen yhteismäärästä. Perheenjäseniksi luetaan puoliso ja alaikäiset lapset. Perusteltu hakemus laskelmiseen toimitetaan verovirastolle. (Karanki ym. 2009, 40–41.)

5 JOHTOPÄÄTÖKSET

Transsukupuolisuuden hoidosta tehdyt aiemmat tutkimukset yhdenmukaisesti osoittavat, että sukupuolen korjaaminen vastaamaan yksilön koettua sukupuolta on erittäin tehokas hoitomuoto (Tiitinen ym. 2003, 2049; Pimenoff 2006, 169). Edellytyksinä onnistuneelle hoidolle ovat oikeassa paikassa huolellisesti tehty diagnostiikka, hyvä hoitosuunnitelma sekä taitava kirurgia (Tiitinen ym. 2003, 2049). Osittaisia transsukupuolisuuden hoitoja tarvitsevien ihmisten määrä kasvaa, sillä hyväksyvämpien asenteiden kasvaessa transihmisten on helpompi sekä puhua sukupuolen moninaisuuden kokemuksestaan niin hoitojärjestelmässä kuin ilmaista itseään kokemassaan sukupuolella (Huuska ym. 2010, 17–18).

Edelleen transsukupuolisuuden diagnostisena haasteena on diagnoosin sijainti aikuisiän persoonallisuus- ja käyttäytymishäiriöiden alla luokassa F, joka asettaa sukupuolen yhteensopimattomuudesta kärsivät henkilöt mielenterveyspotilaiden leiman alle, vaikka diagnooseja on esitetty siirrettäväksi. Nykyinen luokitustapa luo ilmiöstä väärän kuvan terminologialla ja luokituksellaan. Transsukupuolisuutta kokevien epäasiallisia hoitoyrityksiä, kuten konversioterapiaa, raportoidaan valitettavasti kuitenkin edelleen. Diagnoosien terminologian sekä paikan muuttaminen ICD-10-tautiluokituksessa olisivat erityisen tärkeitä siksi, että muutos parantaisi hoitojen saatavuutta ilman persoonallisuus- tai käyttäytymishäiriöisen stigmaa ja se ohjaisi kohti nykykäsitystä sukupuolen moninaisuudesta. Myös transihmiset itse kokevat tärkeäksi ehdotetun termimuutoksen sukupuoli-identiteetin häiriöstä sukupuolen yhteensopimattomuudeksi, sillä nykyinen luokittelu vahvistaa ennakkoluuloja ja antaa potilaiden ymmärtää heidän identiteettikehityksensä olevan häiriintynyttä. (Huuska ym. 2010, 17–18.)

Lääketieteen ja psykologian käsitys sukupuolesta on kuitenkin muuttumassa siten, että sukupuolidikotomisen ajattelutavan rinnalle on noussut dimensionaalinen näkemys sukupuolesta. Dimensionaalisessa näkemyksessä korostuu jatkumo ja aste-erot miehisestä naiselliseen, jolloin ihmiset on

mahdollista sijoittaa jatkumolle niin kehollisten ominaisuuksien kuin identiteettikokemuksenkin suhteen. Dimensionaalisella tutkimusotteella on myös selvitetty, että eri asteinen tunnustautuminen dikotomisen käsityksen mukaiseen vastakkaiseen sukupuoleen voikin olla huomattavan yleistä. Kuyperin (2006) hollantilaisen tutkimuksen mukaan puoli prosenttia miehistä ja naisista vastaa kokevansa sukupuolensa olevan enemmän toinen kuin heille määritelty sukupuoli. Samassa tutkimuksessa 5 prosenttia naisista ja 5,1 prosenttia miehistä kokee olevansa psykologisesti yhtä lailla kumpaakin sukupuolta. (Huuska ym. 2010, 16.)

Hoitotyön kannalta on tärkeää lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta transsukupuolisuudesta, jottei hoitohenkilökunta syyllisty toimimattomien ja jopa haitallisten metodien käyttöön transsukupuolisuuden hoidossa. Konversioterapia ei hoitomuotona auta ja hoitohenkilökunnan tulisi tämä tiedostaa ja hyväksyä. Yhtenäisten hoitosuosituksen luominen voisi olla avuksi hoitohenkilökunnalle transsukupuolisia potilaita hoidettaessa, jotta voitaisiin välttyä molemminpuoliselta vaivaantuneisuudelta ja häpeältä, jonka aiheuttaa hoitohenkilökunnan epätietoisuus.

6 POHDINTA

Sukupuolenkorjausleikkausprosessista Suomessa on löydettävissä yllättävän vähän sellaista tietoa, joka olisi yksilölle helposti saatavilla ilman alan asiantuntemusta tai omaa kokemusta aiheesta, ja itse leikkauksista saatavilla olevaa tietoa on erittäin minimaalisesti. Myös terminologinen viidakko ja vanhojen termien kummitteleminen vaikeuttavat erityisen paljon tiedon hankkimista. Lisäksi sukupuolenkorjausleikkauksia tutkittaessa suuntauksia on selkeästi erotettavissa kaksi: sekä vanha, psykologinen ja lääketieteellinen, näkökulma että sosiologinen näkökulma.

Lääketiede painottaa kehon ”virheiden” ja poikkeamien korjaamista niin sanotusti oikeanlaiseksi eli kaksijakoiseksi, mikä taas on eettisesti tarkasteltuna kyseenalainen tapa, koska kaikki ihmiset eivät koe kuuluvansa kumpaankaan sukupuoleen ja vuosittain syntyy lukuisia lapsia, jotka eivät selkeästi kuulu lääketieteellisen, yksinkertaistetun kahtiajaon piiriin. Polaarista, kahtiajaoteltua ajattelumallia, jossa maskuliinisuus ja feminiinisyys määritellään toistensa kautta ja toistensa poissulkevinä luokkina, kutsutaan sukupuolidikotomiaksi (Ilmonen & Nissinen 2006, 453). Sosiologisesta näkökulmasta perinteinen, pelkistetyt kaksijakoinen sukupuolijaottelu nähdään suppeana, koska sukupuoleen vaikuttavia tekijöitä on valtavasti. Kahtiajaottelu on myös ongelmallinen tarkastelutapa sen vuoksi, että sukupuolten sisäinen vaihtelu voi olla monesti suurempi kuin sukupuolten välinen vaihtelu. Sukupuolidikotomia jättää myös huomiotta ihmiset, jotka kokevat sukupuolensa olevan naisen ja miehen välimaastossa (Ilmonen & Nissinen, 453).

Lääketieteellisessä sukupuolen tarkastelutavassa ongelmalliseksi muodostuu myös normaalien määrittely ja näkemys siitä, että kaikki näistä ulkopuolelta määrittelyistä normaaleista poikkeavat ovat virheellisiä ja kaipaavat muutosta kohti tarkasti rajattua tavoitetilaa. Esimerkiksi vauvan suuri klitoris voidaankin määrittellä penikseksi ja pieni penis taas klitorikseksi pelkän mittanauhan avulla. Vanessa Bairdin (2001, 118) mukaan vähintään 2,5 senttimetrin peniksessä on nähtävissä miehisyys ja naiseus enintään 0,9cm klitoriksessa, jolloin kaikki tältä

väliltä vaativat kirurgista väliintuloa (Laakso 2007, 51). Väliin jäävää noin 1,6 senttimetrin marginaalia ei oudosti siis edes määritellä.

Kaikki perinteisestä XX- tai XY-”ideaalista” poikkeavat hormonaaliset ja kromosomaaliset varianssit nähdään virheinä, jotka pyritään korjaamaan. Omituista on myös, että vastasyntyneillä klitoriksen ja peniksen määrittelyjen väliin jäävää harmaa alue on epäselvä tila, eikä sitä nähdä esimerkiksi luonnollisena fallostien kokojen ja muotojen variaatioina (Laakso 2007, 51). Lääketieteessä tuotetaan ideaalia maskuliinia ja ideaalia feminiiniä, joiden odotetaan olevan ainoat ja oikeat tavat sukupuolisuuteen. Lääketieteellisessä kirjallisuudessa sukupuolen lisäksi vanhemmille ohjeistuksena ilmoitetaan monesti muun muassa siitä, että vastakkaiselle sukupuolelle ominaisten leikkien leikkiminen on normaalia lapsen kehitykselle ja tila korjaantuu myöhemmin, ikään kuin lapselle olisi haitallisia leikkejä sukupuolen kannalta olemassa.

Lääketieteellisessä sukupuolen tarkastelussa unohtuu usein myös yksilönvapaus, joka korostuu erityisesti intersukupuolisten kohdalla. Suurimmaksi ongelma muodostuu intersukupuolisten vauvojen hoidossa, jolloin vanhemmat ja lastenkirurgi tekevät leikkauspäätöksen lapsen ”korjaamisesta” ennen kuin lapsi on itse kykenevä päättämään hoidostaan. Intersukupuoliset aikuiset ovat esittäneet toiveen siitä, että mitään leikkauksia, lukuun ottamatta hengen ja terveyden säilymisen kannalta välttämättömiä leikkauksia, ei tule tehdä, ennen kuin intersukupuolinen itse ilmaisee halukkuutensa leikkaushoitoihin (Pimenoff 2006, 177). Aikuiset intersukupuoliset, jotka ovat selvittäneet totuuden tilanteestaan vasta myöhemmin, ovat myös tuoneet yksikantaan esille, että omasta tilasta totuuden selville saaminen oli hyväksi. Tämän vuoksi on tärkeää muistaa, että intersukupuolinen henkilö on oikeutettu saamaan kaikki tiedot hänen tilanteestaan, eikä lääkäri voi tietoja holhoavasti pidättää. (Pimenoff 2006, 180.)

Ongelmalliseksi sukupuolenkorjausleikkaukset lapsille tekee myös se, että leikkauksissa lapsen genitaalit voivat vaurioitua niin, että myöhemmin esimerkiksi seksistä nauttiminen saattaa olla mahdotonta. Esimerkiksi CAH-tyttöjen (congenital adrenal hyperplasia) kohdalla sukupuolielimien korjaus

leikkaushoidolla on ollut tapana pian syntymän jälkeen, vaikka tutkimusten mukaan aikuisiällä huonoista leikkaustuloksista voi johtua emättimen epätyytyttävä toiminnallisuus ja klitoriksen tuntohäiriöt (Pimenoff 2006, 175). CAH-tytöt eivät ole ainoita, jotka kärsivät huonoista leikkaustuloksista. Varhaisten leikkausten tulokset eivät ole vakuuttavia, vaan toistuvasti raportoidaan kroonisesta kivusta, arvista, tunnon ja orgasmikyvyn puuttumisesta, häpykielen puuttumisen kosmeettisestakin haitasta ja korjausleikkausten tarpeesta (Pimenoff 2006, 177).

Intersukupuolisen lapsen genitaalien korjaamisessa siis yksilön ulkoiset ominaisuudet muodostuvat tärkeämmäksi tekijäksi vanhemmille ja lasta hoitavalle taholle kuin esimerkiksi yksilön kyky seksuaaliseen nautintoon myöhemmällä iällä, saatikka yksilön vapaus valita omasta hoidostaan. Leikkausprosessi ei myöskään ole lapselle kivuton, joka edelleen vaikeuttaa varhaisen leikkaushoidon indikaatioiden ymmärtämistä. Lisäksi monet intersukupuoliset, jotka ovat kuulleet vasta aikuisiällä tilanteestaan, vastustavat lapsille tehtyjä kosmeettisia leikkauksia, sillä päätökset heidän elämästään on tehty heiltä salaa (Pimenoff 2006, 180). Varhain tehdyt leikkaukset myös vähentävät niiden intersukupuolisten mahdollisuuksia elää vastakkaisen sukupuolen roolissa tai kehittää itselleen intersukupuolinen identiteetti, jotka haluaisivat toimia niin (Pimenoff 2006, 177).

Suomessa päätös jompaankumpaan sukupuoleen kuulumisesta lasten kohdalla on tehtävä hyvin nopeasti, vaikka sukupuoli ei yksiselitteisesti selviäisi ulkoisia sukuelimiä tarkastellessa. Päätöskriteerit ovat myös vaihdelleet ja niissä ei ole saavutettu yksimielisyyttä. Suomessa ja kansainvälisesti on nostettu esiin ajatus, että lapsen pakottaminen jompaankumpaan sukupuoleen on lasta kohtaan väärin, ja lasten tulisi voida kasvaa ilman sukupuoliroolien pakotteita. Sukupuolidikotomia tulisi murtaa siten, että ne yksilöt, jotka asettuvat sukupuolten välille, rajamaastoon tai kolmanneksi sukupuoleksi, eivät olisi pakotettuja sopeutumaan nykyiseen, jäyhän kaksijakoiseen malliin. (Pimenoff 2006, 180.)

Osaltaan sukupuolenkorjausleikkaukset ruokkivat sukupuolidikotomista näkemystä ihmisen sukupuolesta, kun halutaan muuttua ulkoisilta genitaaleilta

vastaamaan lääketieteellisesti vastakkaista sukupuolta. Paradoksaalista transsukupuolisten leikkaushoidoista suhteessa intersukupuolisten leikkaushoitoihin tekee se, että intersukupuolisia leikataan tahtomattaan ja rutiinisti, kun taas transsukupuolisen voi olla erittäin vaikeaa päästä sukupuolenkorjausleikkauksiin. (Tiirikainen 2007, 93.) Sukupuolen tiukka kahtiajako tuntuu jopa naiivilta maailmassa, jossa elää yli 6 miljardia ihmistä – ikään kuin kaikkien sukupuolet olisivat tiukasti rajattu olemaan joko tyyppiä A tai B ja välimuotoja ei olisi. Etenkin kun vastasyntyneiden genitaalien määrittelyssäkin on 1,6 senttimetrin harmaa alue.

Kaikkien maailman ihmisten genitaalit ja hormonitasapainot ovat erilaisia, jonka vuoksi genitaalien perusteella erilaisia sukupuolia pitäisikin olla yhtä paljon kuin maailmassa on ihmisiä samalla tavalla kuin olisi asiantuntijoiden mielestä korrektimpaa puhua seksuaalisuuksista seksuaalisuuden sijaan. Toisaalta yhteiskunnan paine saattaa toimia pakottavimpana sukupuolen korjaukseen ajavana tekijänä, koska ristiriitaisuudet opituissa sukupuolissa aiheuttavat usein ulkopuolisissa hämmennystä, epäileviä katseita ja vaivautunutta oloa. Tämän vuoksi ymmärrettävästi jotkut sukupuoltaan korjaavista tyytyvät ainoastaan osaan tai yhteen plastiikkakirurgisista toimenpiteistä, kun halutaan päästä eroon ulkopuolisille näkyvistä sukupuoliominaisuuksista.

Transsukupuolisuuden diagnoosin saaneista osa ei kuitenkaan koskaan halua ryhtyä ollenkaan plastiikkakirurgisiin leikkaustoimenpiteisiin, vaan tyytyy esimerkiksi hormonihoidoihin. Naisesta mieheksi sukupuoltaan korjaavilla tai transgenderiksi itsensä määrittävillä voi olla tarkoituksena poistattaa esimerkiksi ainoastaan rinnat, jotka voivat ulkoisesti näkyvänä elementtinä aiheuttaa ulkopuolisille spekulatioita yksilön sukupuolesta. Leikkaushoito ei ole koskaan riskitöntä ja esimerkiksi genitaalien kohdalla tuntoaistin puutokset tai epäonnistunut leikkaustulos voi vaikuttaa koko loppuelämäksi kykyyn nauttia yksilön seksuaalisuudesta, mikä myös tekee genitaalien korjausleikkauksesta kieltäytymistä ymmärrettävämmäksi, mikäli sukupuoltaan korjaava henkilö haluaa täysin riskittä varmistaa tulevaisuudessa kyvyn omaan seksuaaliseen nautintoonsa.

Mielenkiintoista on myös miettiä sukupuolisuuden kulttuurisidonnaisuutta. Jos epäselvän sukupuolen lapsi syntyisi autiolla saarelle, tuskin vanhemmilla olisi tarvetta leikellä lapsestaan tietynlaista tai jompaa kumpaa, vaan lapsi saisi olla rauhassa juuri sitä, mitä hän on. Jos yhteiskunnassa hyväksyttäisiin sukupuolen ilmentämisestä välimuoto tai kahtiajakoisuuden ulkopuolelle sijoittumista ei pidettäisi outona ja pahimmassa tapauksessa perverssinä, tarvitsisiko kenenkään korjata sukupuoltaan? Jos kenelläkään ei olisi minkäänlaisia olemassa olevia käsityksiä sukupuolijärjestelmästä, kaikki syntyvät lapset olisivat oletettavasti normaaleja lapsia ja eri variaatioita ei pidettäisi virheellisinä.

Sukupuoli on myös ensimmäisiä asioita, joita vastasyntyneestä kysytään, vaikka omasta mielestäni olisi huomattavasti tärkeämpää kysyä, onko vastasyntyneellä kaikki hyvin, mutta ilmeisesti kategorisoiminen on useimmille tärkein tapa jäsentää vauva olemaan heti syntymästään joko vaaleanpunaista tai vaaleansinistä. Sukupuoli on myös ensimmäisiä asioita, joita meistä kirjataan yhteiskunnallisiin järjestelmiin sosiaaliturvatunnuksen muodossa. Jos vaihtoehtoja on kaksi, eikä yksilö ole kumpaakaan, niin pelkkä kaavakkeiden täyttäminen, jossa sukupuolivaihtoehtoiksi tarjotaan mies tai nainen, voi olla mahdotonta ja turhauttavaa. Kuinka helppoa olisi muuttaa sosiaaliturvatunnusjärjestelmää siten, että toiseksi viimeisellä numerolla ei olisi mitään merkitystä ja voisiko tämä muutos mahdollisesti haitata jotakuta? Eikö sukupuolta kysyttäessä voisi olla vaihtoehtona myös kolmas laatikko epäselvälle sukupuolelle, intersukupuolelle tai haluttomuudelle vastata? Osassa kyselyistä on onneksi huomioitu asiaa antamalla vastausvaihtoehdoksi esimerkiksi ”en halua vastata”. Pienet asiat voivat merkata yksilön kannalta valtavasti, ja valitettavasti nykyjärjestelmä tukee joko/tai-ajattelua sekä/että-ajattelun sijaan.

Käsittämäni opinnäytetyön aihe on sensitiivinen ja sensitiivisyys tulee erityisesti ottaa huomioon hoitotyön arjessa ja potilaiden kunnioituksessa. Prosessin eri vaiheet voivat olla kipupisteitä hoitotyössä – miten esimerkiksi prosessia läpikäyvää potilasta, jonka sosiaaliturvatunnus on vaihdettu, mutta sukupuolta ei ole korjattu, tulisi kohdella ja hoitaa jos hoidettavana on gynekologisia tai urologisia ongelmia? Pitäisikö potilaan saada päättää itse sijoituksestaan, vai tulisiko sijoittamisesta tehdä selkeät protokollat? Pelkästään

potilaiden sijoittaminen naistentautien osastolle tai urologiselle osastolle voi nimittäin olla erittäin ongelmallista. Tässä olisi erittäin hedelmällinen jatkotutkimuksen aihe, sillä en ole törmännyt minkäänlaisiin hoitoprotokolliin tällaisissa tilanteissa, vaikka kyseisten ongelmien kanssa on osastoilla painittu ja vastaavanlaiset tilanteet tulevat mitä todennäköisimmin edelleen lisääntymään.

Erityistä sensitiivisyyttä hoitotyössä tulisi myös kiinnittää omaisten kohtelemiseen. Jos seksuaalisuudesta on puutteellisia tietoja, voi hoitaja joutua työssään epämukaviin tilanteisiin. Heteronormatiivisesta ajattelutavasta eroon pääseminen on mielestäni yksi tärkeä osa hoitajan ammatillista kehittymistä. Hoidettavan potilaan luona vieraileva samaa sukupuolta oleva henkilö ei automaattisesti ole potilaan äiti, isä, sisko, veli tai ystävä, vaan kyseessä voi olla puoliso, jota tulee kohdella puolisona. Sukupuoli ja seksuaalisuus ovat yksilön henkilökohtaisia asioita, joita jokaisen hoitajan tulee kunnioittaa. Yksilövastuisen hoitotyön korostaminen näkyy usein jo muilla hoitotyön osa-alueilla, mutta jostain syystä sukupuoltaan korjaavia tai korostavia yksilöitä sekä homo- ja biseksuaaleja ei aina ymmärretä. Kaksinaismoraalista luopuminen ottanee vielä hoitotyön työskentely-ympäristössä aikansa.

Opinnäytetyössäni kritiikin ja eettisen tarkastelun alle tulee asettaa se, etten kirjoittajana ole itse tutkimaani kohderyhmää, vaan tarkastelen ilmiöitä ulkopuolisen, tulevan sairaanhoitajan näkökulmasta. Toisaalta ulkopuolisen silmin tarkastelu voi lisätä työni luotettavuutta. Työn luotettavuutta voi vähentää omien näkemysteni korostumisen vaikutus sukupuolen ristiriitaa kokevien ja intersukupuolisten hoidosta, sillä lähteistäni monet ovat peräisin esimerkiksi Transtukipisteen tai Seta ry:n sivuilta. Työssäni olen kuitenkin pyrkinyt käyttämään luotettavuudeltaan sellaisia lähteitä, jotka ottavat huomioon yksilön näkökulman ja yksilöön kohdistuvat vaikutukset transsukupuolisuuden hoidossa, mikä soveltuu yksilövastuisen hoitotyön periaatteeseen.

Opinnäytetyöprosessi herätti monia mahdollisia hedelmällisiä jatkotutkimuksen aiheita. Esimerkiksi intersukupuolisille tehtyjen sukupuolenkorjausleikkausten tutkiminen toisi lisää näkökulmaa koko sukupuolenkorjausleikkaustoimenpiteisiin. Tällöin olisi mahdollista myös vertailla intersukupuolisten ja

transsukupuolisten korjaustoimenpiteiden eroja muustakin kuin eettisestä näkökulmasta. Lisäksi olisi mielenkiintoista haastatella TAYS:n ja HYKS:n Trans-poliklinikoiden työntekijöitä sekä HYKS:n plastiikkakirurgian yksikköä. Tälöin transsukupuolisuuden ja muiden sukupuolen yhteensopimattomuuden hoidoista saataisiin viimeisin, ajan hermolla oleva tieto sukupuolenkorjausleikkaustoimenpiteistä, komplikaatioista, komplikaatioiden ilmaantuvuudesta, leikkaustuloksista ja potilastyytyväisyydestä, sillä transsukupuolisuutta tutkittaessa monesti jo viiden vuoden takainenkin tieto voi olla vanhentunutta terminologialtaan tai muutenkin.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön kirjoittaminen on ollut melko lyhyt ja ytimekäs prosessi. Ajatus aiheesta kirkastui jo aikaisemmin, mutta lopullinen työn tekeminen tapahtui yllättävän nopeasti muutaman kuukauden aikana. Työtä tehdessäni olen oppinut valtavasti uutta. Toivoisin, että tästä opinnäytetyöstä ei hyötyisi ainoastaan minä, vaan että työ voisi palvella myös muita aiheesta tietoa etsiviä sekä transsukupuolisia hoitavia hoitohenkilökunnan jäseniä.

LÄHTEET

- Dunkel, L. 2009. Sukupuolen kehitys ja sen häiriöt. Teoksessa Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. Endokrinologia. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 577–600.
- Emas, T. 2006. Monikulttuurisuus ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 77–90.
- ETENE. 2005. "Imago Dei". Ihminen - Jumalan kuva vai terveydenhuollon tuote? Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE).
- Huhtaniemi, I. & Pöllänen, P. 2001. Miehen biologia – onko mies pelkkää testosteronia? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Duodecim 117 (19), 1957-1963.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Huttunen, M. O. 2006. Seksuaalisuuden monet kasvot. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 15–19.
- Huuska, M., Paalanen, T., Harviainen, J.T., Nissinen, J., Lehtoranta, T. & Mattila, A. Esitys ICD-luokituksen muuttamiseksi. 15.10.2010
- Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 41–59.
- Ilmonen, T. & Nissinen, J. 2006. Sanasto. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 432–460.
- Ilmonen, T. & Nissinen, J. 2006. Seksologian peruskäsitteistöä. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 20–26.
- Karanki, A. Opas kirurgisiin sukupuolen korjaushoitoihin. Transtukipiste. Tulostettu 16.3.2011. www.transtukipiste.fi/doc/Leikkaushoidot.pdf
- Karanki, A. & Transtukipiste. 2009. Sukupuolen korjaaja ja byrokratia. Tulostettu 15.3.2011. http://www.transtukipiste.fi/doc/Opas_byrokratia.pdf
- Kontula, O. 2006. Suomalaisten seksuaalikulttuuri. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 27–37.

Laakso, L. 2007. Medikalisoitu intersukupuolinen keho. Naistutkimuksen pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Tulostettu 16.3.2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ju-2007377>

Laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta 28.6.2002/563

Lehtonen, J. 2003. Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Näkökulmana heteronormatiivisuus ja ei-heteroseksuaalisten nuorten kertomukset. Helsinki: Yliopistopaino. Väitöskirja. Luettu 15.3.2010. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosio/vk/lehtonen/seksuaal.pdf>

Leinonen, E-K. 2006. Transvestisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 157–163.

Niemelä, A. 2011. Sukupuolen korjausta hakevien määrä kasvaa. Medi uutiset. Luettu 15.3.2011. <http://www.medi uutiset.fi/uutisarkisto/sukupuolen+korjausta+hakevien+maara+kasvaa/a565345>

Nieminen, H., Heinonen, P., Sorri, P. & Auvinen, O. 1996. Transseksuaalisuuden kirurginen hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Duodecim 112 (16), 1486.

Nissinen, J. 2006. Seksuaalinen suuntautuminen. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 130–156.

Nummelin, R. 2000. Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Acta Universitatis Tamperensis. Nro 778. Tampereen Yliopisto. Väitöskirja.

Nussey, S. & Whitehead, S. 2001. Endocrinology. An Integrated Approach. Luettu 03.02.2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK29/>

Page, D. C., Mosher, R., Simpson, E. M., Fisher, E. M. C., Mardon, G., Pollack, J., McGillivray, B., de la Chapelle, A., & Brown, L. G. 1987. The Sex-Determining Region of the Human Y Chromosome Encodes a Finger Protein. Cell 51 (6), 1091–1104. Tulostettu 20.02.2011. <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00928674>

Pimenoff, V. 2006. Intersukupuolisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 173–182.

Pimenoff, V. 2006. Transsukupuolisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 164–172.

STAKES. 1995. Tautiluokitus ICD-10. Aakkosellinen osa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 1995:9.

SETA. Seksuaalinen tasavertaisuus ry. Luettu 15.2.2011. <http://www.seta.fi/>

Tainio, L., Palmu, T. & Ikävalko, E. 2010. Opettaja, oppilas ja koulun sukupuolistunut arki. Teoksessa Suortamo, M., Tainio, L., Ikävalko, E., Palmu, T. & Tani, S. (toim.) Sukupuoli ja tasa-arvo koulussa. Jyväskylä: PS-kustannus. 13–22.

Tiirikainen, J. 2007. Sukupuolen tuottaminen lääketieteessä: Intersukupuolisuus lääketieteen etiikan ongelmana. Sosiaalietiikan pro gradu –tutkielma. Tulostettu 03.02.2011.

http://web.me.com/janitiirikainen/Sivusto/SUPEREGO_files/LOPULLINEN.pdf

Tiitinen, A., Suominen, S. & Holi, M. 2003. Transseksuaalien hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Duodecim 119 (21), 2045–2050.

Tukiainen, E., Kuokkanen, H., Suominen, S. & Rautio, J. 2010. Plastiikkakirurgia. Teoksessa Roberts, P. J., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. (toim.). Kirurgia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 798–823.

Venhola, M. 2001. Intersukupuolisuus. Tulostettu 03.02.2011.

<http://www.transtukipiste.fi/doc/Intersukupuolisuus.pdf>

Venhola, M. 2006. Lääkäri seksologina. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 69–76.

WHO. 2011. Health Topics: Gender. World Health Organization. Luettu 15.3.2010. <http://www.who.int/topics/gender/en/>

!

LIITTEET

Liite 1:

TAULUKKO 1. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Sukunimi (vuosi) Työn nimi, työn luonne	Tarkoitus / tavoite Tehtävät / ongelmat	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Laakso (2007) Medikalisoitu intersukupuolinen keho Pro gradu - tutkielma Jyväskylän yliopisto Yhteiskunta-tieteiden ja filosofian laitos	Tavoitteena tarkastella intersukupuolisuuden ilmiötä ja sen erilouottuvuuksia Tehtävänä ottaa osaa keskusteluun intersukupuolisuudesta	Laadullinen tutkimusmenetelmä Aineisto: Kysely- ja haastattelututkimus N=6 Etenkin pohjoisamerikkalainen, intersukupuolisuutta käsittelevä tutkimuskirjallisuus	Tuloksena esitetään, että intersukupuolitetulla on mahdollisuus demedikalisoida oma kehonsa ja sukupuolensa oman kokemuksensa mukaisesti. Päätöksenteko sukupuolitettavien hoitomenetelmien tekemisestä tulisi siirtää intersukupuoliselle itselleen.

Sukunimi (vuosi) Työn nimi, työn luonne	Tarkoitus / tavoite Tehtävät / ongelmat	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Tiirikainen (2007) Sukupuolen tuottaminen lääketieteessä: Intersukupuolisuus lääketieteen etiikan ongelmana Pro gradu - tutkielma Helsingin yliopisto Systemaattisen teologian laitos	Tavoitteena tehdä filosofista ja käsitehistoriallista tutkimusta intersukupuolisuudesta Tehtävänä tutkia lääketieteen roolia länsimaisen sukupuolijärjestelmän muotoutumisessa	Systemaattinen analyysi Aineisto: erityisesti englannin-kieliset, intersukupuolisuutta käsittelevät ja sivuavat historialliset, yhteiskuntatieteelliset ja filosofiset tutkimukset	Sukupuolijärjestelmässämme tulisi miettiä uudelleen säilyttämisen arvoiset ja muutosta kaipaavat seikat. Voimme pyrkiä hyväksymään ihmisten anatomisen ja psyykkisen moninaisuuden jonain muuna kuin lääketieteellisiä korjausoperaatioita vaativana asiana.

JATKUU

Sukunimi (vuosi) Työn nimi, työn luonne	Tarkoitus / tavoite Tehtävät / ongelmat	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Nummelin (2000) Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkiseutulaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Väitöskirja Tampereen yliopisto Terveystieteen laitos	Tarkoituksena tuottaa seksuaalikasvatuksen suunnittelua ja kehittämistä palvelevaa tietoa. Tehtävänä tutkia seksuaalikasvatuslehtisin toteutettua seksuaalikasvatusta nuorten näkökulmasta.	Systemaattinen analyysi Tutkimusaineisto kerättiin kahdella kontekstuoidulla avokysymyksellä kuuden pääkaupunkiseudun peruskoulun yhdeksäsluokkalaisilta. N=264.	Perusratkaisuna nuorille seksuaalisuuteen liittyvistä asioista kerrottaessa ei ole enemmän ja aikaisemmin, vaan nykyistä laadukkaammin ja joustavammin. Seksuaalikasvatuksen opaslehtiset kaipaavat kehittämistä.

Sukunimi (vuosi) Työn nimi, työn luonne	Tarkoitus / tavoite Tehtävät / ongelmat	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Lehtonen (2003) Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Näkökulmana heteronormatiivisuus ja nuorten kertomukset. Väitöskirja Helsingin yliopisto Sosiologian laitos	Tavoitteena tutkia heteronormatiivisuutta kouluissa. Tehtävänä selvittää, miten heteronormatiivisuus ja sen kyseenalaistaminen ilmenevät koulun käytännöissä.	Teemoittainen analyysi Haastatteluaineisto kerättiin ei-heteroseksuaalisilta nuorilta. N=30	Heteronormatiivisuutta tutkimalla ja kyseenalaistamalla saadaan uutta tietoa, jonka avulla voidaan puuttua ongelmatilanteisiin ja sitä kautta lisätä yhdenvertaisuutta ja mahdollisuuksia.