

IRAKILAISTEN MAAHANMUUTTAJANAISTEN KÄSITYKSIÄ
SEKSUAALITERVEYDESTÄ

Sanna Kuitunen

Opinnäytetyö

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak-Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Kuitunen, Sanna. Irakilaisten maahanmuuttajanaisten käsityksiä seksuaaliterveydestä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki, kevät 2012, 65 s., 6 liitettä. Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, minkälaisia käsityksiä irakilaisilla maahanmuuttajanaisilla on seksuaaliterveydestä, siihen liittyvistä tekijöistä sekä seksuaaliterveyden edistämistarpeista Suomessa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka edistää maahanmuuttajanaisille suunnattuja seksuaaliterveyspalveluita. Opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppanina toimi Chili, tieto ja sosiaalinen integraatio työ- ja oppimisenäkymien mahdollistajana Euroopan Sosiaalirahaston hanke 2009—2011. Aihetta lähestyttiin kolmen pääteeman puitteissa: miten irakilaiset maahanmuuttajanaiset kuvaavat seksuaaliterveyttä, millainen on heidän käsityksensä seksuaaliterveyteen liittyvistä tekijöistä ja minkälaisia seksuaaliterveyden edistämistarpeita heillä on.

Haastattelin työtä varten viittä irakilaista maahanmuuttajanaista. Haastateltavista osa oli Chili-projektin asiakkaita ja osa henkilökuntaa. Opinnäytetyössä selvitettiin teemahaastattelun keinoin, minkälaisia käsityksiä irakilaisilla maahanmuuttajanaisilla on seksuaaliterveydestä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina Mellunmäen seurakuntakeskuksessa ja Kontulan lähiöasemalla helmikuussa 2012. Kolmessa haastattelussa käytettiin apuna arabian kielen tulkkia, koska haastateltavat kokivat omat suomen kielen taitonsa puutteellisiksi tutkimuskysymyksiin nähden. Kaksi haastattelua käytiin kokonaan suomeksi.

Aineisto nauhoitettiin haastateltavien luvalla ja litteroitiin. Haastattelut luokiteltiin teema kerrallaan vastauslistoiksi ja niitä edelleen ala- ja yläkategorioiksi. Tulokset on esitetty kolmessa kuviossa, jotka löytyvät tämän opinnäytetyön liitteistä. Analyysiä ohjasivat koko ajan valmiit teemat; analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Tutkimustulokset osoittavat, että irakilaisilla maahanmuuttajanaisilla on omasta mielestään puutteelliset tiedot seksuaaliterveydestä. Tärkeimpinä seksuaaliterveyteen vaikuttavina tekijöinä pidettiin omaa kulttuuria sekä uskontoa. Seksuaaliterveyspalveluiden kehitysehdotuksiksi nostettiin tietoisuuden lisääminen suomalaisista seksuaaliterveyspalveluista, seksuaalikasvatus omalla äidinkielellä ja havaintomateriaalia hyväksi käyttäen sekä miesten osallistumisen lisääminen seksuaaliterveyspalveluissa.

Asiasanat: maahanmuuttaja, monikulttuurinen hoitotyö, arabialainen kulttuuri, muslimi, seksuaaliterveys, terveyden edistäminen, terveyskäsitys

[Type text]

ABSTRACT

Kuitunen, Sanna

Iraqi immigrant womens' conceptions about sexual health. 65 p., 6 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2012. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Program in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of this thesis was to examine what sort of conceptions Iraqi immigrant women have about sexual health. Information was collected through three main themes: Iraqi immigrant women's perceptions about sexual health, the factors involved in sexual health and improvement ideas they have about Finnish sexual health care. A collaboration partner of this thesis was Chili-project, an association operating with immigrant women in Finland.

Five Iraqi immigrant women were interviewed for this thesis. The interviewees were clients and staff of the Chili-project. Theme interview was used as a method. The interviews were carried out individually and interpreter of Arabic was used in three interviews. Two interviews were carried out in Finnish. The material was summarized and analysed through an inductive method.

According to the results, Iraqi immigrant women are uninformed about sexual health. In their opinion the most powerful factors affecting sexual health is their own culture and religion. The improvement ideas considering Finnish sexual health care were raising the awareness of the sexual health care services, getting sexual health education in their own language and involving visual material and increasing men's participation in sexual health care.

Keywords: immigrant, multicultural nursing, Arabic culture, Muslim, sexual health, health promotion, health perception

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN MONIKULTTUURISEN HOITOTYÖN OSANA ..	9
3 SEKSUAALITERVEYS JA SEKSUAALITERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT TUTKIMUSTEN VALOSSA	11
3.1 Seksuaaliterveys, seksuaalikäyttäytyminen ja seksuaaliterveyspalvelut	11
3.2 Irakilaisten maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyteen vaikuttavia tekijöitä.....	18
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
4.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	22
4.2 Tutkimusympäristön ja tutkimushenkilöiden kuvaus	22
4.3 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineiston keruu	25
4.4 Tutkimusaineiston analyysi.....	27
5 TUTKIMUSTULOKSET	31
5.1 Seksuaalisuuden ja seksuaaliterveyden määrittely.....	31
5.2 Seksuaaliterveyteen liittyvät tekijät	34
5.3 Seksuaaliterveyteen liittyvät edistämistarpeet	38
6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	41
6.1 Yhteenveto ja johtopäätökset	41
6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	45
6.3 Opinnäytetyön merkitys hoitotyön kannalta	50
6.4 Jatkotutkimusehdotukset	50
6.5 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu.....	51
LÄHTEET	53
Liite 1: Tutkimustiedote	59
Liite 2: Teemahaastattelurunko	60
Liite 3: Kysymyskaavake	61
Liite 4: Kuvio 1	62

[Type text]

Liite 5: Kuvio 2	63
Liite 6: Kuvio 3	64

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, minkälaisia käsityksiä irakilaisilla maahanmuuttajanaيسilla on seksuaaliterveydestä. Tutkimus on ajankohtainen, koska Suomeen saapuu vuosittain useita irakilaisia maahanmuuttajia perheineen. Vuonna 2009 Suomeen muutti ulkomailta 26 700 ihmistä. Helsingin asukkaista 7,2 % on ulkomaalaistaustaisia. Irakilaiset ovat venäläisten, somalialaisten, kiinalaisten ja thaimaalaisten jälkeen suurin etninen kansalaisryhmä Suomessa. (Sisäasiainministeriö 2009). Vuoden 2011 tilastokatsauksen mukaan Suomessa asui yhteensä 5728 irakilaista maahanmuuttajaa (Maahanmuuttovirasto 2012.) Tilastojen mukaan irakilaisten, somalialaisten sekä entisen Serbian ja Montenegron asukkaiden hedelmällisyys on Suomessa kantaväestöä korkeampi. Yksilön muuttosyy, sosioekonominen asema, koulutus ja kielitaito, ikä, sukupuoli, seksuaalinen suuntautuneisuus, perhetilanne sekä kulttuuri ja uskonto vaikuttavat vahvasti maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen. Maahanmuuttajat käyttävät kantaväestöä vähemmän perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita (Apter, Eskola, Säävälä ja Kettu 2009, 6, 8, 10).

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, joka kertoo Irakin terveydenhoidon tilasta seksuaaliterveydenhoidon suhteen noin pari vuosikymmentä sitten, koska tutkimushenkilöt ovat asuneet Irakissa niihin aikoihin. Tiedon avulla voidaan vaikuttaa irakilaisille maahanmuuttajanaيسille annettavaan seksuaaliterveyskasvatukseen ja lisätä heidän tietojaan seksuaaliterveyspalveluista Suomessa. Opinnäytetyössä ilmenevä tieto on käyttökelpoista esimerkiksi seksuaaliterveyspalveluissa toimiville hoitotyöntekijöille. Näin opinnäytetyö edistää maahanmuuttajalähtöisen terveyskasvatuksen kehittämistyötä. Kun hoitotyöntekijöillä on tietoa asiakasryhmänsä ennakkotiedoista sekä tiedon tarpeesta ja valmiuksista, on yksinkertaisempaa ja tehokkaampaa antaa terveyskasvatusta.

Maahanmuuttajaryhmiä on tutkittu monista eri näkökulmista, mutta irakilaisten
[Type text]

maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyskäsityksistä tehtyjä suomalaisia tutkimuksia ei ole. Esimerkiksi somalialaisten maahanmuuttajien ehkäisykäytäntöihin liittyviä sosiaalisia ja kulttuuritekijöitä, terveyskäsityksiä ja perhe-elämän hoitokäytäntöjä sekä etnisten vähemmistöjen äitiyttä on tutkittu (Degni 2006; Hassinen-Ali-Azzani 2002; Tiilikainen 2003.) Malin ja Gissler (2009) ovat tarkastelleet maahanmuuttajia heterogeenisenä ryhmänä ja tutkineet heidän seksuaali- ja lisääntymisterveyttään. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella on parhaillaan menossa noin kolmen tuhannen venäläis-, somali- ja kurditaustaisen maahanmuuttajan terveyden ja hyvinvoinnin tutkimus, joka käsittelee osittain seksuaaliterveyttä. Maamu-tutkimuksen tulokset valmistunevat tämän vuoden loppuun mennessä (Terveyden ja Hyvinvoinnin Liitto 2012.)

Terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta seksuaaliterveys liittyy vahvasti naisten hyvinvointiin. Onkin tärkeää kartoittaa, minkälaiset tiedolliset valmiudet seksuaaliterveydestä irakilaisilla maahanmuuttajanaisisilla on, jotta terveyspalveluita ja -neuvontaa osattaisiin kohdistaa oikein (Väestöliitto 2012, 7.) Sairaanhoidajalla täytyy olla monikulttuurista ymmärrystä, jotta hän pystyy toimimaan joustavasti kohdatessaan eri kulttuurista tulevia potilaita. Hoitajan monikulttuurinen ymmärrys on yksi ammattitutkinnon kompetenssivaatimuksista, ja sillä tarkoitetaan kykyä toimia joustavasti eri kulttuurista tulevien potilaiden kanssa (DIAK 2012.) Monikulttuurisen ammattitaidon käsitteeseen sisältyy taito ymmärtää erilaisista kulttuureista tulevia yksilöitä. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä haasteita ovat sairauksien ja riskien epidemiologia, psykososiaaliset ja kulttuuriset tekijät sekä kommunikaation haasteet (Apter, Eskola, Säävälä ja Kettu 2009, 7).

Työelämän yhteistyökumppani opinnäytetyötä toteutettavassa tutkimuksessa on Helsingin kaupungin sosiaaliviraston organisoima Chili-projekti. Vuonna 2009 alkaneen kolmivuotisen hankkeen tarkoituksena on helpottaa itä-helsinkiläisten maahanmuuttajanaisten integroitumista suomalaiseen yhteiskuntaan. Projekti jatkuu suunnitelmista poiketen kevään 2012 loppuun asti. Projekti tarjoaa kotoutumis- ja kielikursseja itä-helsinkiläisille maahanmuuttajanaisisille. Diakonia-ammattikorkeakoulu on yksi Chili-projektin yhteistyökumppaneista, ja osallistuu projektiin esimerkiksi

terveysalan opiskelijoiden pitämien seksuaaliterveys-luentoja kautta (Kruskopf, haastattelu 2010).

Opinnäytetyö perustuu laadulliseen tutkimusmenetelmään, ja sen aineisto kerättiin teemahaastatteluina helmikuussa 2012. Aineisto nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmin. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitotyön käytäntöjä, jotka ohjaavat irakilaisille maahanmuuttajanasille suunnattua seksuaaliterveyskasvatusta ja vaikuttavat heidän tietoihinsa seksuaaliterveyspalveluista Suomessa. Hoitotyöntekijät, jotka toimivat seksuaaliterveyspalveluiden piirissä, voivat jatkossa hyödyntää opinnäytetyössä ilmenneitä tuloksia. Tulosten avulla voidaan myös kehittää niin Chili-projektin kaltaisia hankkeita, kuin irakilaisille- ja muille maahanmuuttajanasille suunnattua seksuaaliterveyskasvatustakin.

[Type text]

2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN MONIKULTTUURISEN HOITOTYÖN OSANA

Terveydellä tarkoitetaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, eikä vain sairauden puuttumista (WHO 1946). Terveyskäsitys on ihmisen näkemys siitä, millainen on terve tai sairas ihminen. Terveyskäsitukset ovat kiinteästi sidoksissa uskontoon ja kulttuuriin, yhteiskunnalliseen asemaan sekä ympäristön olosuhteisiin (Hämäläinen-Kebede 2003, 8). Terveyden edistäminen on toimintaa, jossa hoitotyöntekijä ohjaa yksilöä pitämään huolta omasta hyvinvoinnistaan. Terveyttä pyritään edistämään yksilöiden, ryhmien ja koko yhteiskunnan näkökulmasta. Terveyttä edistetään esimerkiksi neuvoloissa, työterveyshuollossa, terveydenhoitajien vastaanotoilla ja kouluterveydenhuollossa (Leino-Kilpi 2003, 160—161.) Seksuaaliterveyspalveluita tarjotaan esimerkiksi näiden toimijoiden kautta.

Monikulttuurisuus on erilaisten kulttuuritaustojen omaavien ihmisten- esimerkiksi kantasuomalaisen ja maahanmuuttajien- elämistä samassa yhteiskunnassa. Monikulttuurista hoitotyötä toteutetaan eri kulttuureista tulevien ihmisryhmien kesken. Monikulttuurisen hoitotyön kulmakiviä on ihmisen kulttuuritaustaa arvostava työote, eli tasa-arvoon ja yhdenvertaisuuteen pyrkiminen terveyden edistämisessä (Koskinen 2009, 18-19).

Monikulttuurisen hoitotyön ohella puhutaan myös transkulttuurisesta hoitotyöstä. Madeleine Leiningerin (1991) mukaan transkulttuurinen hoitotyö perustuu ihmisryhmien hoitamiskäyttäytymisen, hoitotyön arvojen, uskomusten ja käyttäytymismallien tunnistamiseen ja hyödyntämiseen käytännön hoitotyössä. Terveysteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi koulutukselliset, poliittiset, oikeudelliset, sosiaaliset, teknologiset, uskonnolliset ja taloudelliset tekijät (Leininger 1991, 43.) Nämä tekijät ovat usein yhteisiä jokaiselle etniselle ihmisryhmälle. Etnisyydellä tarkoitetaan sosiaalisen identiteetin määräytymistä yhteisen alkuperän, uskonnon ja kielen kautta (Taavela 2006, 24.).

Maahanmuuttajat ovat monikulttuurisen hoitotyön asiakkaita. Maahanmuuttaja on ulkomailta Suomeen muuttanut henkilö, jolla ei ole Suomen kansalaisuutta. Maahanmuuttaja voi olla paluumuuttaja, turvapaikanhakija, pakolainen, Suomen kansalaisen perheenjäsen, opiskelija, työtä tekevä tai ulkomaalaisen Suomessa syntynyt lapsi. Sana maahanmuuttaja kategorisoi ihmisryhmän valtaväestöstä poikkeavaksi, mutta se on tarpeellista, jotta ryhmän arvot ja tarpeet tulisivat selkeästi esiin (Taavela 2006, 21; Maahanmuuttovirasto 2012.) Vuonna 2011 Suomessa asui yhteensä 5728 irakilaisista maahanmuuttajaa (Maahanmuuttovirasto 2012.) Seksuaaliterveyteen liittyvät tiedot ovat tärkeitä kaikille yksilön kansalaisuudesta riippumatta. Suurin osa Suomeen vuosittain saapuvista maahanmuuttajista on työikäisiä ja näin ollen myös lisääntymisikäisiä, jolloin seksuaaliterveyspalveluiden merkitys korostuu heidän kohdallaan. (Apter, Eskola, Säävälä ja Kettu 2009, 3, 20.)

3 SEKSUAALITERVEYS JA SEKSUAALITERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT TUTKIMUSTEN VALOSSA

3.1 Seksuaaliterveys, seksuaalikäyttäytyminen ja seksuaaliterveyspalvelut

Termi seksuaalisuus tulee latinan kielen sanasta *sexus*, joka tarkoittaa jakoa tai jaottelua. Seksuaalisuus on osa ihmisen minuutta, ja se kehittyy elämänvaiheiden mukana. Seksuaalisuuden kehittyminen edellyttää sosiaalista vuorovaikutusta. Yksinkertaisimmillaan seksuaalisuudella tarkoitetaan miehenä ja naisena olemista. Sukupuoli-identiteettiin luetaan kuuluvaksi biologinen, anatominen, psykologinen ja sosiaalinen ulottuvuus (Virtanen 2001, 17—20, 37.) Kaikissa kulttuureissa ihmiset jaotellaan miehiksi ja naisiksi, mutta näiden roolien sisällä seksuaalisten identiteettien kirjo on valtava. Islamilaisissa kulttuureissa transvetitismia, homo- ja biseksuaalisuutta tai sukupuolenvaihdoksia ei sallita. Yleisesti kaikki sukupuolisuuteen liittyvä — kuukautiset, synnytys, yhdyntä, masturboiminen— nähdään epäpuhtaana, ja neitsyyttä arvostetaan enemmän kuin länsimaisessa kulttuurissa. (Hallenberg 2008, 80, 86.)

Seksuaaliterveydellä tarkoitetaan yksilön vapautta toteuttaa seksuaalisuuttaan ilman pelkoa sukupuolitaudista, ei-toivotusta raskaudesta, pakotuksesta tai väkivallasta. Seksuaalisesti terve ihminen määritellään yksilöksi, joka arvostaa omaa kehoaan, käyttäytyy vastuullisesti sukupuoliasioissa, kommunikoi sujuvasti molempien sukupuolten kanssa ja ilmaisee kiintymystään omien arvojensa mukaisesti (Lottes 2000, 20, 22.) Seksuaaliterveys määritellään myös fyysiseksi, emotionaaliseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinniksi suhteessa seksuaalisuuteen (Väestöliitto 2012, 7). Seksuaaliterveys on lisääntymisterveyteen, sukupuolielämään ja -elimiin liittyvä ilmiö, jolla on terveysulottuvuus (Sannisto 2011, 18—19).

Seksuaaliterveyteen liittyviä teemoja ovat esimerkiksi sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy, raskaudenehkäisy ja abortit, naisen ja miehen sukupuoliroolit, lapsettomuus, raskaus ja

synnyttäminen, imetys sekä tyttöjen ja poikien ympärileikkaukset. Ihmisten käsitykset terveydestä ja seksuaaliterveydestä vaihtelevat eri kulttuureissa. Terveyskasvatuksen saaminen liittyy olennaisesti myös koulutusmahdollisuuksiin ja sitä kautta sukupuolten asemaan. Seksuaaliterveyteen liittyy kulttuurin näkökulmasta myös erilaisia häveliäisyssääntöjä, arvoja ja käyttäytymisnormeja. Seksuaaliterveys on yksi osa ihmisen terveyden kokonaisuutta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi miesten osallisuutta seksuaaliterveydestä huolehtimiseen, ehkäisyyn ja raskauteen osallistumiseen tulisi lisätä (Apter, Eskola, Säävälä ja Kettu 2009, 3—19.)

Seksuaaliterveys ja lisääntymisterveys liitetään usein toisiinsa. Kyseessä ovat kuitenkin toisiinsa liittyvät erilliset käsitteet. Lisääntymisterveys on suppeampi käsite, joka kuvaa vain tietyn ajanjakson aikaisia tapahtumia yksilöiden elämässä. Seksuaaliterveyden käsite kuvaa laajemmin koko elämänkaaren aikaista kehittymistä jommankumman sukupuolen edustajaksi. (Kosunen 2006, 7.) Lisääntymisterveys liittyy hedelmällisyyteen ja perhesuunnitteluun ja siksi myös raskaudenkeskeytyksiin sekä raskauden ehkäisyyn, jotka ovat osaltaan myös seksuaaliterveyteen liittyviä teemoja (Sannisto 2011, 19).

Seksuaalikäyttäytyminen on sidoksissa seksuaaliterveyskäsitteisiin. Nuoruudessa terveellisten seksuaalikäyttäytymismallien kehittämiseksi tarvitaan ikää ja kehitysasteeseen sopivia oikeita tietoja, sosiaalisia taitoja sekä positiivisia samaistumismalleja ympäristössä (Frantti-Malinen 2004, 104.) Seksuaalikasvatuksella tarkoitetaan toimintaa, jossa kasvatetaan yksilön elämänhallinnan taitoja ja tuetaan tämän seksuaalista kasvua. Suomessa seksuaalikasvatusta opetetaan kouluissa terveystiedon oppiaineen yhteydessä (Apter, Eskola, Säävälä ja Kettu 2009, 25.)

Kreikkalaisen tutkimuksen mukaan nuoret saavat seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa saadaan suurimmaksi osaksi ystäviltä ja vanhemmilta, koulusta sekä jossain määrin myös seksuaaliterveyden ammattilaisilta (Matziou, Brokalaki, Perdikaris, Petsios,

[Type text]

Gymnopolou & Galanis 2009, 357). Kurdistanilaisen uutislähteen mukaan (2012) seksuaalikasvatuksen merkitys irakilaisessa yhteiskunnassa on kasvanut. Nykyään nuoret keskusteleivat seksuaalisuuteen liittyvistä asioista aiempaa avoimemmin, mutta vanhemmat usein kieltävät keskustelut tai saavat nuoret tuntemaan syyllisyyttä puheistaan. Vanhemmat eivät usein anna seksuaalikasvatusta kotona, vaan asioista aletaan puhua nuoren solmittua avioliiton (Aknews 2012.)

Seksuaaliterveyspalvelut ovat perusterveydenhuollon palveluita, joilla ehkäistään ja hoidetaan seksuaalisuuteen ja perheenlisäykseen liittyviä asioita. Perhesuunnittelupalveluihin kuuluvat esimerkiksi sukupuolikasvatus, ehkäisy, abortit, adoptiot ja hedelmättömyyshoidot. Raskauteen ja synnytykseen liittyviä palveluita ovat lapsivuodeaikaan ja keskenmenoihin liittyvät hoidot, sikiöseulonnat sekä raskauden keskeytykset. Yksilön seksuaaliterveyteen liittyviä hoitoja ovat myös sukupuolitautilien hoito, gynekologiset seulonnat, vaihdevuosien hoidot ja seksuaaliseen identiteettiin liittyvät asiat. (Sannisto 2011, 20.)

Suomessa seksuaaliterveyspalvelut ovat verraten helposti saatavilla. Seksuaaliterveyspalveluita tuottavat Suomessa esimerkiksi terveysasemat, sukupuolitautilien poliklinikat, neuvolat, yksityiset terveysalan toimijat sekä 3. sektorin toimijat, kuten Väestöliitto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sexpo-säätiö, Seksuaalinen tasavertaisuus ry ja AIDS-tukikeskus. (Makkonen & Kosunen 2004, 85—89.) Suomessa seksuaalikasvatusta annetaan peruskoulussa, ja se on kuulunut perusopetuksen opetussuunnitelmaan vuodesta 1970 alkaen. Sosiaali- ja terveysministeriön Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007—2011:n mukaan seksuaalikasvatuksen määrää on tarkoitus lisätä peruskoulun ohella varhaiskasvatukseen ja toisen asteen koulutukseen (Sannisto 2011, 30, 32).

Nuorille seksuaaliterveyskasvatusta tarjotaan esimerkiksi koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, armeijassa ja työterveyshuollossa. Kunnalliset palvelut ovat avoimia ja ilmaisia kaikille. Laadukkaille seksuaaliterveyspalveluille on ominaista,

että ne ovat helposti tavoitettavissa, henkilökunnalla on riittävästi aikaa käytettävissä vastatakseen asiakkaan tarpeisiin, palveluita järjestetään molemmille sukupuolille, palvelut ovat edullisia tai mielellään ilmaisia ja hoitohenkilökuntaa velvoittavaa vaitiolovelvollisuutta ja luottamuksellisuutta noudatetaan (Makkonen & Kosunen 2004, 85-89.) Terveystieteissä puhutaan myös ”matalan kynnyksen palveluista”, jonne asiakkaat voivat hakeutua anonymisti. Hyvä esimerkki tällaisesta toiminnasta on esimerkiksi AIDS-tukikeskuksen järjestämät nimettömät HIV-pikatestit (AIDS-tukikeskus 2012.)

Seksuaaliterveyteen liittyvät tiedot ovat tärkeitä kaikille yksilön kansalaisuudesta riippumatta. Suurin osa Suomeen vuosittain saapuvista maahanmuuttajista on työikäisiä ja näin ollen myös lisääntymisikäisiä, jolloin seksuaaliterveyspalveluiden merkitys korostuu heidän kohdallaan. (Apter, Eskola, Säävälä ja Kettu 2009, 3, 20.) Sosiaalinen huono-osaisuus, köyhyys ja syrjäytymisvaara indikoivat vähäistä tietomäärää seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Seksuaaliterveyteen liittyvät ongelmat, esimerkiksi raskaus- ja äitiyskuolemat, tapahtuvatkin suurimmaksi osaksi kehitysmaissa. (Kosunen 2006, 9.) Muita mittareita seksuaaliterveydelle sekä seksuaaliterveyskasvatuksen tehokkuudelle ovat sukupuolitartuntatilastot, teiniraskaudet, raskaudenkeskeytys- ja aborttiluvut, ehkäisyvälineiden yleisyys ja seksuaaliväkivaltarikosten lukumäärät (Lottes 2000, 37). Suomessa ei ole tilastotietoa kyseisen tutkimusryhmän tilanteesta näiden asioiden suhteen.

Yhteiskunnan näkökulmasta laadukkaalla seksuaaliterveyskasvatuksella voidaan säädellä väestönkasvua, sukupuolitauteihin sairastuvuutta, teiniraskauksien määriä ja raskaudenkeskeytysten määriä. Yksilöiden seksuaaliterveyden tila vaihtelee eri maissa. Kehitysmaissa ja kolmannen maailman valtioissa naisten uskonnollinen ja kulttuurinen status vaikuttaa heidän tietotasoonsa ja kykyynsä hallita omaa elämäänsä (Kosunen 2006, 8—9).

[Type text]

Tilastotietojen mukaan Irakissa 98,4 % fertiileistä naisista on ollut raskaana, ja 86,9 % on synnyttänyt eläviä jälkeläisiä lisääntymisvuosiensa aikana. Raskauksista sataa kohti 10,9 johti raskaudenkeskeytykseen (spontaanit sekä abortit) tai sikiökuolemaan. Abortin on tehnyt sairaalassa 58,3 % irakilaisista naisista. Syntyvyys on korkeampaa maaseudulla kuin kaupunkialueilla. Koulutetut naiset hankkivat keskimäärin 1,4 lasta vähemmän kuin kouluttamattomat naiset. Vain noin kaksi kolmasosaa kaikista lapsista syntyy sairaala-olosuhteissa, loput kotona. Kaiken kaikkiaan syntyvyys on kääntynyt Irakissa laskuun viime vuosina. Keskimäärin vain 60 % irakilaisista naisista on kuullut puhuttavan HIV-viruksesta tai aidsista, ja 17,1 % muista sukupuolitaudeista. Tutkimuksessa tiedusteltiin tutkittavien omia kokemuksia sukupuolitauteihin liittyvistä oireista, joita heillä itsellään oli. Tulosten mukaan naimattomat naiset sekä juuri naimisiin menneet naiset kokivat olevansa terveempiä kuin kauan naimisissa olleet naiset. (Iraq family health survey report 2006/7, 2—3, 18—22.)

Seksuaaliterveyttä ohjaavia asetuksia ja lakeja löytyy sekä Suomen ja Euroopan Unionin että Maailman terveysjärjestön ja Yhdistyneiden kansakuntien tasolta. Yhdistyneet kansakunnat esitti vuonna 1994 järjestetyssä kansainvälisessä väestö- ja kehityskonferenssissa Kairossa, että ehkäisyneuvontaa, raskaudenkeskeytyshoitoa, sukupuolitautilien torjuntaa ja hoitoa sekä seksuaalineuvontaa tulisi tarjota perusterveydenhuollon palveluiden kautta. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto on laatinut vuonna 2001 strategian Euroopan alueen lisääntymis- ja seksuaaliterveyden edistämiseksi. Tämän strategian mukaan tärkeitä parannustavoitteita on asetettu eri aihealueille kuten esimerkiksi lisääntymiseen liittyville valinnoille, sukupuolitautilien ja HIV:n torjunnalle sekä maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveydelle. (Kosunen 2006, 10.) WHO:n yleiskokous hyväksyi vuonna 2004 ensimmäisen lisääntymisterveyden strategian, jonka tarkoituksena on edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyden eri osa-alueita. WHO on laatinut myös globaalin sukupuolitautilien ehkäisystrategian vuosille 2006—2015 sekä eurooppalaisen strategian lasten ja nuorten terveyden ja kehityksen edistämiseksi. Euroopan Unioni antoi vuonna 2002 päätöslauselman, jossa se antaa suosituksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden hoidosta ja palveluista (Sannisto 2011, 15, 24—25). Seksuaaliterveyspalveluiden saatavuus on turvattu myös lainsäädännöllä: sitä ohjaavat esimerkiksi

Kansanterveyslaki (66/1972, 5§) sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992; 3§, 5§, 6§).

Suomessa ajankohtaisia seksuaaliterveyden edistämiseen liittyviä toimintoja ovat esimerkiksi Stakesin vuosina 2007—2011 ylläpitämä seksuaaliterveyden edistäminen -yhteistoimintahanke, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hallinnoima Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus 2010—2012, (YK:n milleniumohjelman globaalit kehitystavoitteet, WHO:n Euroopan alueelliset suositukset), sekä SETA:n järjestämät vuosittaiset Gay Parade-kulkuet (Kosunen 2006; THL 2012, Seta ry 2012).

Maahanmuuttajien seksuaaliterveyttä on tutkittu myös useissa opinnäytetöissä. Tuovinen (2010) on tutkinut maahanmuuttajanaisten kokemuksia kieli- ja kotoutumiskursseista, Malmi ja Rouvinen (2011) ovat pitäneet maahanmuuttajanaisille seksuaaliterveyteen liittyviä luentoja, Kiuru ja Ylitalo (2011) ovat tutkineet naisten seksuaaliterveyden edistämistä vastaanottokeskuksessa ja nuorten maahanmuuttajien seksuaaliterveyttä on tarkasteltu useissakin opinnäytetöissä (Martikainen-Ata & Vesivalo 2009; Eshetu 2011; Varila & Timonen 2011; Meripihka 2010; Aahos & Lehti 2009; Eräkangas-Alanära, Hyppönen & Paananen 2008).

Seksuaaliterveyttä edistävää tai heikentävää käyttäytymistä on tutkinut esimerkiksi Virtala (2007) väitöskirjassaan Tampereen yliopistosta. Tutkimuksella on selvitetty suomalaisten yliopisto-opiskelijoiden perhesuunnittelun tilannetta tarkastelemalla heidän seksuaalista aktiivisuuttaan, ehkäisyn käyttöään sekä jälkiesiintymisen käyttöön syitä. Tutkimuksen mukaan korkeasti koulutettu väestö hankkii lapsia pääsääntöisesti muuta väestöä myöhemmin, käyttää ensisijaisia ehkäisymenetelmiä ja turvautuu jälkiesiintymiseen vain tarvittaessa. Perhesuunnittelupalveluiden laatu Suomessa on alhaisista raskaudenkeskeytyslukuista päätellen ilmeisen korkea (Virtala 2007, 10—12.)

[Type text]

Esimerkiksi Regushevskaya (2009) on tutkinut venäläisten, virolaisten ja suomalaisten naisten seksuaaliterveyden eroja vertailemalla maiden abortti- ja sukupuolitautilastoja. Erot seksuaaliterveydessä selittyvät hänen mukaansa sosioekonomisilla tekijöillä ja seksuaalikäyttäytymisen muodoilla. Sosioekonomisia tekijöitä ovat esimerkiksi yksilön siviilisääty, koulutus ja lasten määrä. Seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä tekijöitä ovat sukupuolielämän aloittamisikä, seksipartnereiden määrä ja ehkäisymenetelmät. Tutkimustulosten mukaan seksuaalikäyttäytyminen vaihteli paitsi eri kansalaisuuksien välillä myös samojen kansalaisuusryhmien sisällä. Huolimatta siitä, että sosioekonomiset tekijät sekä seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tekijät olivat suhteelliset samat kaikissa kansalaisuusryhmissä, aborttiluvut ja sukupuolitautilartuntojen määrät olivat korkeimpia venäläisten ja matalimpia suomalaisten tutkimushenkilöiden keskuudessa. (Regushevskaya 2009, 7—8, 13, 46.)

Sannisto (2011) tutki tuoreessa väitöskirjassaan seksuaaliterveyspalveluiden toteuttamistapoja Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen terveyskeskuksissa. Arvion kohteena olivat myös seksuaaliterveyspalveluiden laatu, niihin vaikuttavat tekijät sekä tasa-arvon toteutuminen terveydenhoidossa. Terveyden edistämisen suunnitelmia oli noin kolmanneksella alueen terveyskeskuksista. Raskaudenkeskeytyksiin ja ehkäisyyn liittyviä ohjeistuksia oli useimmissa alueen terveyskeskuksissa. Ehkäisyä palveluita oli järjestetty eri tavoin, joko erillisessä yksikössä tai yleisterveydenhuollon osana. Pääsääntöisesti palveluiden laajuus vaihteli isojen ja pienten yksiköiden välillä. Laadullisesta näkökulmasta terveysasemat saivat kiitosta esimerkiksi lyhyistä jonotusajoista ehkäisyneuvontaan sekä vastaanottoaikojen riittävästä pituudesta. Kritiikkiä annettiin seksuaaliterveyden ammattilaisten puutteesta sekä nuorten erityistarpeiden huomiotta jättämisestä. (Sannisto 2011, 12, 136—162.)

Suomalaisten seksuaaliterveydentilaa on myös tutkittu. Kosusen (2004) mukaan suurin osa suomalaisista nuorista aloittaa aktiivisen sukupuolielämän suhteellisen myöhään. Ehkäisyvälineiden käyttö on lisääntynyt kiitettävästi viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Raskauden ehkäisy on pääsääntöisesti parantunut, kun sukupuolitautilien ehkäisy on heikentynyt. Ehkäisyn kattavuudessa on vielä parantamisen varaa, mutta sen

lisäämiseksi tarvitaan seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliterveyspalveluiden kehittämistä (Kosunen 2004, 58.) Sanniston (2011) mukaan suomalaisten nuorten klamydiatartuntojen ja aborttien lukumäärät ovat kasvaneet 1990-luvulta alkaen. Asiakastytymättömyydestä kertovat tutkimustulokset, joiden mukaan raskaudenkeskeytyksen vuoksi terveyskeskuksen vastaanottoajan saaminen on hankalaa, eikä terveysasemalta saa tarvittavaa henkistä tukea raskaudenkeskeytyksen jälkeen (Sannisto 2011, 16).

3.2 Irakilaisten maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyteen vaikuttavia tekijöitä

Irakissa on käyty useita sotia viimeisen 30 vuoden aikana. Paljon ihmishenkiä vaatineet taistelut ovat verottaneet kansasta työikäisiä miehiä, ja monet naiset ovat jääneet leskiksi (Helsingin sanomat 2012). Taloudelliset ja sotilaalliset pakotteet ovat johtaneet levottomuuksiin eri puolilla maata. Levottomuudet puolestaan ovat johtaneet suuriin pakolaislukuihin. Kaikki opinnäytetyötä varten haastattelemani naiset olivat lähteneet pakoon kotimaansa epävakaa tilannetta.

Kehitysnäkökulmasta katsottuna lukutaidottomuus oli Irakissa vuonna 2011 yleistä, lapsi- ja äitiyskuolleisuusluvut suurehkoja ja puhtaan veden saanti rajoitettua. Terveystieteiden tutkimukset asukasta kohden olivat 36-kertaisesti suurempia Suomessa kuin Irakissa. Irakin levoton poliittinen tilanne on johtanut irakilaisten maahanmuuttajien määrän lisääntymiseen Suomessa ja muualla maailmassa. Suomeen saapuvat irakilaiset ovat kasvaneet oman maansa poliittisessa, kulttuurisessa ja uskonnollisessa ympäristössä, ja heidän elämänarvonsa perustuvat niihin. Suurin osa irakilaisista kuuluu etniseltä ryhmältään arabeihin ja islamin uskontoon (Ulkoministeriö 2011).

Yksilön mahdollisuuksia Irakissa saattavat kaventaa sotatilan ja pakolaisuuden aiheuttama yhteiskunnallinen epätasa-arvo, köyhyys ja koulutuksen puute sekä [Type text]

uskonnon aiheuttamat rajoitukset. Nämä rajoitukset ovat jättäneet jälkensä nuoruutensa Irakissa asuneisiin naisiin. Koulutuksen- ja tiedonpuute, taloudelliset ongelmat ja naisten perinteinen asema suhteessa mieheen saattavat vaikuttaa perhe-elämään vielä Suomessakin. Koulutuksen puute ja suomen kielen ymmärtämättömyys vaikuttavat tiedon saantiin ja sen ymmärtämiseen. Taloudelliset ongelmat saattavat vaikuttaa ehkäisyvälineiden hankintaan, ja naisten asemalla on korvaamaton merkitys yksilön minuudelle ja itsemääräämisoikeudelle. Irakissa naisilla on enemmän oikeuksia kuin muissa Arabian niemimaan maissa, mutta pääsääntöisesti naisen asema islamilaisissa kulttuureissa on miehen asemaa huonompi. Nuoret tytöt saatetaan pakottaa nuorella iällä avioliittoihin. Naisen sosiaalinen arvo on perinteisesti ollut sidoksissa kykyyn synnyttää ja imettää lapsia. Harvat naiset käyvät töissä kodin ulkopuolella, suurin osa toimii kotivaimoina ja -äiteinä. Arabikulttuurissa äitiys nähdään korvaamattomana osana naiseutta. (Hallenberg 2008, s.78, 81, 84; Ulkoministeriö 2011; Ruotsala 2006; Kemp & Rasbridge 2004, 207).

Uskonnon merkitystä seksuaaliterveydestä huolehtimisessa ei voi olla korostamatta. Irakilaisista 97 % on muslimeita ja 3 % kuuluu kristinuskoon ja muihin uskontokuntiin (Ulkoministeriö 2011). Islam on monimuotoinen uskonto, jolla on vaihteleva määrä merkityksiä yksilöiden elämässä. Vaikka arkielämää säädelläänkin tiukasti pyhän kirjan oppien mukaan, islam jättää tilaa myös henkilökohtaisille tulkinnoille. Muslimien pyhässä kirjassa Koraanissa on uskonasioiden lisäksi ohjeita, jotka koskevat yksilön hygieniaa, sukupuolisuutta sekä yleistä yhteiskuntajärjestystä. Poliittisen lain lisäksi islamilaisissa kulttuureissa noudatetaan islamilaista lakia shari'aa, joka säätelee osaltaan perheeseen ja avioliittoon — ja siten myös seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen — liittyviä asioita. (Hallenberg 2008, s.76).

Islam vaikuttaa vahvasti irakilaisten terveyskäsitteisiin ja hoitotyön käytäntöihin (Kemp & Rasbridge 2004, 208). Uskonnolliset opit ohjaavat yksilön avioliittoa, lasten hankintaa ja seksuaalisuutta koskevia arvoja. Islamilaisuus ohjaa kulttuurin osana yksilön toimintaa. Esiaviollinen tai avioliiton ulkopuolinen seksi eivät ole muslimeille sallittuja. Lasten syntymä on jumalan lahja, mutta ehkäisyn käyttö on tarpeen mukaan

sallittua (Väestöliitto 2012, 13.) Sosiaalitieteilijöiden mukaan islamilaisten kulttuurien mies-nais-valta-asetelma vaikuttaa myös sukupuolten seksuaaliterveyteen: miehet tyydyttävät seksuaalisia tarpeitaan ja nauttivat siitä enemmän kuin naiset. Monissa kulttuureissa seksuaalikäyttäytyminen on vapaampaa miehille kuin naisille. Samaa sukupuolta olevien kumppaneiden parisuhteissa homosuhteet nähdään kuitenkin pahempana kuin lesbosuhteet. (Lottes 2000, s. 38.)

Arabialaisissa kulttuureissa alastomuudesta ja sukupuoliasioista keskusteleminen on tabu (Ulkoministeriö 2011). Oman sukupuoliryhmän sisällä käyttäydytään ja elehditään kuitenkin läheisesti ja henkilökohtaisistakin asioista — kuten seksuaalisuudesta — keskustellaan. Islamilaisissa maissa seksuaalisuuden käsitteen alle kuuluvat kaikki toisillensa vieraiden naisten ja miesten kontaktit, ja seksuaalisten jännitteiden rakentumista pyritään välttämään esimerkiksi sukupuolille suunnatuilla liikennevälineillä ja konservatiivisella pukeutumisella. Koraani kehottaa naisia pukeutumaan peittävästi, mutta länsimaalainen kulttuuri vaikuttaa osaltaan erityisesti nuorten naisten pukeutumiseen isoissa kaupungeissa. Alastomuus on sallittua vain aviopuolisoiden kesken. (Hallenberg 2008, 81—82; Ulkoministeriö 2011.)

Pidättyväisyys tulee terveyspalveluissa esiin esimerkiksi lääkärintarkastuksissa. Pääsääntöisesti lääkärintarkastuksen tekijän tulisi edustaa samaa sukupuolta kuin tutkittavan. Uskontoon liittyvät paastot saattavat vaikuttaa ruokailutapoihin sekä lääkkeiden ottamiseen tai niistä kieltäytymiseen. Osa ihmisistä saattaa myös kieltäytyä lääketieteellisestä hoidosta uskontoon vedoten. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä kulttuurisia ilmiöitä on esimerkiksi se, että sukulaisnaiset hoivaavat raskaana olevaa naista enemmän kuin kättilöt, ja useimmat synnytykset tapahtuvat kotioloissa. Useimmat poikalapset ympärileikataan muutaman päivän ikäisinä. Irakissa ehkäisyvälineiden käyttö on etenkin harvempaan asutuilla alueilla vähäistä eikä abortteja sallita: niitä pidetään puuttumisena Jumalan tahtoon (Kemp & Rasbridge 2004, 209.) Yksityiskohtaisia tilastoja esimerkiksi maahanmuuttajien Suomessa tekemistä raskaudenkeskeytyksistä ei ole mahdollista saada. Terveiden ja Hyvinvoinnin

[Type text]

laitoksen tilastojen mukaan vuonna 2010 Suomessa tehtiin kaikkiaan 10 242 raskaudenkeskeytystä (THL 2012).

Hyvään naisten asemaan ja seksuaaliterveyteen liittyviä asioita ovat vähäinen militarismi sekä tasa-arvo perheissä ja yhteiskunnassa. Naisten seksuaaliterveyttä voitaisiin välillisesti parantaa koulutuksella, lisäämällä poliittista aktiivisuutta lisäämisellä sekä verkostoitumalla. Kansainvälisissä vertailuissa on todettu, että naisten vallankäyttömahdollisuuksilla on suuri yhteys heidän seksuaaliterveyteensä. Esimerkiksi Pohjoismaat ovat edelläkävijämaita seksuaaliterveyden saralla, koska kansalaisilla on oikeus aborttiin, perhesuunnittelupalveluihin, koulutukseen ja median välittämään informaatioon seksuaalisuudesta. (Lottes 2000, 39—40.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata irakilaisten maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyskäsitteitä, niihin vaikuttavia tekijöitä sekä seksuaaliterveyden edistämistarpeita. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää seksuaaliterveyskasvatusta ja seksuaaliterveyspalveluiden toteuttamista ja niistä tiedottamista maahanmuuttajanaisten keskuudessa Suomessa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten irakilaiset maahanmuuttajanaiset kuvaavat seksuaaliterveyttä?
2. Millainen on heidän käsityksensä seksuaaliterveyteen liittyvistä tekijöistä?
3. Minkälaisia seksuaaliterveyden edistämistarpeita heillä on?

4.2 Tutkimusympäristön ja tutkimushenkilöiden kuvaus

Oppimis- ja tutkimusympäristönä tässä opinnäytetyössä toimi Chili: tieto ja sosiaalinen integraatio työ- ja oppimisnäkyjen mahdollistajana Euroopan sosiaalirahaston hanke 2009—2011. Hanke jatkuu alustavista suunnitelmista poiketen kevään 2012 loppuun asti. Maahanmuuttajanaيسille suunnatun hankkeen tarkoituksena on integroida yksilöitä suomalaiseen yhteiskuntaan tukemalla sosiaalista vahvistumista ja kotoutumista. Käytännössä maahanmuuttajanaiset pääsevät osallistumaan vuoden mittaisille kieli- ja

[Type text]

kotoutumiskursseille, joilla vahvistetaan heidän kykyjään omaan elämään kuuluvien asioiden hoidossa sekä lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämässä. Sovaki-kurssien (sosiaalinen vahvistaminen ja kieli) lisäksi maahanmuuttajanaisilla on mahdollisuus osallistua vertaistukitoimintaan, jossa heille tarjotaan tietoa oman asuinalueen palveluista (Chillari 2012). Tukea opinnäytetyön tekemiseen ovat tarjonneet myös Diakonia-ammattikorkeakoulu ja opinnäytetyön ohjaajat.

Haastatteluympäristönä toimivat työelämän yhteistyökumppanin ryhmätilat Mellunmäen seurakuntakeskuksessa sekä Kontulan lähiöasemalla. Haastattelutiloina käytettiin kokoushuoneita, joissa ei ollut taustahälyä eikä muita häiriötekijöitä. Haastateltavat haastateltiin yksitellen, ja kolmessa haastattelussa käytettiin apuna arabian kielen tulkkia. Tulkkina toimi yksi Chili-projektin työntekijöistä.

Haastateltavat olivat Chili: tieto ja sosiaalinen integraatio työ- ja oppimisenäköjen mahdollistajana Euroopan sosiaalirahaston hankkeen 2009—2011 asiakkaita ja työntekijöitä. He olivat Irakista Suomeen muuttaneita maahanmuuttajanaisia. Iältään he olivat 36—49-vuotitaita. Kaikki haastateltavat olivat asuneet Suomessa jo useita vuosia, keskimäärin noin 9 vuotta. Kaikilla haastateltavilla oli lapsia. Koulutustaustat vaihtelivat peruskoulusta ammatilliseen ja yliopistokoulutukseen. Osa haastateltavista puhui sujuvaa suomea, osan kanssa jouduttiin käyttämään arabian kielen tulkkia.

Haastattelemani henkilöt edustivat samaa etnistä alkuperää, ja olivat kaikki varttuneet entisen kotimaansa kulttuuriympäristössä. Heistä ei kuitenkaan voida puhua heterogeenisenä ryhmänä, koska he eivät edustaneet samaa uskontokuntaa eivätkä jakaneet samaa kieltä, koulutustaustaa tai poliittista näkemystä. Haastatteluihin he olivat sopivia sukupuolensa, ikänsä, synnyinmaansa ja perusteltujen näkemystensä perusteella (kaikilla oli kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä).

Opinnäytetyön aihe löytyi Diakin aihevälityksestä syksyllä 2010. Projektissa oli tarjolla

vaihtoehtoja sekä sosionomeille että sairaanhoitajille. En päässyt reflektoimaan aihettani opinnäytetyö-ryhmätapaamisissa, koska käytettävät kerrat olivat menneet aikaisemmin aloitetun opinnäytetyön kehittämiseen. Tein aiheesta alustavaa suunnitelmapaperia ja otin yhteyttä Chili-projektin päällikköön Else Kruskopfiin. Opinnäytetyön tarkka aihe kohdentui tapaamisessani Else Kruskopfin kanssa marraskuussa 2010. Työn tarve nousi Chili-projektista. Aiheen kiinnostavuutta lisäsi se, ettei aiheesta ole tehty vastaavia suomalaisia tutkimuksia.

Olin itse kiinnostunut seksuaaliterveydestä ja halusin opinnäytetyöhöni kansainvälistä aspektia. Opinnäytetyön suppean luonteen vuoksi päädyimme valitsemaan kohderyhmäksi irakilaiset maahanmuuttajanaiset, koska heitä oli ryhmässä runsaasti. Näin saisin tarvitsemani kokoisen haastatteluaineiston. Osallistuin opinnäytetyön työstämisen ohella Sovaki- ja vertaistukiryhmän tapaamiseen.

Tein yhdessä työelämän yhteistyökumppanin edustajan sekä koulun edustajan kanssa sopimuksen opinnäytetyön toteuttamisesta. Tutkimusluvan sain suullisesti Chili-projektin päälliköltä Else Kruskopfiltä, ja hänen mukaansa tutkimusta varten ei tarvittu muita lupia. Opinnäytetyön aiheen rajauduttua aloin rakentaa teoreettista viitekehystä ja perehtyä tutkimus- sekä analyysimenetelmään.

Hankkeen puitteissa on tehty useita opinnäytetöitä. Sosiaali-alan opiskelijat ovat tutkineet maahanmuuttajanaisten taustoja sekä maahanmuuttajanaisten kokemuksia kieli- ja kotoutumiskursseista (Häihälä 2011, Tuovinen 2010). Projektissa on tehty myös toinen opinnäytetyö, joka liittyy maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyteen. Toiminnallisen opinnäytetyön aiheena oli pitää kurssin yhteydessä kolme luentoa naisten seksuaaliterveydestä (Malmi ja Rouvinen 2011.) Opinnäytetyö on auttanut ryhmän maahanmuuttajanaisia orientoitumaan seksuaaliterveyden ja naistentautien teemoihin. He ovat saaneet uutta asianmukaista seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa. Mahdollisesti toiminnalliset ryhmät ovat myös helpottaneet seksuaaliterveydestä

[Type text]

puhumista.

Tämä opinnäytetyö antaa projektille tietoa irakilaisten maahanmuuttajanaisten käsityksistä seksuaaliterveydestä. Vuonna 2009 alkanut Chili-projekti alkaa lähennellä loppuaan. Opinnäytetyön tuloksia voidaan kuitenkin käyttää hyväksi suunniteltaessa seuraavaa vastaavanlaista projektia. Seuraavaa projektia luotaessa voisi olla ajankohtaista miettiä, onko asiakasryhmällä tarvetta esimerkiksi seksuaaliterveyskasvatukselle tai neuvonnalle seksuaaliterveyspalveluista. Mahdollisuudet kyseiselle toiminnalle olivat olemassa ainakin Chili 2009—2011 -projektin toiminnassa. Opinnäytetyön esiin nostamaa tietoa voivat myös hyödyntää maahanmuuttajien seksuaaliterveyspalveluita tuottavissa yksiköissä toimivat hoitotyöntekijät ja muut maahanmuuttajanaisten kanssa työskentelevät henkilöt.

4.3 Tutkimusmenetelmä ja tutkimusaineiston keruu

Opinnäytetyö perustuu laadulliseen tutkimukseen. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohdetta on tarkoitus tutkia mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja todellista elämää kuvaten. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48). Tutkimushenkilöiden kokemuksiin perustuvalla tutkimuksella on luonteenomaista, että siihen vaikuttavat useat eri tekijät. Laadulliset tutkimukset nostavat pinnalle tietoa, joka on jo koettu, mutta jota ei ole tieteellisesti ilmaistu (Aaltola & Valli 2007, 33).

Toisin kuin määrällisissä tutkimuksissa, laadullinen tutkimus ei tähtää tilastollisiin yleistyksiin. Sen sijaan niissä pyritään esimerkiksi kuvaamaan jotain ilmiötä, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Tutkimushenkilöiden vaatimukseen kuuluu, että heillä on tietoa tai omakohtaista kokemusta tutkimusongelmasta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 152–155.)

Haastateltavat valittiin tähän tutkimukseen sukupuolensa, synnyinmaansa ja ikänsä perusteella, vaikka Chili-projektin ryhmästä löytyi usean eri kansalaisuuden edustajia. Haastateltavien ryhmä oli irakilaisista koostuneena homogeenisempi, ja sen tuottamia tuloksia oli helpompi analysoida esimerkiksi kulttuurinäkökulmasta lähtien. Voitiin olettaa, että tutkimushenkilöillä on omakohtaista kokemusta tutkimusongelmasta, sillä kaikilla haastateltavilla oli lapsia. Kaikilla heillä oli kokemusta seksuaalisesta kanssakäymisestä ja mahdollisesti raskaudenaikaisesta seksuaaliterveydenhoidosta. He olivat oman kulttuurinsa asiantuntijoita. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa yksilöiden tietoja ja käsityksiä seksuaaliterveydestä, ei osoittaa niitä oikeiksi tai vääriksi. Tutkimuksen tuloksissa pyrittiin ymmärtämään haastateltavien näkökulmaa seksuaaliterveydestä, siihen liittyvistä tekijöistä sekä seksuaaliterveyspalveluiden kehittämistarpeista.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja apuna käytettiin naispuolista arabian kielen tulkkia. Tulkki oli yksi Chili-projektin työntekijöistä. Tulkkia käytettiin kolmen haastateltavan omien toiveiden mukaan. He halusivat ymmärtää tutkimuskysymykset kunnolla. Ennen haastattelujen aloittamista keskustelin tulkin kanssa käytännön järjestelyistä ja haastattelujen etenemisestä haastatteluajatauluja sopiessa. Varasimme kahta suomenkielistä haastattelua enemmän aikaa haastatteluille, joissa käytin tulkkia. Tulkki antoi kaikille haastateltaville tiedot siitä, mihin he olivat osallistumassa ja pyysi suulliset luvat haastatteluille. Painotin tulkille, että kysymykset tulisi käydä läpi yksi kerrallaan ensin arabiaksi, sitten suomeksi. Tulkin käytön ja tulosten arvioinnin hankaluutta lisäsi sekin, että tulkin oma äidinkieli ei myöskään ollut suomi. Käyttäessäni tulkkia haastattelut sujuivat nopeammin ja väärinymmärrysten riski pieneni. Haastateltavat saattoivat myös puhua avoimemmin omalla äidinkielellään. Toisaalta kolmannen osapuolen käyttö saattoi vaikuttaa viestien sisältöön, jolloin ei välttämättä saatu avoimia vastauksia.

Aineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla kattavan kuvan saamiseksi haastateltavien seksuaaliterveyteen liittyvistä käsityksistä. Teemahaastattelussa haastatteliija käy

[Type text]

haastateltavan kanssa läpi etukäteen päätetyt teema-alueet ennen haastattelujen aloittamista. Teemahaastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Teema-alueet toimivat jokaisen haastattelun tukilistana, joka sovelletaan yksilöllisesti haastattelutilanteessa (Eskola & Suoranta 1998, 87.) Teemahaastattelu tuo tutkittavien äänen kuuluviin, koska vastaukset eivät ole sidottuja valittuihin vastausvaihtoehtoihin. Teemahaastattelun avulla voidaan tutkia kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. Tämä aineistonkeruumenetelmä on myös käyttökelpoinen tutkittaessa arkoja ja vaikeita aiheita. Teemahaastattelua nimitetään myös puolistrukturoiduksi haastattelumenetelmäksi. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47–48.) Oman haastattelurunkoni teemat ovat 1. seksuaaliterveys, 2. seksuaaliterveyteen vaikuttavat tekijät ja 3. seksuaaliterveyden edistämistarpeet (Liite 2). Haastateltavat pääsivät tutustumaan haastattelukysymyksiin vasta haastattelutilanteessa (Liite 3). Teemat ovat syntyneet aikaisemman tutkimustiedon perusteella. Teoriaosassa on eritelty tutkimuksia, jotka liittyvät seksuaaliterveyteen sekä irakilaiseen kulttuuriin. Teoriatiedon pohjalta on päädytty kolmeen toisiaan täydentävään teemaan; seksuaaliterveyden määrittelyyn, seksuaaliterveyskäsityksiin liittyvien tekijöiden määrittelyyn sekä kehitystoiveisiin siitä, minkälaista seksuaaliterveydenhoitoa irakilaiset maahanmuuttajanaiset Suomessa haluaisivat. Aluksi on tärkeää määrittellä, miten haastateltavat ymmärtävät tutkittavan ilmiön ja siihen vaikuttavat tekijät. Sen jälkeen on mahdollista pohtia, miten ilmiöön liittyvää toimintaa voidaan lähteä kehittämään.

Haastattelut nauhoitettiin, litteroitiin ja analysoitiin, ja nauhoitteet tuhottiin käytön jälkeen haastateltavien anonymiteetin takaamiseksi.

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Opinnäytetyön sisällönanalyysi tehtiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysin tavoitteena on saada aineisto ilmaistua

selkeästi, tuottaa mielekästä tekstiä ja etsiä inhimillisiä merkityksiä tekstistä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 104.) Tässä opinnäytetyössä analyysiä ohjaavat seuraavat teemat; teema 1: miten irakilaiset maahanmuuttajanaiset kuvaavat seksuaaliterveyttä, teema 2: millainen on heidän käsityksensä seksuaaliterveyteen liittyvistä tekijöistä ja teema 3: minkälaisia seksuaaliterveyden edistämistarpeita heillä on.

Analysoitaessa haastatteluaineistoa tutkijan on päätettävä, etsiikö hän tekstistä ilmisisältöä, vai etsiikö hän aineistosta myös piilossa olevia viestejä. Sisällönanalyysissä rakennetaan malleja, joilla tutkittava ilmiö käsitteellistetään tiivistettyyn muotoon, esimerkiksi kuvioon (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3—5). Tässä opinnäytetyössä joudun ilmisisällön lisäksi etsimään myös piilotettuja viestejä kahdesta syystä. Ensiksikin tulkin puhuma suomen kieli on osittain puutteellista, jolloin joudun tekemään omaa tulkintaa vastauksista. Toiseksi haastattelutuloksiin vaikuttaa teemojen arkaluonteisuus, jolloin asioista saatetaan puhua suoria ilmaisuja kauniimmin.

Sisällönanalyysi tarkoittaa pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009; 95, 99, 106.) Sisällönanalyysin kolme päävaihetta ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Aukikirjoitetut haastattelut käydään läpi yksi kerrallaan, useampaan kertaan. Tekstistä poimitaan ensin karkeasti teemat, sen jälkeen tarkemmin ne tekstikohdat, joissa teemaa käsitellään (Eskola & Suoranta 1998, 155). Induktiivista sisällönanalyysiä ohjaa analyysiyksikkö, tässä tapauksessa tutkimustehtävinäkin esiintyvät teemat. Analyysiprosessi etenee aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn kautta abstrahointiin, jossa tutkittava ilmiö pyritään havainnollistamaan yksinkertaisessa muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5—6.)

Analyysin alkuvaihe ei vielä sisällä tulkintaa, koska haastattelumateriaali on ensin saatava tutkimuskysymysten kannalta tarkoituksenmukaiseen muotoon. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto analysoidaan mielekkäiksi, tutkimuskysymyksiin kohdentavaksi

[Type text]

kokonaisuuksiksi, joista tulkinta lopulta johdetaan (Eskola & Suoranta 1998, 138, 151). Opinnäytetyön teemat ohjasivat merkitysten etsimistä aineistosta. Tässä vaiheessa purin haastateltavien vastauksia haastatteluteemojen alle ja etsin niistä yhtäläisyyksiä ja eroja. Kasasin aineistosta listoja, joihin kokosin haastateltavien vastauksia kunkin teeman ja sen kysymysten mukaisesti. Kyngäs ja Vanhanen (1999) puhuvat pesulistoista tai tarkistuslistoista. Tämä on ensimmäinen vaihe muodostettaessa kategorioita. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5—6.)

Alkuperäisiä haastatteluiden ilmaisuja tiivistetään, yhdistetään ja pilkotaan osiin. Pelkistäminen tarkoittaa olennaisten asioiden löytämistä aineistosta, ja toimintaa ohjaavat opinnäytetyön tutkimustehtävät. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alaluokiksi, jotka nimetään niiden sisältöä kuvaavalla nimellä. Alaluokat yhdistetään samankaltaisuuden mukaan teemojen sisällä ja niistä muodostetaan yläluokkia. Pääluokkina toimivat valmiit teemat, joiden alle ala- ja yläluokat ryhmitellään. Pääluokat muodostavat teoreettisia ja kokoavia käsitteitä. Olennaista sisällönanalyysissä on myös se, kuinka monta kertaa haastatteluissa on puhuttu samasta teemasta (Tuomi & Sarajärvi 2009; 93, 101, 109-111.)

Tässä opinnäytetyössä haastattelun strukturina toimivat haastatteluteemat. Luin aineiston litteroinnin jälkeen useaan kertaan ja tein merkintöjä haastattelumateriaaliin. Vastaukset olivat useiden kysymysten kohdalla vaihtelevia ja haastateltujen kulttuurierot olivat havaittavissa vastauksista. Keräsin annetuista, teemojen alaisista vastauksista listat erillisille papereille. Kustakin teemasta tuli noin 1 sivun verran vastauksia. Esimerkiksi ensimmäisen teeman kohdalla etsin tutkimusaineistosta määritelmiä termeille seksuaalisuus ja seksuaaliterveys. Vastausten purkamista ohjasivat kolme haastattelukysymystä. Nämä kolme teemaa muodostivat myös tulososan kuvioissa ilmenevät pääluokat. Kokosin vastauksista listoja, joista laadin alakategoriat ja yläkategoriat. Ne muodostivat omat hierarkkiset suhteensa pääluokkien alle. Rakensin kustakin teemasta oman kuvionsa, jotka löytyvät tämän opinnäytetyön liitteistä (Liite 4, Liite 5, Liite 6).

Esimerkiksi analysoidessani vastauksia teeman 1 sisällä, etsin aineistosta määritelmiä termeille 'seksuaalisuus' ja 'seksuaaliterveys'. Teeman 2 kohdalla aineistosta nousi haastateltavien näkemyksiä haastattelukysymysten esiin nostamista seksuaaliterveyskäsitteisiin vaikuttavista tekijöistä ja niiden suhteista toisiinsa. Teemaan 3 annetut vastaukset liittyvät vahvasti molempiin edellisiin teemoihin, koska seksuaaliterveyden hahmottamisen ja seksuaaliterveyspalveluiden käytön välillä on yhteys. Koska kyse on tutkimushenkilöiden henkilökohtaisista näkemyksistä, ei ”oikeita” vastauksia kysymyksiin ole olemassa. Oikeita vastauksia ovat juuri ne, mitä haastateltavat ovat minulle kertoneet. Teemojen sisällä ilmeni myös vastauksia kysymyksiin, joita en varsinaisesti kysynyt.

Analyysin tuloksena syntyy malli, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai kategoriat. Käsitekartta tai kuvio havainnollistaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitteitä, niiden hierarkiaa ja suhteita toisiinsa. Havainnollistamisen lisäksi kategorioita avataan, eli sisältö kuvataan sanoin. Kuvauksessa on mahdollista käyttää aineistosta suoria lainauksia tutkimushenkilöiden anonyymiteetti huomioon ottaen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5, 10.) Tämän opinnäytetyön aineistosta on rakennettu kuviot havainnollistamaan tutkimustulosten suhteita toisiinsa. Kuviot kuvaavat kukin omaa tutkimuskysymystään. Kuvioihin on kuvattu laskevassa järjestyksessä pääluokat (haastattelukysymykset), alakategoriat (haastateltavien vastauksista nousseet asiat) sekä yläluokat (yhteenveto alakategorioista). Tulokset esitetään kolmessa erillisessä kuviossa ja ne avataan tulokset-kohdassa. Kuvioihin ei ollut mahdollista mahduttaa kaikkia mahdollisia vastauksia, siksi tulos-osan tekstissä esiintyy tietoa, jota kuvioissa ei ole nähtävissä. Luotettavuuden lisäämiseksi käytän tulosten esittämiseksi myös suoria lainauksia aineistosta.

[Type text]

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset on esitetty kuvioissa 1, 2 ja 3, jotka löytyvät tämän työn liitteistä (Liite 4, Liite 5 & Liite 6). Tuloksia on tarkasteltu induktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti teema kerrallaan (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7). Seuraavassa kuvataan sanallisesti kuvioiden sisältöä ja merkityksiä.

5.1 Seksuaalisuuden ja seksuaaliterveyden määrittely

KUVIO 1: Miten irakilaiset maahanmuuttajanaiset kuvaavat seksuaaliterveyttä: seksuaalisuus, seksuaaliterveys ja kokemukset omasta seksuaaliterveydestä

Seksuaalisuuden merkitys koettiin suureksi yksilöiden elämässä. Se nähtiin konkreettisesti biologisesta näkökulmasta: naisten ja miesten yhtymisenä ja edellytyksenä sukupolvien kehittymiselle. Irakilaisessa kulttuurissa seksuaalisuudella on haastateltavien mielestä positiivinen leima. Se nähdään normaalina kanssakäymisenä heteroavioparien elämässä.

Seksuaaliterveyttä määriteltiin eri tavoin. Kaikki haastateltavat kokivat omasta intiimihygieniastaan huolehtimisen erittäin tärkeänä seksuaaliterveyttä edistävänä tekijänä. Seksuaaliterveyden ongelmat nähtiin fyysisinä ongelmina, esimerkiksi tulehduksina. Seksin harrastaminen säännöllisesti nähtiin terveenä toimintana. Haastatteluissa nousi esiin myös sukupuolitautilien ehkäisyn näkökulma siinä merkityksessä, että seksiä tulisi harrastaa vain aviopuolisoiden kesken. Seksuaaliterveyden merkitys ihmisen eri elämänvaiheissa nähtiin tärkeänä. Seksuaalisuus alkaa lapsuudesta ja jatkuu vanhuuteen, ja siksi

seksuaaliterveydenhoitoon tulisi panostaa yksilön koko elämän ajan. Kaikissa haastatteluissa nousi esiin seksuaaliterveyden suhde lisääntymisterveyteen; seksuaaliterveys liittyy naisten näkökulmasta raskauksiin ja synnyttämiseen.

Haastateltavat kertoivat omista ongelmistaan seksuaaliterveytensä suhteen. Haastatteluissa puhuttiin tulehduksista, ehkäisyn merkityksestä, sukupuolitaudeista, raskauksista ja perhesuunnittelusta. Pääsääntöisesti haastateltavat kokivat seksuaaliterveyden ongelmat fyysisiksi ongelmiksi. Haastatteluissa ei noussut esiin seksuaaliterveyden suhde yksilön seksuaali-identiteettiin. Haastatteluissa ilmeni, että haastateltavien mielestä seksuaaliterveydenhoidon päävastuu kuuluu yksilölle itselleen.

”Hän sanoi seksuaaliterveys tarkoittaa, että ensimmäisenä hygienia ja puhdistaminen on tosi tärkeää. Ja toinen asia on, ei saa harrastaa seksiä avioliiton ulkopuolella. Koska silloin tulee hiv, taudit, naistentaudit. Se on vaarallista.”

Haastatteluissa tuli esiin asianmukaisen tiedon merkitys seksuaaliterveydenhoidon edellytyksenä. Yksilön on käytettävä tietoa hyväkseen, pelkkä asioiden omaksuminen ei riitä. Mieliala ja henkinen itsenäisyys nähtiin merkityksellisenä osana seksuaaliterveyttä.

Haastatteluissa nousi esiin, että tietynlaiset seksuaaliset aktit koettiin epäterveinä. Ehkäisyn ei koettu vaikuttavan seksuaalisuuteen. Haastattelussa mainittiin seksuaaliterveyteen liittyvät konkreettiset hoidot kuten mammografia, papa-koe sekä raskaus- ja synnytyshoidot, joita Suomessa on tarjolla.

Seksuaaliterveydenhoidon merkitys nousi esiin silloin, kun haastateltavat kokivat ongelmia oman vartalonsa tai seksin harrastamisen kanssa. Silloin katsottiin

[Type text]

tarpeelliseksi mennä lääkärille ja selvittää asia. Vain pieni osa haastatelluista nosti esiin sukupuolitautien ehkäisemisen näkökulman. Seksi nähtiin osana avioliiton sisäistä elämää, ja lapset sen tarkoituksena. Neitsyyden arvostus on korkeampaa islamilaisissa maissa ja se ilmeni haastatteluissa ajatuksina seksuaalisesta kanssakäymisestä vasta avioliitossa.

”Mutta kun mä kysyin ehkäisystä, että onko sulla ehkäisyä koettu. Hän sanoi ei, se on auki aina. Heillä ei ole koskaan se perhesuunnitelma, hän haluaa joka, tulee jos on valmis. Koska hän haluaa. Varmaan se kuuluu uskonnolle. Mutta he, he haluavat lapsia.”

Seksuaaliterveyttä määritellessään haastateltavat eivät maininneet ennalta ehkäisevän hoidon merkitystä yksilön seksuaaliterveydelle. Omat tiedot seksuaaliterveydestä koettiin vähäisiksi. Suomessa tietoa saatiin pääasiassa neuvolasta ja omalta terveysasemalta. Haastatteluissa ilmeni, että irakilaiset maahanmuuttajanaiset saavat seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa pääasiassa ollessaan jo raskaana tai lasten syntymän jälkeen. Tietoa saadaan pääasiassa neuvolassa tai sukupuolitautien hoitoa omalta terveysasemalta oireiden ilmettyä. Osa kertoi etsivänsä tietoa myös kirjallisista lähteistä ja internetistä. Seksuaaliterveydestä keskustellaan jossain määrin myös oman aviopuolison kanssa. Ennalta ehkäisevä seksuaaliterveydenhoito, kun sitä verrataan oireiden perusteella toteutettavaan seksuaaliterveydenhoitoon, on vähäistä. Osalla haastatelluista oli negatiivisia seksuaaliterveyteen liittyviä kokemuksia kotimaassa: itselle sopimattomista ehkäisymenetelmistä, laittomista aborteista, seksuaalisesta häirinnästä sekä väkivallasta. Haastatteluissa mainittiin, että heidän nuoruudessaan Irakissa ei ollut hyviä seksuaaliterveydenhoidon ammattilaisia, joilta olisi voinut saada tietoa ja apua.

”Mä olin silloin, mikä se on... lukiossa. Mutta se, meillä oli puuttu kaikki asiat, mitä se kuuluu seksuaalisuus. Tämä koulussa kuuluu seksi, ja mitäs nainen kypsyy ja mitäs jos tulee kuukautiset.... Heti opettaja laittoi, käänti paperin näin ja sanoi: ”ei tarvi”.”

5.2 Seksuaaliterveyteen liittyvät tekijät

KUVIO 2. 2. Millainen on heidän käsityksensä seksuaaliterveyteen liittyvistä tekijöistä: kulttuuri, seksuaalikasvatus kotimaassa, uskonto, naisen rooli kotimaassa, seksuaaliterveyteen liittyvän tiedon hankkiminen Suomessa sekä seksuaaliterveyteen vaikuttavat tekijät Suomessa.

Seksuaaliterveyteen liittyvillä psykososiaalisilla ja kulttuuritekijöillä oli tutkimusaineiston mukaan suuri merkitys seksuaaliterveyskäsitysten muodostuksessa ja seksuaaliterveyden hoidossa. Haastateltavat kertoivat häpeän tunteiden liittyvän naisen väärin tekoihin kotimaassa. Häpeä liitettiin naisen käytökseen kaikilta osin, mutta sillä on erityinen merkitys seksuaalisuuteen liittyvien tekijöiden suhteen. Haastatteluissa mainittiin kunniamurhan ja -väkivallan mahdollisuus, jos nainen osoittaa tottelemattomuutta miestä kohtaan. Aviorikos naisen tekemänä nähtiin vakavampana kuin miehen tekemänä. Miehillä koettiin olevan enemmän vapauksia — niin seksuaalisuudessa kuin muillakin elämänalueilla — kuin naisella. Osa naisista toi esiin kokemuksensa seksuaalisesta häirinnästä ja siihen liittyvistä negatiivisista tunteista.

Naisen rooli Irakissa koettiin yksimielisesti kotona pysytteleväksi kasvattajaksi, vaikka erilaisiakin rooleja saattaa joskus esiintyä. Miehet nähtiin perheen elättäjinä ja päätöksentekijöinä. Naisten rooliin perheessä nähtiin liittyvän kasvatus sekä koulutuksen määrä, jolla oli merkitystä työelämässä menestymisen kanssa. Haastateltavat nostivat esiin sen, että nämä ovat heidän tietojaan siltä ajalta, kun he ovat vielä asuneet Irakissa. Ajat — ja yhteiskunnan arvot ja normit — ovat muuttuneet, ja tänä päivänä naisten rooli voi olla hyvin erilainen.

” Ja mä hirveesti... tämä kulttuurissa, mitä mä inhonnut koko elämäni on häpeä. Sana häpeä, aina loukkaa. Häpeä aina tytölle, ei koskaan pojalle. Älä laita sun hiukset kauniisti, kun se on häpeä. Älä laita hyvä, kaunis pukea, koska se on häpeä. Älä mene [Type text]

osallistumaan yhteiskunnan tapahtumiin, katsomaan teatteria, elokuvia, se on häpeä.”

Haastatteluissa ilmeni, että haastateltavien mielestä uskonto syyllistää naisia ja johtaa näin puutteellisiin tietoihin seksuaaliterveydestä. Kaikilla haastateltavilla oli islamilainen tausta. Osa oli kääntynyt ateisteiksi muutettuaan pois Irakista. Uskonnon vaikutus naisten rooliin yhteiskunnan ja perheen jäsenenä koettiin valtavaksi. Islamin uskonto luo vahvat normit seksuaaliselle kanssakäymiselle. Islam on peruste harrastaa seksiä, sillä lisääntyminen nähdään ihmisen tarkoitukseksi. Seksuaalisuus ja seksin harrastaminen nähdään jyrkästi vain avioliittoon kuuluvaksi toiminnoiksi. Uskontoon liittyvä paasto rajoittaa seksin harrastamista. Lisäksi islamin uskonnossa on rajoittavia sääntöjä esimerkiksi raskaudenkeskeytyksistä ja yksilön seksuaalisesta suuntautumisesta. Ehkäisykeinot koetaan uskonnon näkökulmasta sallituiksi, mutta toisaalta on perusteltua hankkia niin monta lasta kuin luoja suo.

”Seksuaalisuus, kun hän menee harrastamaan seksiä miehen kanssa, hän tekee uskonnon perusteella.”

”Miksi esimerkiksi naisille on tärkeä tämä... pieni limakalvo.. immekalvo, jos se menee rikki se on tosi iso häpeä. Kunniamurha tulee sitä kautta.”

Seksuaalikasvatusta oli saatu kotimaassa hyvin vähän tai ei ollenkaan. Vähäisen seksuaalikasvatuksen syyksi esitettiin, että opettajallekin on häpeä puhua tällaisesta aiheesta. Vain yhdellä haastatelluista oli ollut jonkinasteista seksuaalikasvatusta perheessä ja yhdellä koulussa. Muut olivat saaneet tietoa perheeltään, ystäviltään, aviopuolisoiltaan tai terveydenhuollon ammattilaisilta. Lisäksi osa oli lukenut aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, mutta sen käsiinsä saaminen oli hankalaa. Tietoa oli saatu myös opetusvideoilta ja neuvolasta. Tiedonlähteiden määrä ei ollut haastateltavien aikaan yhtä suuri kuin nykyään. Esimerkiksi internet-lähteiden käyttäminen oli siihen aikaan hankalaa. Luetun tiedon vähäiseen määrään liittyyneen varmasti myös haastateltavien

erilaiset koulutusasteet.

”Hänen veljen vaimo puhui joskus seksuaalisuudesta. Mutta hänellä ei ollut mitään kasvatuksessa tietoa seksuaalisuudesta, seksuaalikasvatuksesta tietoa. Kotona ei, ei puhuttu. Ei kukaan kertonu hänelle mistään seksuaalisuudesta, ei mistään. Kun hän meni naimisiin hänellä ei ollut mitään tietoa seksuaalisuudesta. Hänellä ei ollut, koska hänen luku- ja kirjoitustaito ei ollut hyvä.”

Häpeän ja nolouden tunteet liittyvät seksuaalisuudesta puhumiseen kotimaassa. Aiheella on tabun luonne irakilaisessa yhteiskunnassa. Kuten jo todettiin, vain osalla haastateltavista oli ollut puhetta seksuaalisuudesta perheen piirissä ja osalla koulussa. Tabu-luonteen vuoksi seksuaaliterveydestä löytyvän tiedon määrä Irakissa koettiin vähäiseksi, ja hankalaksi hankkia.

Kysyttäessä haastateltavien omaa arviota heidän tietomäärästään koskien ehkäisyä, sukupuolitauteja, naisten roolia, naistentauteja, seksuaalista väkivaltaa, seksuaalisuuteen liittyviä tabuja, seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa ja sen hankkimista sekä oman seksuaalisuuden kokemista, osa haastatelluista koki tietomääränsä suureksi kaikilla edellä mainituilla osa-alueilla. Eniten tietoa haastatelluilla oli ehkäisystä, naisen roolista, seksuaalisuuteen liittyvistä tabuista sekä oman seksuaaliterveyden kokemisesta. Vähiten tietoa heillä oli mielestään sukupuolitaudeista ja seksuaalisuuteen liittyvistä naistentaudeista.

Seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa haastateltavat kokevat saavansa Suomessa neuvolasta, terveysasemalta, apteekista, lehdistä, kirjoista ja internetistä sekä Chiliryhmän kokoontumisissa pidetyistä luennoista. Osa haastateltavista mainitsi tietolähteikseen suoran kontaktin terveydenhuollon ammattilaisiin, eli neuvolan, terveysaseman tai apteekin työntekijöihin. Osan mielestä ensisijainen lähde

[Type text]

seksuaaliterveyteen liittyvälle tiedolle oli lehdet tai internet. Yksimielisesti haastateltavat olivat sitä mieltä, että seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa on helppoa saada Suomessa.

”Jos hän tarvitsee tietoa, hän ottaa yhteyttä terveysasemaan. Tai apteekissa kysyy paljon minkälainen lääke on hyvä. Sellaista esimerkiksi ehkäisy, hän kysyi apteekista. Kyllä hän tietää, mutta jos tarvitsee tietoa joku tietty aiheesta esimerkiksi naistentaudeista, hän tarkistaa tietokoneesta, netistä, mutta omalla äidinkielellä.”

Kielimuuri itsen ja terveydenhuollon henkilöstön välillä koettiin hankaloittavaksi tekijäksi seksuaaliterveydenhoidossa. Tärkeä seksuaaliterveydenhoitoon liittyvä asia osalle haastatelluista oli tulkin tarve käytettäessä terveyspalveluita Suomessa. Irakilaisten maahanmuuttajien määrä on verraten pieni Suomessa, ja tulkkina käytetään usein maahanmuuttajataustaista yksilöä, jolla ei välttämättä ole tulkin tutkintoa. Joskus sattuu niin, että potilaana oleva ihminen tuntee tulkkina toimivan ihmisen. Tuttavuussuhde vaikeuttaa olennaisesti intiimeistä asioista puhumista. Useat haastateltavat toivat myös esille, että jos lääkärin vastaanotolla on tarkoitus puhua intiimeistä asioista, tulkin pitäisi olla nainen. Lääkärin sukupuolella ei koettu olevan väliä.

Osa haastateltavista mainitsi ennalta ehkäisevät palvelut seksuaaliterveydenhoidossa. Osan mielestä seksuaaliterveyttä tulisi hoitaa oireiden mukaan. Yleisimmiksi seksuaaliterveyden ongelmiksi mainittiin tulehdukset. Seksuaaliterveydenhoito Suomessa koettiin hankalaksi kielimuurin lisäksi myös siitä syystä, että haastateltavien mielestä heidän tietonsa seksuaaliterveyspalveluista olivat riittämättömiä.

”Ja kun me asutaan Suomessa, meidän täytyy tietää tämmösistä palveluista.”

Koulutuksen- ja tiedonpuute, taloudelliset ongelmat ja naisten perinteinen asema suhteessa mieheen saattavat vaikuttaa perhe-elämään vielä Suomessakin. Tiedonpuute ja suomen kielen taidottomuus koettiin hankaloittavina tekijöinä seksuaaliterveydenhoidossa ja siihen liittyvän tiedon etsimisessä. Vain osa haastateltavista mainitsi naisten aseman vaikuttavana tekijänä seksuaaliterveydenhoidossa. Samassa yhteydessä nousi esiin myös maahanmuuttajien tarve integroitua suomalaiseen yhteiskuntaan oman seksuaali- ja muunkin terveytensä edistämiseksi.

5.3 Seksuaaliterveyteen liittyvät edistämistarpeet

KUVIO 3. Minkälaisia seksuaaliterveyden edistämistarpeita irakilaisilla maahanmuuttajanasilla on; seksuaaliterveyden ongelmien syy, kokemukset seksuaaliterveydenhoidosta kotimaassa ja Suomessa ja seksuaaliterveydenhoitoon liittyvät toiveet Suomessa.

Seksuaaliterveyden ongelmat katsottiin johtuviksi ujoudesta tai seksuaalisuuteen liittyvistä peloista, seksuaaliterveyspalveluiden tarjontaan liittyvästä epätietoisuudesta, liian vapaasta seksuaalisesta ilmapiiristä Suomessa, oman uskonnon asettamista normeista, omaan kulttuuriin ja kasvatukseen sekä naisten rooliin liittyvistä häpeän tunteista, miesten valtasuhteesta naiseen nähden sekä tiedon huomiotta jättämisestä. Avioliiton ulkopuolisen seksin katsottiin aiheuttavan seksuaaliterveysongelmia ja se tuomittiin. Äitinä oleminen oli tärkeää kaikille tutkimushenkilöille. Kaikki kokivat omien lastensa seksuaaliterveyden edistämisen tärkeäksi. Koulussa annettava seksuaaliterveyskasvatus koettiin hyväksi, mutta toiveena oli, että tyttöjä ja poikia opetettaisiin erikseen. Kaikki haastateltavat nostivat esiin halunsa puhua seksuaaliterveydestä lastensa kanssa, kun he ovat sopivassa iässä. Kotimaan kulttuurisääntöjen noudattaminen koettiin vahvaksi vielä Suomessakin.

[Type text]

”Suomessa on kyllä paljon tämä seksuaaliterveyden ongelmat. Kun Suomi on vapaa maa, ja ihmiset... Tai kun tyttö ja poika ne menevät harrastaa seksiä, heillä ei ole mitään heidän keskenään joku sopimus. He ei esimerkiksi, he eivät antaa lupa toiselle, että ei mene toisille harrastaa seksiä. Ne menevät toisille helposti ja tauti tulee toiselle, jos joku ongelmia, seksuaaliongelmia tai sairauksia.”

Haastateltavilla oli vaihtelevasti kokemuksia seksuaaliterveydenhoidosta kotimaassaan ja Suomessa. Aineiston mukaan haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että seksuaaliterveyspalvelut ovat parempia Suomessa kuin silloisessa Irakissa. Kotimaassa seksuaaliterveydenhoito oli vähäistä puutteellisten seksuaaliterveyspalveluiden vuoksi. Suomessa seksuaaliterveydenhoitoa hankaloittaviksi tekijöiksi mainittiin kielimuuri ja tietämättömyys palveluista. Seksuaaliterveyspalveluiden käyttöön liittyy myös haastateltavien tietomäärä seksuaaliterveydestä yleensä. Hoitoa on myös vaikeaa etsiä ilman asianmukaista tietoa esimerkiksi sukupuolitaudeista ja niiden aiheuttamista oireista.

”Monet eivät tiedä omasta seksuaalisuudestaan yhtään mitään. Siksi kannattaa Suomen viranomaiset miettiä, miten me voidaan vaikuttaa ja kohottaa heidän tietoa seksuaalisuudesta. Maahanmuuttajanaisten seksuaalisuudesta. Ja tulkin mukana se on ensimmäinen tärkeä asia, tulkki mukana. Tulkin kanssa.”

Seksuaaliterveyspalvelut — niiltä osin kuin haastateltavat niitä Suomessa tunsivat — koettiin kattaviksi ja hyviksi. Ongelmia tuottivat joskus suomen kielellä annetun terveysneuvonnan ymmärtäminen sekä tiedon sisältö. Haastateltavat toivoivat, että seksuaaliterveyskasvatusta olisi mahdollista toteuttaa heidän omalla äidinkielellään. Tulkin käyttöä seksuaaliterveyspalveluissa ehdotettiin. Seksuaaliterveyskasvatuksen tueksi toivottiin esitteitä, mielellään sellaisia, joissa olisi myös havainnollistavia kuvia. Palvelurakenteen esittelemisen sekä matalan kynnyksen palveluiden kysyntä

korostuivat vastauksissa. Myös miesten toivottiin osallistuvan seksuaaliterveydestä huolehtimiseen enemmän.

” Se mikä minun mielestä edistä tämä asia, tämä moniste tai vertaisryhmä. Tai uskalla puhua vaan oma asioista. Me naiset ihan tosi vaikea uskalla puhua. Ei rohkeutta äitinä puhua oma seksuaalisuudesta. Se on tosi tärkeä.”

[Type text]

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Yhteenveto ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksiin vedoten voidaan todeta, että irakilaiset maahanmuuttajanaiset kokevat omat tietonsa seksuaaliterveydestä vähäisiksi. Tietojen vähäisyys johtunee vähäisestä seksuaalikasvatuksesta ja aiheen arkaluontoisuudesta irakilaisessa yhteiskunnassa. Tässä työssä voidaan olettaa, että tutkimushenkilöiden kokemuksiin vaikuttavat kotimaan kulttuurinen ja sosiaalinen ympäristö, uskonto sekä koulutustaso, kuten teoriaosassakin todettiin (Hallenberg 2008, s.78, 81, 84; Kemp & Rasbridge 2004, 207). Tutkimustuloksiin voivat vaikuttaa myös haastateltujen suomen kielen taidot ja halu puhua kyseisestä teemasta (Hallenberg 2008, 81—82; Ulkoministeriö 2011). On myös syytä todeta, että haastateltavien kokemukset ja näkemykset — kuten myös tutkimustulokset — kertovat ajasta, jolloin he ovat olleet nuoria naisia. Niinpä opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää hyväksi suunniteltaessa tai toteutettaessa seksuaaliterveyspalveluita irakilaisille nuorille aikuisille tai keski-ikäisille maahanmuuttajanaisille.

Haastateltavien kuva seksuaalisuudesta ja seksuaaliterveydestä on suppeampi kuin länsimaalainen kuva. Teoriaosan mukaan länsimaissa seksuaalisuus nähdään niin biologisesta, anatomisesta, psykologisesta kuin sosiaalisestakin ulottuvuudesta (Virtanen 2001, 17—20, 37). Haastatteluissa kukaan ei tuonut ilmi seksuaalisuuden merkitystä osana persoonallisuutta tai miestä ja naista yhdistävänä voimavarana. Seksuaalisuus nähtiin puhtaasti biologisesta näkökulmasta. Haastatteluissa ei myöskään noussut esiin erilaisia seksuaalisia identiteettejä, vaikkakin homous tuomittiin jyrkästi. Seksuaalisuuteen liittyvien mielikuvien ja tiedon vähäisyyden voidaan arvioida johtuvan vähäisen seksuaalikasvatuksen lisäksi yhteiskunnan jyrkästä suhtautumisesta aiheeseen. Toisaalta aiheen arkaluonteisuuden vuoksi voidaan myös pohtia, kertoivatko haastateltavat avoimesti kokemuksistaan ja käsityksistään. Irakissa seksuaalisuus ei ole millään tavoin esillä mediassa tai ihmisten käytöksessä julkisilla paikoilla.

Ulkoministeriön (2011) mukaan seksuaalisuudesta puhumisella Irakissa on tabun luonne.

Seksuaaliterveyttä ei suurin sanoin liitetty sukupuolitautilien ehkäisyyn tai niiden hoitoon, perhesuunnitteluun, raskauteen, raskaudenkeskeytyksiin tai seksuaaliseen väkivaltaan. Asian ilmaisematta jättämisen voidaan arvioida johtuvan joko siitä, että haastateltavat eivät koe kyseisiä teemoja itselleen ajankohtaisiksi, tai heillä ei ole tietoa niiden suhteesta seksuaaliterveyteen.

Seksuaaliterveydenhoidossa tärkeimmäksi asiaksi koettiin huolehtia henkilökohtaisesta hygieniasta ja toiseksi tulehduksista. Haastateltavien vastauksista oli todettavissa oireita hoitava näkökulma, ennaltaehkäisyä ei tunnistettu. Ehkäisykäytännöistä puhuttaessa haastateltavat toivat esiin raskauden ehkäisyn näkökulman, mutta harvempi mainitsi sukupuolitautilien ehkäisyä. Osa totesi tietonsa sukupuolitaudeista vähäisiksi. Irakilaisten tilastotietojen mukaan hälyttävän vähäisellä osalla irakilaisista naisista on tietoa HIV-viruksesta ja muista sukupuolitaudeista (Iraq family health survey report 2006/7, 2—3). Osa ei nähnyt syytä ehkäisylle, vaan halusi mahdollisimman monta lasta. Osan mielestä miehet ovat haluttomia käyttämään ehkäisyä (kondomia). Seksuaaliterveydenhoito määriteltiin aineistossa elinikäiseksi prosessiksi, ja omahoidon merkitys korostui. Vastauksista oli kuitenkin havaittavissa lisääntymisterveyden korostunut näkökulma; monet aiheet nostivat esiin raskauden ja lasten saannin näkökulman. Lisääntymisterveys on haastatelluille ajankohtainen aihe heidän ikänsä ja elämäntilanteensa puolesta. Kuten teoriaosassakin mainittiin, seksuaali- ja lisääntymisterveys ovat toisiaan täydentäviä termejä, joilla on osin samoja tavoitteita ja tehtäviä (Sannisto 2011, 19; Kosunen 2006, 7).

Seksuaaliterveyteen vaikuttavista tekijöistä vahvimmiten koettiin oma kulttuuri sekä uskonnon merkitys. Seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ei puhuta perheessä ennen [Type text]

naimisiin menoa, vaan vasta silloin, kun se on ajankohtaista. Osa haastateltavista oli saanut tietoa vain omalta puolisoiltaan. Seksuaalisuudesta puhumiseen liitettiin häpeä. Häpeä liittyy myös naisen rooliin niin, että kunniallisesti käyttäytyvä nainen ei aiheuta häpeää perheelleen. Kunniallisen naisen käytökseen kuuluu pysyä neitsytenä avioliittoon asti sekä harrastaa seksiä vain oman aviopuolison kanssa. Pääsääntöisesti sukupuolitautien ehkäisy nähtiin myös johtuvaksi yksiavioisuudesta eikä ehkäisyvälineistä. Opinnäytetyön tulokset ovat näiltä osin vahvasti teoriaosan kaltaiset: naisen rooli ja sen merkitys, vallankäyttömahdollisuudet sekä vähäiset tiedot seksuaalisuudesta ovat yhteneviä aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Hallenberg 2008, 78, 81, 84; Lottes 2000, 38—40; Väestöliitto 2012, 13).

Haastateltavilla oli eri määrä tietoa seksuaaliterveydestä. Seksuaaliterveyteen liittyvillä tiedoilla näytti olevan yhteys koulutustasoon. Koulutuksen merkitys osoittautui samanlaiseksi kuin aiemmissa tutkimuksissa: korkeammin koulutetuilla on enemmän tietoa seksuaaliterveydestä kuin vähemmän koulutetuilla (Kosunen 2006, 8—9; Virtala 2007, 10—12). Osa haastatelluista pystyi esimerkiksi mainitsemaan seksuaalisuuden koko elämän pituisena kehitysprosessina, mainitsemaan Suomessa toteutettavat papakoe-, mammografia-, synnytys- ja raskauspalvelut sekä osoittamaan tietonsa matalan kynnyksen palveluista hyväksi. Tämä osoittaa mielestäni sen, että seksuaaliterveyspalveluiden tarve on yhtenäistenkin ryhmien sisällä yksilöllinen. Ei voida yleistää irakilaisia maahanmuuttajanaisia koskevaa tietoa koskemaan koko ryhmää, sillä kaikki haastateltavat ovat oman historiansa muokkaamia yksilöitä. Seksuaaliterveyspalveluiden tarve on erilainen monesta eri syystä: haastateltavilla on eri elämäntilanteet, eri koulutustausta ja eri määrä tietoa. Lisäksi he edustavat eri uskontokuntia sekä puhuvat eri kieliä.

Koulutusasteen lisäksi sosioekonomisia tekijöitä tutkimushenkilöiden elämässä ovat siviilisääty ja lasten lukumäärä. Suurin osa haastateltavista eli haastatteluhetkellä avioliitossa. Koulutusasteet vaihtelivat tutkimushenkilöiden keskuudessa paljon.

Kaikilla tutkimushenkilöillä oli yksi tai useampia lapsia. Tutkimusten mukaan seksuaalikäyttäytymistä säätelevät sukupuolielämän aloitusikä, seksipartnereiden määrä ja ehkäisymenetelmät (Regushevskaya 2009, 7—8, 13, 46). Kaikki tutkimushenkilöt antoivat ymmärtää, että he olivat aloittaneet seksuaalisen elämän vasta avioliitossa. Ehkäisymenetelmistä oli vaihtelevasti kokemuksia. Pääsääntöisesti ehkäisyyn suhtauduttiin positiivisesti, mutta vain osa oli halukas käyttämään sitä jatkuvasti.

Seksuaaliterveyspalveluihin liittyvät toiveet Suomessa liitettiin seksuaalikasvatukseen omalla äidinkielellä ja vahvasti materiaaleilla havainnollistaen. Miesten osallistaminen seksuaaliterveyspalveluista koettiin myös tärkeäksi. Seksuaaliterveyspalveluissa asioiminen koettiin muuten helpoksi, mutta miespuolisen tulkin käyttö intiimien asioiden hoidossa koettiin vaivaannuttavaksi. Osan mielestä heillä ei ollut riittävästi tietoa seksuaaliterveyspalveluista Suomessa. Teoriaosassa todettiin, että maahanmuuttajilla on ryhmänä vähemmän tietoa terveyspalveluista ja he käyttävät terveyspalveluita vähemmän kuin kantaväestö (Apter, Eskola, Säävälä ja Kettu 2009, 6, 8, 10). Haastatteluissa ilmeni, että osan mielestä Suomessa vallitsee liian vapaa seksuaalinen ilmapiiri, joka ilmenee esimerkiksi esiaviollisena seksinä. Uskonnon merkitys osoittautui aineistossa vahvemaksi, kuin haastateltavat varsinaisesti antoivat ymmärtää. Islam vaikutti ja vaikuttaa monen haastateltavan elämässä vieläkin. Osa oli eronnut uskonnosta Suomeen muutettuaan siihen liittyvien rajoitusten vuoksi.

Haastateltavat nostivat esiin huolensa nuorten seksuaaliterveydestä ja seksuaalikasvatuksesta. Nuorten ja nuorten aikuisten seksuaaliterveyttä on tutkittu monista näkökulmista, ja nuoret ovat ilman muuta seksuaaliterveyskasvatuksen tärkein kohderyhmä kokemattomuutensa ja seksuaalisten riskinottojensa vuoksi. Mutta ei voida unohtaa yksilöitä, jotka eivät ole saaneet seksuaaliterveyskasvatusta nuoruudessaan. Heillä ei välttämättä ole riittäviä edellytyksiä huolehtia omasta seksuaaliterveydestään, eivätkä he pysty jakamaan asianmukaista tietoa jälkeläisilleen.

[Type text]

Teoriaosassa mainittiin, että koulutus, poliittinen aktiivisuus ja verkostoituminen parantavat naisten seksuaaliterveyttä (Lottes 2000, 39—40). Vallankäyttömahdollisuuksilla on suuri yhteys naisten seksuaaliterveyteen. Chilin kaltaiset projektit ovat hyvä keino tutustua suomalaiseen yhteiskuntaan ja mahdollisesti työelämään. Chili-projekti tarjoaa myös koulutusmahdollisuuksia erilaisista aiheista kuten seksuaaliterveydestä ja terveydenhuollon palveluista. Naisten aseman parantaminen riippuu paljolti naisista itsestään. Suomalainen yhteiskunta voi tarjota tietoa vallankäytöstä ja perherooleista sekä puuttua esimerkiksi väkivaltatapauksiin, mutta muutoksen täytyy lähteä naisista itsestään. Seksuaaliterveydenhoidon kannalta olisi olennaista, että palveluista tiedotettaisiin kattavasti ja että ne vastaisivat kunkin asiakasryhmän tarpeisiin.

Suomalaisten seksuaaliterveys on kehittynyt yhdensuuntaisesti haastattelutulosten kanssa. Samalla kun raskaudenehkäisy on parantunut, on sukupuolitautilien ehkäisy heikentynyt (Kosunen 2004, 58). Tämä opinnäytetyö nosti esiin irakilaisen maahanmuuttajanaisten heikot sukupuolitauteihin liittyvät tiedot. Voidaan olettaa, että sukupuolitautilien ehkäisy tässä ryhmässä on vähäistä. Haastatteluissa useat mainitsivat ehkäisymenetelmät raskauden ehkäisyn välineinä, mutta sukupuolitaudit eivät juuri nousseet esille. Yhteenvedon voidaan todeta, että irakilaisilla maahanmuuttajanaisilla on omasta mielestään puutteelliset tiedot seksuaaliterveydestä ja sen hoidosta.

6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tehdäkseen eettisesti luotettavaa tutkimusta hoitoalan opiskelijan on tiedettävä eri tutkimusvaiheiden eettiset vaatimukset. Tutkimusvaiheisiin liittyviä eettisiä ongelmia ovat esimerkiksi tutkimusaiheen mielekäs ja innovatiivinen rajaus, tutkimuksen tietolähteisiin liittyvät valinnat, tutkimuksen aineistonkeruuseen liittyvät valinnat, tutkittavien ihmisten oikeudet ja kohtelu, tutkimusaineiston luotettavuuden arviointi ja pyrkimys tutkimustulosten realistiseen esittämiseen (Leino-Kilpi 2006, 284—293.) Tässä opinnäytetyössä hankaluuksia tuottivat alussa aiheen rajaus ja lopussa

tutkimustulosten realistinen esittäminen. Opinnäytetyöprosessin alussa oli hankalaa hahmottaa, miten aihe palvelisi sekä omia opintoja, että työelämän yhteistyökumppanin tarpeita. Tutkimusaineiston purkamiseen liittyy virhemahdollisuuksia, mutta kvalitatiivisen tutkimuksen luonteenomaisesti se kuvaa haastateltujen näkemyksiä tutkimusongelmasta niiltä osin, kuin ne ovat aineistosta esiin nousseet.

Kylmän ja Juvakan mukaan (2007) eettiset seikat ovat merkittäviä opinnäytetyö- ja tutkimusprosesseissa. Opinnäytetyön eettisyyden pohtiminen on ajankohtaista prosessin kaikissa vaiheissa. Tämän opinnäytetyön kohdalla eettistä pohdintaa aiheuttavat esimerkiksi tutkimuksen aiheen sensitiivisyys sekä tutkimushenkilöiden haavoittuvuus vähemmistöasemansa vuoksi. Eettisesti oikeita ratkaisuja tässä työssä ovat olleet esimerkiksi suullisen suostumuksen pyytäminen tutkimushenkilöiltä, anonymiteetin takaaminen kaikissa tutkimuksen vaiheissa, erityisesti tulosten esittämisessä sekä tutkimustulosten raportoiminen mahdollisimman objektiivisesti (Kylmä & Juvakka 2007, 137,143—145, 151, 154.)

Tässä opinnäytetyössä olen pyrkinyt etsimään itseäni kiinnostavan ja hoitotyötä perustellusti edistävän aiheen. Kyseisestä aiheesta ei ole tehty opinnäytetöitä eikä tutkimusta Suomessa. Tietolähteet sekä tutkimushenkilöt olen pyrkinyt etsimään luotettavien lähteiden kautta ja käyttämään molempia tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti. Tutkimussuhde itseni ja tutkittavien välillä oli ammatillinen, mutta useampien tapaamiskertojemme vuoksi myös tuttavallinen. Annoin kaikille tietoa opinnäytetyöstäni ja sen tarkoituksesta sekä pyysin kaikilta suullisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Analyysi on toteutettu kokonaisvaltaisesti koko aineistoa hyödyntäen ja tutkimustulokset esitetty objektiivisesti ja kattavasti.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden näkökulmista. Uskottavuudella tarkoitetaan tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa. Tämä tarkoittaa,

[Type text]

että tutkittavat pystyvät tunnistamaan itsensä tutkimustuloksista. Käytännössä se on tulosten esittämistä selkeästi ja perustellen, sekä tuotetun tiedon vertaamista aiempiin tutkimustuloksiin. Vahvistettavuuden arviointi liittyy prosessin kulun kirjaamiseen niin, että toinen tutkija kykenee seuraamaan prosessin etenemistä pääpiirteissään. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus ei ole yksiselitteistä, koska samasta aineistosta pystytään tuottamaan erilaisia tulkintoja. Reflektiivisyys on tutkijan omien lähtökohtien vaikutuksen peilaamista tutkimusprosessiin. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Luotettavuutta, niin kuin eettisiäkin seikkoja tulisi arvioida koko tutkimusprosessin ajan (Kylmä & Juvakka 2007, 127-130.)

Laadullisia tutkimuksia on mahdollista kritisoida liian pienistä aineistoista, subjektiivisuudesta sekä yleistettävyyden puutteesta, mutta nämä tekijät ovat korostuneempia kriteereitä määrällisen tutkimuksen piirissä. Laadullisen tutkimuksen luonteen mukaisesti tutkimuksen tavoitteena on kuitenkin osallistujien näkökulman ymmärtäminen eikä niinkään vastausten määrä (Kylmä & Juvakka 2007, 23, 133). Tässä opinnäytetyössä aineisto oli suhteellisen pieni, mutta sillä keinoin pystyin hallitsemaan sitä omien taitojeni mukaan. Subjektiivisyys riippuu aina tulkitsijasta ja siihen liittyy kyky reflektoida omaa toimintaa tutkimusprosessin etenemisessä. Omia valintoja on helpompi kritisoida jälkikäteen, kuten esimerkiksi tutkimusmetodin käyttöä pohtiessani. Tämä opinnäytetyö on yleistettävissä esimerkiksi jossain toisessa suomalaisessa kaupungissa tai toisen etnisen ryhmän kautta. Haastatellut yksilöt ovat kuitenkin aina uniikkeja persoonia, joiden vastaukset perustuvat yksilöllisiin kokemuksiin ja poikkeavat näin toisistaan. Myös eri tutkijoiden tulkinnat aineistosta saattavat poiketa toisistaan.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta on syytä arvioida ainakin seuraaviin aiheisiin liittyen: tulkin käyttö osassa tutkimusaineiston haastatteluja, asian arkaluonteisuus haastateltujen näkökulmasta, kysymysten johdattelevuus haastattelutilanteessa, tutkimus- ja analyysimenetelmän sopivuus kyseiseen tutkimukseen ja tutkijan tulkinta haastatteluvastauksista.

Käytin naispuolista arabian kielen tulkkia kolmessa haastattelussa haastateltavien toiveiden mukaisesti. Tulkin käytön tarkoituksena oli parantaa kommunikaatiota ja nopeuttaa haastatteluja. Tulkin käyttö mahdollisti kysymysten esittämisen terävin sanoin, ja mahdollisti vastausten ymmärtämisen kokonaisvaltaisemmin, kuin ilman tulkin käyttöä. Tulkin käyttöön liittyviä ongelmia ovat esimerkiksi kielivaikkeudet sekä aiheen arkaluonteisuus. Tulkin oma äidinkieli on kurdin kieli (ei siis haastattelu- eikä käännöskieli). Kieliongelmat ovat saattaneet vaikuttaa esimerkiksi suomenkielisten kysymysten ymmärtämiseen tai käännösten sanavalintoihin, jolloin viesti on saattanut muuttua alkuperäisestä. Tulkin puhuman suomen kielen ymmärrettävyys tutkijan näkökulmasta on saattanut vaikuttaa tutkimustuloksiin. Aiheen arkaluonteisuus on saattanut vaikuttaa haastateltujen haluun puhua asiasta, varsinkaan kolmannen osapuolen (tulkin) läsnä ollessa.

Haastattelujen apuna käytettiin kirjoitettuja kysymyslistoja. Listat olivat kaikille haastateltaville samat. Haastatteluista puuttui teemahaastatteluille ominainen keskusteleva muoto. Sellaisen ylläpitäminen olisi ollut hankalaa tulkin käyttö huomioon ottaen. Haastattelukysymysten esitysasu oli pyritty rakentamaan mahdollisimman yksinkertaiseksi molemminpuolisen ymmärryksen takaamiseksi. Osa kysymyksistä oli kuitenkin johdattelevia, jolloin haastattelut menettivät keskustelunomaista asetelmaansa, eikä vapaita ajatuksia välttämättä noussut niin paljon esille.

Teemahaastattelu sopi mielestäni tutkimusmenetelmäksi tähän tutkimukseen, koska tarkoituksena oli tuottaa yksilöiden kokemuksiin perustuvaa tietoa. Teemahaastattelu antoi strukturoitua haastattelumenetelmää vapaammat kädet toteuttaa tutkimusta. Haastatteluissa oli mahdollista edetä vapaassa järjestyksessä ja palata takaisin asioihin, jotka jäivät epäselviksi. Yksilöhaastattelut olivat tutkimushenkilöiden anonymiteetin takia hyvä keino hankkia aineistoa, mutta ryhmähaastattelu olisi saattanut myös toimia hyvin tämänkaltaisen aineiston hankinnassa. Ryhmässä haastateltavat olisivat saattaneet rohkaistua puhumaan asioista eri lailla. Ryhmähaastattelulla olisin saanut mahdollisesti [Type text]

monipuolisemman kuvan kyseisestä ilmiöstä. Toisaalta haastateltavista vain osan suomen kieli oli riittävän vahvaa haastattelujen käymiseksi suomen kielellä. Tässä mielessä yksilöhaastattelut sopivat paremmin. Ottaen huomioon asian arkaluonteisuuden, sain mielestäni kiitettävästi vastauksia kysymyksiini.

Pohtiessani tulosten luotettavuutta joudun miettimään myös analyysimenetelmän luotettavuutta ja sopivuutta tähän tutkimukseen. Sisällönanalyysi-menetelmää on kritisoitu siitä, että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti. Toinen ongelma liittyy menetelmän käyttöön ja sen hallitsemiseen luotettavien tutkimustulosten tuottamiseksi (Kynäs & Vanhanen 1999, 10.) Tämän opinnäytetyön kohdalla analyysi toteutuu vain itseni tekemänä, joka laskee osaltaan luotettavuutta. Analyysiä ohjaavat selkeästi valmiit teemat, mutta toki tulen tekemään omaa tulkintaa siitä, mihin kategoriaan mikäkin asia kuuluu. Objektiivisuutta vaikeuttaa aineiston puutteellinen kieliasu, joka johtuu haastateltavien kehittyvässä olevasta suomen kielen taidosta. Vastaavanlaisen tutkimuksen tekeminen ei ollut minulle entuudestaan tuttua, siksi on syytä myös kyseenalaistaa taitoni kyseisen analyysimenetelmän käytöstä. Olen kuitenkin käyttänyt kirjallisia lähteitä analyysiprojektini tukena, ja pyrkinyt objektiivisuuteen tutkimustulosten esittämisessä.

Induktiivisessa sisällönanalyysissä jouduin käyttämään hyväksi tietolähteitä, sillä tutkimusaineiston analysointi ei ollut minulle tuttua toimintaa. Voisin arvioida, että analyysin luotettavuutta lisää se, että analyysiä ohjasivat selkeät, ennalta määritellyt teemat. Toisaalta analyysin luotettavuutta saattaa heikentää se, että jouduin etsimään aineistosta ilmisisällön lisäksi myös piilotettuja viestejä. Aineiston luetun ymmärtämistä pohdin jo aiemmin. Laadullisen tutkimuksen kriteereistä; uskottavuudesta, vahvistettavuudesta, reflektiivisyydestä ja siirrettävyydestä pystyn itse arvioimaan vain reflektiivisyyttä.

6.3 Opinnäytetyön merkitys hoitotyön kannalta

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi kehitettäessä seksuaaliterveyskasvatusta ja seksuaaliterveyspalveluita Suomessa. Opinnäytetyö on aineistoltaan pieni, mutta joka tapauksessa varteen otettava tutkimus tietyn asiakasryhmän seksuaaliterveydenhoitoon liittyvistä tarpeista. Irakilaisten maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyskäsityksistä ei ole olemassa suomalaisia tutkimuksia. Materiaali on hyvää luettavaa esimerkiksi seksuaaliterveyspalveluissa toimiville hoitotyöntekijöille, Chili-projektin työntekijöille ja muille maahanmuuttajanaisten kanssa työskenteleville henkilöille. Opinnäytetyö auttaa ymmärtämään, minkälaisista olosuhteista irakilaiset maahanmuuttajanaiset tulevat ja minkälaisia seksuaaliterveyspalveluihin liittyviä tarpeita heillä on.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Chili-projektin työntekijä esitti opinnäytetyöprosessin aikana idean projektiluonteisesta opinnäytetyöstä, joka liittyisi maahanmuuttajanaisten seksuaaliterveyteen. Hän toivoi, että joku paneutuisi kyseisen asiakasryhmän tietoihin seksuaaliterveydestä ja kehittäisi aiheeseen liittyvän opas- tai sanakirjan. Tämä opinnäytetyö voi osaltaan vastata kysymykseen, minkälaiselle tiedolle maahanmuuttajanaيسille saattaisi olla tarvetta. Samasta aiheesta voisi tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, jonka tuloksena syntyisi seksuaaliterveyden kuva- tai sanakirja.

Seksuaaliterveyspalveluiden tarjonnan pitäisi olla yhdenvertaista kaikille Suomessa asuville henkilöille. Tästä tutkimuksesta voisi tehdä vertailevan opinnäytetyön jossakin muussa suomalaisessa kaupungissa tai mahdollisesti jotakin muuta spesifiä maahanmuuttajaryhmää tutkien. Opinnäytetyön tarkoituksena olisi siis kartoittaa esimerkiksi somalialaisten, venäläisten tai thaimaalalaisten maahanmuuttajanaisten

[Type text]

seksuaaliterveyskäsityksiä. Tämä opinnäytetyö nosti esiin irakilaisien miesten vähäisen osallisuuden seksuaaliterveydenhoidossa. Niinpä myös irakilaisien maahanmuuttajamiesten seksuaaliterveyskäsitysten kartoittaminen olisi mielestäni tärkeää.

6.5 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyö on ollut pitkä ja aikaa vievä prosessi. Aiheen muuttuminen kesken matkan oli minulle tärkeä tapahtuma, ja pääsin tutkimaan aihetta, josta olin aidosti kiinnostunut. Koin tutkimuksen tekemisen avartavaksi, mutta samalla erittäin haastavaksi kokemukseksi. Erityisen haastavaa oli tutkimusmenetelmän käyttö ensimmäistä kertaa.

Taitoja, joita opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt, ovat ajanhallinta-, tiedonhaun- ja luotettavuuden arvioinnin sekä yhteistyötaidot niin opponettien ja ohjaavan opettajan kuin työelämän yhteistyökumppaninkin kanssa. Opinnäytetyöprosessiin liittyvänä kehittämisehdotuksena toivoisin, että ennen opinnäytetyöprosessin alkua annettaisiin Tutkimus ja kehittäminen-opintokokonaisuuden kaltaista opetusta, jolloin tiedot olisivat tuoreeltaan käytössä.

Sairaanhoitajan kompetenssivaatimuksista opinnäytetyö on kehittänyt hoitotyön asiakkuus-, terveyden edistämisen- sekä ohjaus- ja opetusosaamista. Olen tavannut opinnäytetyön puitteissa vähemmistöryhmään kuuluvia henkilöitä, ja pohtinut heidän kykyään edistää omaa seksuaaliterveyttään sekä oman ammattikuntani roolia seksuaaliterveydenhoidon toteutuksessa. Opetusosaaminen kasvaa erityisesti opinnäytetyön julkaisuvaiheessa, kun työ esitetään seminaarissa.

Sairaanhoitajan yleisistä osaamisvaatimuksista ovat kehittyneet itsensä kehittäminen,

eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, kehittämistoiminnan osaaminen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen sekä kansainvälisyysosaaminen. Opinnäytetyöprosessi on kasvattanut omaan ammattitaitoon liittyvää reflektiivisyyttä. Sen myötä olen ollut vuorovaikutuksessa niin koulun ja työelämän yhteistyökumppanin kuin myös haastateltavien kanssa. Opinnäytetyön esittämiseen eri vaiheissa on liittynyt erilaisia viestintätyylejä, joiden käyttö on tullut tutuksi. Tiedon kriittiset arviointikyvyt ovat kehittyneet, ja olen saanut kokemusta projektiluonteisesta toiminnasta. Kansainvälisyysosaaminen on ollut yksi mielenkiinnon kohteistani opinnäytetyöprosessin alusta lähtien. Tutkimushenkilöiden maahanmuuttajatausta ja kielimuuri sekä kulttuurisääntöjen erilaisuus ovat avartaneet omaa maailmankatsomustani. Opinnäytetyön kansainvälinen näkökulma helpottanee tulevia asiakaskohtaamisiani maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa.

LÄHTEET

- Aahos, Jenni & Lehti, Heli 2009. Monikulttuuristen nuorten seksuaaliterveyden edistäminen terveydenhuollossa: kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus: Jyväskylä, 33.
- Abdelhamid, Pirkko; Juntunen, Anitta & Koskinen, Liisa 2009. Monikulttuurinen hoitotyö, 18—19.
- AIDS-tukikeskuksen verkkosivut 2012. Viitattu 5.2.2012.
<http://www.aidstukikeskus.fi/sivut/>
- Aknews: Kurdistan news agency 2012. Do Iraqi children need sex education? Viitattu 9.3.2012. <http://www.aknews.com/en/aknews/1/288231/>
- Apter, Dan; Eskola, Meri-Sisko; Säävälä, Minna & Kettu, Niina 2009. Väestöliitto: Toimintasuunnitelma 15.6.2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, 3—19, 20, 25.
- Chillari 2012. Chili, tieto ja sosiaalinen integraatio työ- ja oppimisnäkyjen mahdollistajana ESR hanke 2009-2011-verkkosivut. Viitattu 5.2.2012.
<http://www.chillari.fi/>
- Degni, F. 2004. The social and cultural determinants of the use of contraception among married Somali women living in Finland. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 148. Helsinki: STAKES.
- DIAK 2012. Harjoittelussa oppimisen tavoitteet ja arviointi, liitteet. Liite 1: Sairaanhoitajan kompetenssit eli osaamisvaatimukset. Viitattu 8.3.2012.
www.diak.fi/files/diak/Harjoittelu/arvioinninliitteet_hoitoty.doc
- Eräkangas-Alanära, Hanna; Hyppönen, Saija & Paananen, Kaija 2008. Tyttöjen Talo kolmannen sektorin toimijana seksuaaliterveyden edistämässä. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.

- Eshetu, Krista 2011. Poikien seksuaaliterveyden edistämisen haasteet peruskoulussa ja terveydenhuollossa. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino. s. 87, 138, 151, 155.
- Frantti-Malinen, Ulla 2004. Kosunen, Elise & Ritamo, Maija (toim.)teoksessa Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Tietoa ja tukea seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuuluvalla. Stakesin raportti 282. Gummerus Kirjapaino Oy: Saarijärvi. s.104.
- Hallenberg, Helena 2008. Brusila, Pirkko (toim.) teoksessa Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Seksuaalisuus islamin maissa. Otava: Keuruu 2008. s. 76, 78, 80-82, 84, 86.
- Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Helsingin sanomien verkkosivut 2012. Viitattu 19.1.2012.
<http://www.hs.fi/ulkomaat/Iraakin+sodat+j%C3%A4ttiv%C3%A4t+ainakin+miljoona+naista+leskeksi/a1305551549377>.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus. s. 47–48, 152–155.
- Häihälä, Johanna 2011. Chili-hankkeen maahanmuuttajanaisten moninaiset taustat. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hämäläinen-Kebede, Seija 2003. Maahanmuuttajien terveyden edistäminen esimerkkinä kurdipakolaiset. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 19.1.2012. s.8
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12330/G0000303.pdf?sequence=1>
- Iraq family health survey 2006/7. Viitattu 9.3.2012. s.18-22.
- [Type text]

http://www.emro.who.int/iraq/pdf/ifhs_report_en.pdf

Kansanterveyslaki. 1972/66 muutoksineen.

Kemp, Charles & Rasbridge, Lance 2004. Refugee and immigrant health: a handbook for health professionals. University Press: Cambridge, United Kingdom. s. 207, 208-209.

Kiuru, Sirkka ja Ylitalo, Päivi 2011. Naisten seksuaaliterveyden edistäminen vastaanottokeskuksessa. Opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta.

Kosunen, Elise 2004. Kosunen, Elise & Ritamo, Maija (toim.)teoksessa Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. Stakesin raportti 282. Gummerus Kirjapaino Oy: Saarijärvi. s. 58.

Kosunen, Elise 2006. Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa: muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Stakes 2006. s. 7, 9, 10, 12, 58.

Kruskopf, Else 2010. Haastattelu Chili-hankkeen tiloissa Mellunmäen seurakuntakeskuksessa 11.10.2010.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. 8 Eettiset kysymykset. Edita: Helsinki. s. 23, 127-130, 133, 137, 143-145, 151, 154.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/-99. S. 3-5, 7-9,10.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785 muutoksineen.

Leininger, Madeleine 1991. Culture care diversity and universality. New York: National league for nursing. s.43.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2004. Etiikka hoitotyössä. Terveiden edistämisen etiikka. Werner Söderström Osakeyhtiö: Juva. s. 160-161, 284-293.

Lottes, Ilsa 2000. Kontula, Osmo & Lottes, Ilsa (toim.) teoksessa Seksuaaliterveys

Suomessa. 1. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen & 2.

Seksuaaliterveyden yhteiskunnallinen malli. Tammi: Tampere 2000. s. 20, 22, 37, 38-40.

Maahanmuuttovirasto 2012. Ulkomaalaiset Suomessa kansalaisuuksittain 2011. Viitattu 8.3.2012.

http://www.migri.fi/download/25355_Suomessa_asuvat_ulkomaalaiset_2011.pdf

Makkonen, Katri & Kosunen, Elise 2004. Kosunen, Elise & Ritamo, Maija (toim.)teoksessa Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Nuorten seksuaaliterveyspalvelujen erityispiirteitä. Stakesin raportti 282. Gummerus Kirjapaino Oy: Saarijärvi. s. 85-89.

Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. Osoitteessa <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/84/abstract> . BMC Public Health 9:84.

Malmi, Katri ja Rouvinen, Maria 2011. Teemaryhmät maahanmuuttajanaيسille: seksuaaliterveyden edistäminen. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak-Etelä, Helsinki.

Martikainen-Ata, Tuula & Vesivalo, Tanja 2009. Maahanmuuttajanuorten seksuaalikasvatus Helsingissä. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Matziou, Vasiliki; Brokalaki, Hero; Perdikaris, Pantelis; Petsios, Konstantinos; Gymnopoulou, Elpida & Galanis, Petros 2009. Greek students' knowledge and sources of information regarding sex education. International Nursing review, Volume 56, Issue 3. s. 358

Meripihka, Hertta 2010. Terveystenhoitajan rooli seksuaaliterveyden edistäjänä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu.

Regushevskaya, Elena 2009. Abortions and sexually transmitted infections among

[Type text]

women in St. Petersburg in the early 2000s. Comparison by population based surveys in Estonia and Finland. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. s. 7-8, 13, 46.

Ruotsala, Pia 2006. Ovi arabiäitien maailmaan. Pakolainen 3/2006, s.29.

Sannisto, Tuire 2011. Seksuaaliterveyspalvelut terveystieteissä.

Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. s. 15-16, 18-19-20, 24-25, 30, 32.

Setä ry 2012. Järjestön verkkosivut. Viitattu 5.2.2012. <http://www.seta.fi/>

Sisäasiainministeriö, Maahanmuutto-osasto. Tilastokatsaus 2009. Viitattu 23.9.2010.

<http://www.migri.fi/download.asp?id=Maahanmuuton+vuosikatsaus+2009;2007;{BFD5E49E-A1D0-4FE3-9E98-9D019F780E2E}>

Taavela, Raija 2006. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen

perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. s. 21-24.

Terveyden ja hyvinvoinnin liiton verkkosivut 2012. Maamu 2010-2012-hanke. Viitattu

5.2.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=22101

Terveyden ja hyvinvoinnin liitto (THL) 2012. Suomen virallinen tilasto (SVT):

Raskaudenkeskeytykset [verkkójulkaisu]. Helsinki. Viitattu: 9.3.2012.

<http://www.stat.fi/til/raskesk/index.html>.

Tiilikainen, M. 2003. Arjen Islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Tampere:

Vastapaino.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.

Helsinki: Tammi. s. 93, 95, 99, 101, 104, 106, 109-111.

Tuovinen, Tiina 2010. Maahanmuuttajanaisten kokemuksia kieli- ja

kotoutumiskursseista. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak-Etelä, Helsinki.

Ulkoministeriö 2012. Maatiedosto Irak. Yhteiskunta, kulttuuri ja media. Viitattu

19.1.2012.

[http://formin.finland.fi/Public/default.aspx?nodeid=17601&contentlan=1
&culture=fi-FI](http://formin.finland.fi/Public/default.aspx?nodeid=17601&contentlan=1&culture=fi-FI)

Varila, Aino & Timonen, Mira 2011. SAA KYSYÄ: seksuaalikasvatustuokiot maahanmuuttajatytöille ja -pojille. Opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

WHO 1946. Constitution. Geneva. WHO.

Virtala, Aira 2007. Family planning among university students in Finland. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. s.10-12.

Virtanen, Jukka 2007. Kliininen seksologia. Helsinki: WSOY. s.17-20.

Väestöliitto 2009. Toimintasuunnitelma maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi. Verkkojulkaisu. Viitattu 9.3.2012.
[http://vaestoliitto-fi-
bin.directo.fi/@Bin/da51c5b5c110fec1cbbc41b1d560c48e/1331823798/ap
plication/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/da51c5b5c110fec1cbbc41b1d560c48e/1331823798/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf)

[Type text]

Liite 1: Tutkimustiedote

TIEDOTE HAASTATELTAVILLE HENKILÖILLE

Olen sairaanhoitajaopiskelija Diakonia-ammattikorkeakoulun Diak-Etelä Helsingin toimipaikasta. Teen opinnäytetyötä Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Chili-projektissa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata, minkälaisia käsityksiä irakilaisilla maahanmuuttajanaisilla on seksuaaliterveydestä.

Pyydän kohteliaimmin, että voisin haastatella teitä opinnäytetyötäni varten helmikuussa 2012. Haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna ja apuna käytetään tulkkia (projektityöntekijä Ala Saeed). Haastattelut pohjautuvat kolmeen seksuaaliterveyteen liittyvään teema-alueeseen. Haastattelu kestää noin 1 tunnin. Haastattelu nauhoitetaan luvallanne. Haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti. Kukaan haastatelluista henkilöistä ei ole tunnistettavissa valmiista opinnäytetyöstäni. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja halutessanne voitte koska tahansa keskeyttää haastattelun.

Olen saanut tutkimusluvan hankejohtaja Else Kruskopfilta. Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat koulutusjohtaja Arja Suikkala ja lehtori Jari Visto Diakonia-ammattikorkeakoulusta.

Osallistumalla tutkimukseen teillä on mahdollisuus vaikuttaa maahanmuuttajanaisille suunnatun terveysneuvonnan kehittämiseen. Toivon myönteistä suhtautumista tähän haastattelupyyntöön. Mikäli teille heräsi kysymyksiä haastatteluun liittyen voitte ottaa yhteyttä minuun sähköpostitse.

Kiitos mielenkiinnosta!

Sanna Kuitunen

sairanhoitajaopiskelija

sanna.kuitunen@student.diak.fi

044 5478603

Liite 2: Teemahaastattelurunko

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. Seksuaaliterveyden määrittely
2. Seksuaaliterveyteen vaikuttavat tekijät
3. Seksuaaliterveyden hoitoon liittyvät edistämistarpeet

Ehkäisy

Sukupuolitaudit

Naisen ja miehen rooli

Naistenaudit

Seksuaalinen väkivalta

Seksuaalisuuteen liittyvät tabut (ympärileikkaus, abortit, hedelmättömyys....)

Seksuaaliterveyteen liittyvä tieto ja sen hankkiminen

Oman seksuaaliterveyden kokeminen

KAIKILLE KYSYTTÄVÄKSI

1. Syntymävuosi
2. Siviilisäätty
3. Lasten määrä
4. Koulutus ja työhistoria
5. Maahanmuuton syy

[Type text]

Liite 3: Kysymyskaavake

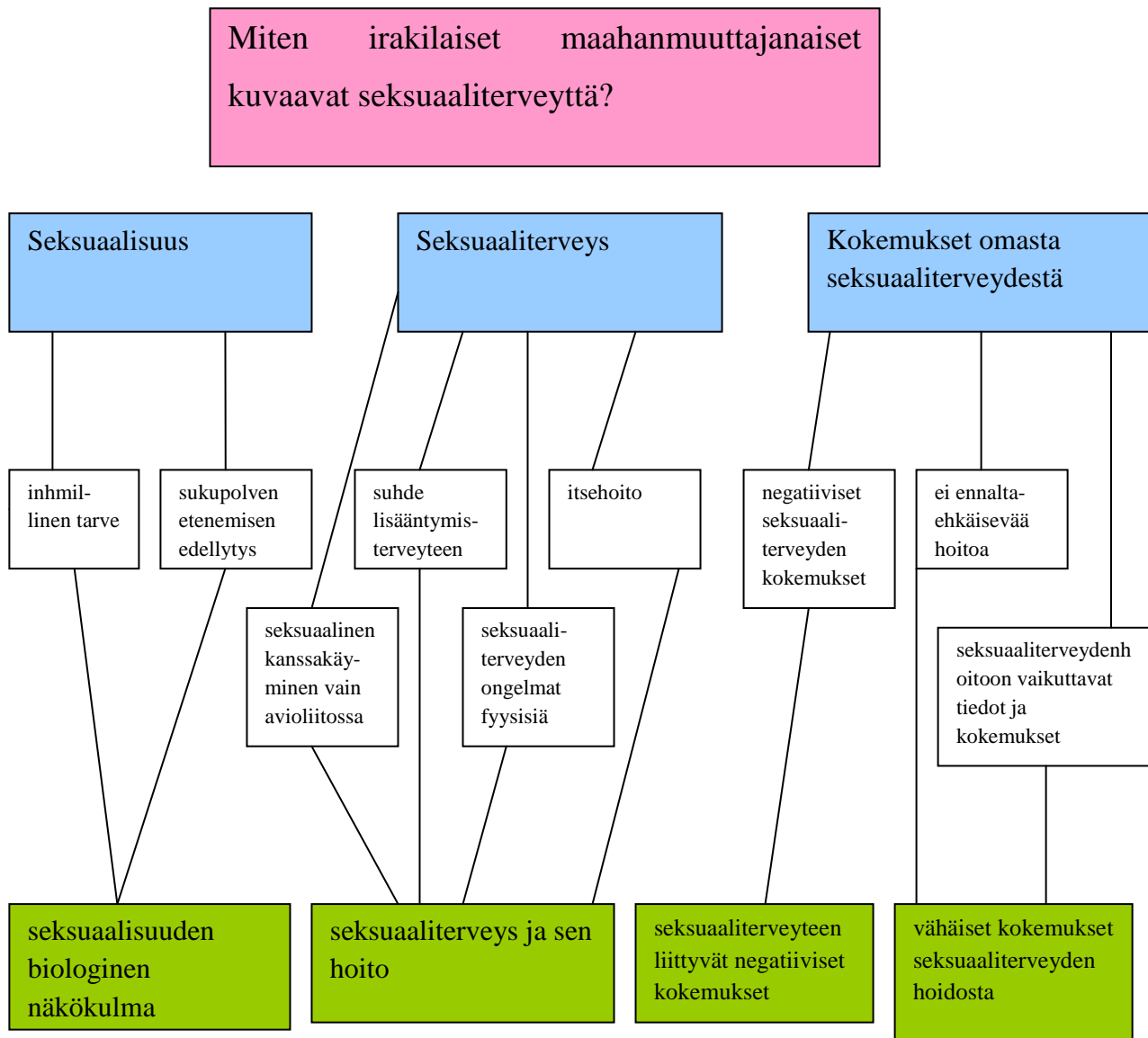
ESIMERKKIKYSYMYKSIÄ

- 1) Mitä seksuaalisuus merkitsee sinulle?
- 1) Mitä seksuaaliterveys merkitsee sinulle?
- 1) Millainen on seksuaalisesti terve ihminen?
- 1) Millainen on seksuaalisesti sairas ihminen?
- 1) Minkälaisena koet oman seksuaaliterveytesi? Mitkä koet hyvinä ja mitkä huonoina?
- 1) Miksi seksuaaliterveydestä huolehtiminen on tärkeää?

- 2) Miten seksuaalisuus näkyy kotimaasi kulttuurissa?
- 2) Minkälaista seksuaalikasvatusta olet saanut kotimaassasi?
- 2) Mistä sait seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa kotimaassasi?
- 2) Mistä seksuaaliterveyden aiheesta sinulla on paljon/vähän tietoa?
- 2) Miten uskontosi vaikuttaa seksuaaliterveyskäsitteisiin?
- 2) Minkälainen on (miehen/) naisen rooli kotimaassasi?
- 2) Mitkä tekijät vaikuttavat seksuaaliterveyteesi Suomessa?
- 2) Mistä saat tietoa seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa Suomessa?

- 3) Minkälaista seksuaaliterveydenhoitoa tai terveyskasvatusta haluaisit saada Suomessa?
- 3) Minkälaisia kokemuksia sinulla on seksuaaliterveydenhoidosta kotimaassasi/Suomessa?
- 3) Miten seksuaaliterveyttä voitaisiin sinun mielestäsi edistää Suomessa?
- 3) Mistä seksuaaliterveyden ongelmat johtuvat?

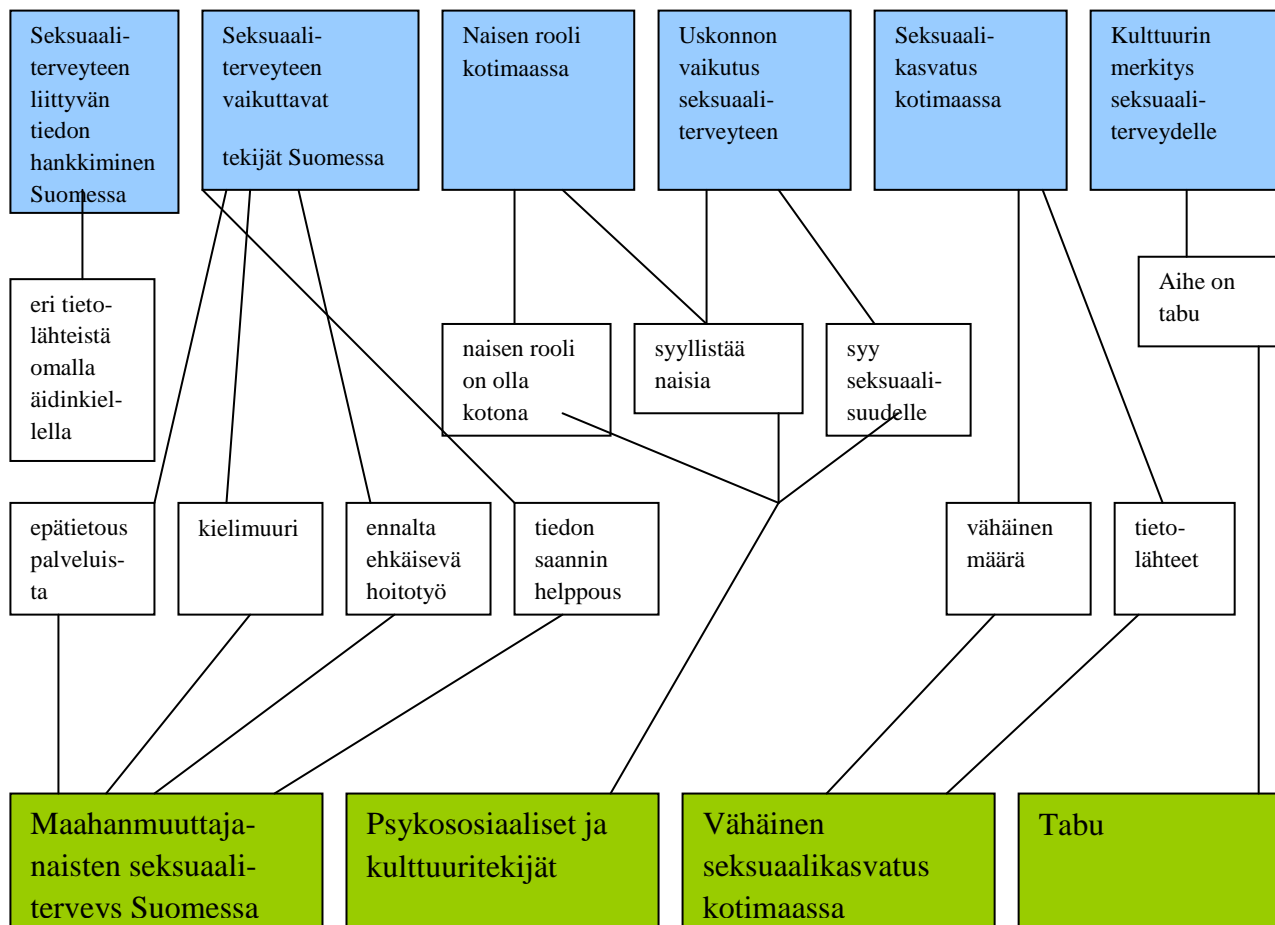
Liite 4: Kuvio 1



[Type text]

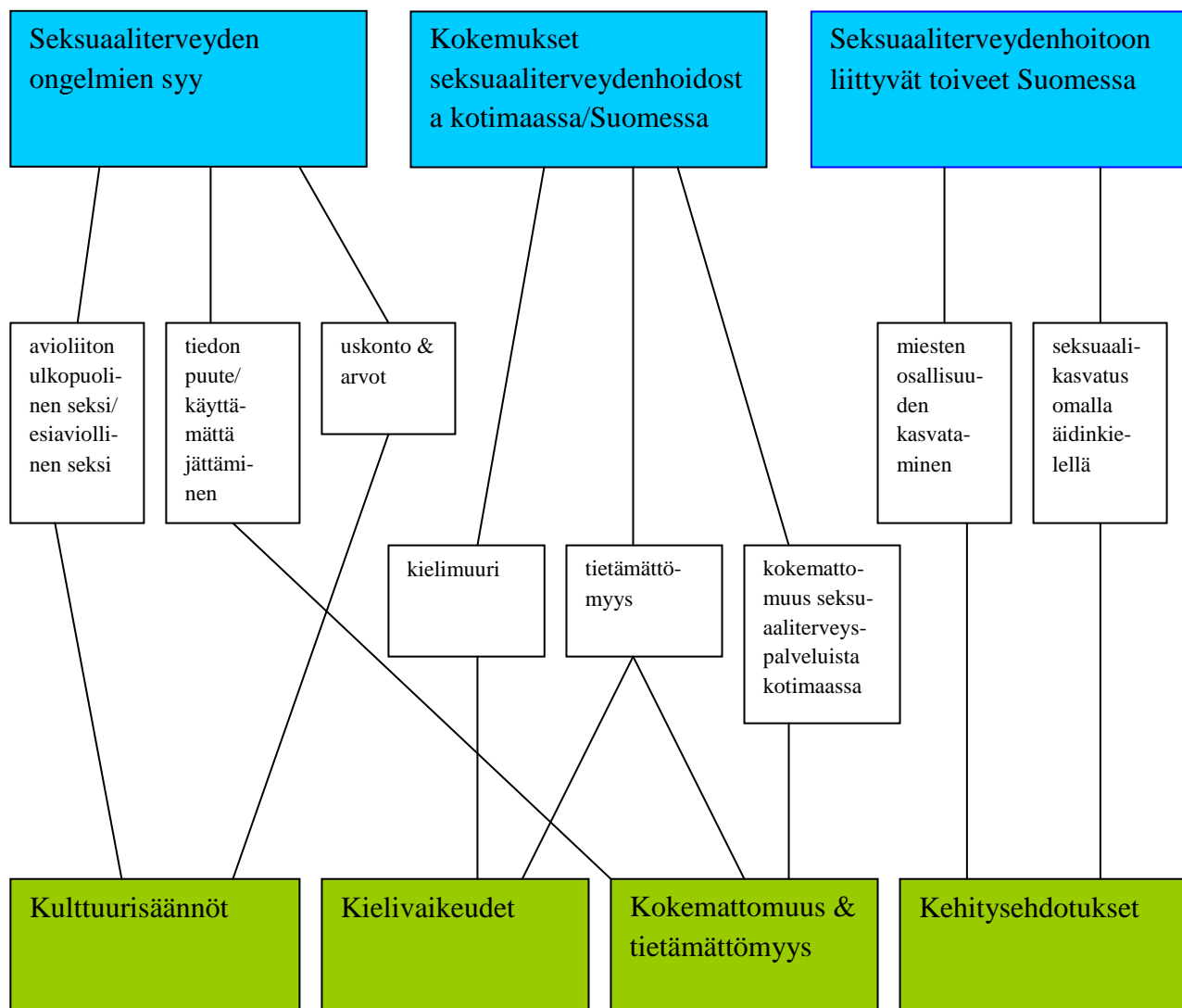
Liite 5: Kuvio 2

Millainen on heidän käsityksensä
seksuaaliterveyteen liittyvistä tekijöistä?



Liite 6: Kuvio 3

Minkälaisia seksuaaliterveyden edistämistarpeita irakilaisilla maahanmuuttajanaisilla on?



[Type text]