

SATEENKAARI-IHMISTEN KOKEMUKSIA SYRJINNÄSTÄ
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN PALVELUISSA 2014

Anna Ikäheimo, Aino Isotalo ja
Matilda Koivunen
Opinnäytetyö, syksy 2015
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Ikäheimo, Anna; Isotalo, Aino & Koivunen, Matilda. Sateenkaari-ihmisten kokemuksia syrjinnästä sosiaali- ja terveysalan palveluissa. Helsinki, syksy 2015, kokonaissivumäärä, 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvien ihmisten mahdollisia kokemuksia syrjinnästä sosiaali- ja terveysalan palveluissa sekä syrjinnästä aiheutuneita seurauksia. Tutkimusongelmaksi olemme asettaneet hypoteesin, jonka mukaan seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvat ihmiset kokevat syrjintää sosiaali- ja terveysalan palveluissa ja siitä on koitunut heille terveydellistä haittaa ja se on vaikuttanut heidän hyvinvointiinsa. Tarkoituksena on saada kyselylomakkeen avulla selville, pitääkö hypoteesi paikkaansa ja minkä tyyppisestä syrjinnästä on kyse ja minkälaista haittaa siitä on vastaajille koitunut. Opinnäytetyön idea ja toteutus syntyi yhteistyössä HeSeta ry:n kanssa.

Opinnäytetyössä on käytetty laadullisen ja määrällisen tutkimuksen menetelmiä kyselyn vastauksia analysoitaessa. Hypoteesin pohjalta rakensimme kyselylomakkeen, jossa on sekä strukturoituja kysymyksiä että avoimia kysymyksiä.

Aineistoa kerättiin internetkyselyn avulla. Kyselyn internetlinkki lähetettiin HeSeta ry:n ja Sateenkaariperheet ry:n sähköisen uutiskirjeen mukana sekä laitettiin levitykseen sosiaalisessa mediassa.

Kyselyyn vastasi yhteensä 46 henkilöä. Kyselyyn vastanneista melkein puolet oli kokenut syrjintää terveys- ja sosiaalialan palveluissa. Syrjinnästä oli aiheutunut vastanneille pelkoa, ahdistusta, masennusta, taloudellista taakkaa ja luottamuksen katoamista terveyspalveluihin. Kyselyssä pyydettiin vastaajia myös kertomaan kehittämisisideoita edistämään tasa-arvoista kohtelua sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Vastauksissa tuli ilmi, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten asenteissa, tiedon määrässä ja koulutuksen tasossa on kehitettävää. Osa koki, että negatiiviset kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluissa liittyivät syrjinnän sijasta henkilökunnan kyvyttömyyteen kohdata sateenkaari-ihminen. Tämä johtuu ammattihenkilöiden tiedonpuutteesta.

Tulevaisuudessa on tärkeä huomioida enemmän seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvien tarpeita terveys- ja sosiaalialan palveluissa sekä tarjota lisäkoulutusta henkilökunnalle.

Asiasanat: Seksuaalivähemmistöt, sukupuolivähemmistöt, syrjintä, ammatillinen osaaminen, seksuaaliterveys

ABSTRACT

Ikäheimo, Anna; Isotalo, Aino and Koivunen, Matilda. Sexual and gender minority people's experiences of discrimination in social and health services. Language: Finnish. Helsinki Autumn 2015. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Program in Nursing, Options in Health Care/Nursing. Degree: Public Health Nurse.

The purpose of the thesis was to gather information from sexual and gender minority people of their experiences of discrimination in the health and social services that they use and the consequences of the discrimination. Sexual and gender minorities experience discrimination in health and social services and that has caused health problems for them and it has affected their wellbeing was the research problem in the hypothesis that was set. The purpose was to gather information using a survey to find out if the hypothesis was correct and what kind of discrimination was happening and what kind of harm it caused to the respondents. The idea and execution of this thesis was carried out in cooperation with HeSeta ry.

Qualitative and quantitative research methods were used in the thesis when analyzing the survey answers. Based on the hypothesis we gathered a survey form which included structured and open questions.

The material was gathered using an internet survey. The link to the survey was sent through HeSeta ry's and Sateenkaariperheet ry's newsletter and was also published in social media.

46 people answered the survey. Almost half of the respondents had some experience of discrimination in health and social services. The discrimination had caused the respondents fear, anxiety, depression, financial problems and loss of trust in healthcare services. In the survey the respondents were asked to present ideas that could help improve equal treatment in health and social services.

The answers showed that people working in health and social services could need a better attitude, more education and knowledge. Some of the respondents felt that the negative experiences were caused more because of the lack of ability to encounter sexual and gender minorities than discrimination. It is caused by the professionals' lack of knowledge of the subject.

In the future it is important to pay more attention to sexual and gender minorities and their needs in health and social services and to offer more education for the health personnel.

Keywords: sexual minorities, gender minorities, discrimination, professional skills, sexual health

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 SUKUPUOLI- JA SEKSUAALIVÄHEMMISTÖT	8
2.1 Sateenkaari-ihminen	8
2.3 Sukupuolivähemmistöt	10
3 TASA-ARVO JA SYRJINTÄ	11
3.1 Tasa-arvo	11
3.2 Syrjinnän ilmenemismuodot palveluissa	12
3.3 Syrjintä lainsäädännössä	14
4 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN JA ASIAKKAAN KOHTAAMINEN	16
4.1 Seksuaaliterveys	16
4.2 Asiakkaan kohtaaminen	18
5 OPINNÄYTETYÖPROSESSI	22
5.1 Ideointi	22
5.2 Tavoitteet ja tarkoitus	23
5.3 Yhteistyökumppanit	23
5.4 Tutkimusmenetelmät	24
5.5 Kyselylomakkeen sisältö ja rakenne	27
5.6 Aineiston kohderyhmä ja keruu	29
5.7 Aineiston analysointi	30
6 TUTKIMUSTULOKSET	32
6.1 Vastaaajien taustatiedot	32
6.2 Sosiaalipalvelut	36
6.3 Terveyspalvelut	37
6.4 Syrjintä sosiaali- ja terveyspalveluissa	38
6.5 Monivalintakysymykset	41
6.6 Mielipide-erot sosiaali- ja terveyspalveluista	45
6.7 Mahdollisia syitä syrjinnälle	46

6.8 Syrjinnän seurauksia	47
7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	49
8 POHDINTA	53
8.1 Tulosten pohdinta	53
8.2 Yhteistyökumppani	56
8.3 Ammatillinen kasvu	56
8.4 Jatkotutkimusaiheet	57
LÄHTEET	59
LIITE 1: Saatekirje	63
LIITE 2: Kyselylomake	64

1 JOHDANTO

”Ammattilaisten tietämättömyys ja heteronormatiivisuus johtaa usein ahdistaviin ja ”jankuttaviin” tilanteisiin, jossa omaa ääntänsä on vaikea saada kuuluville.” – kyselyyn vastannut henkilö

Yllä oleva lause kuvaa yhden kyselyymme vastanneen sateenkaari-ihmisen kokemusta saamastaan terveys- ja sosiaalialan palvelusta.

Opinnäytetyön aiheemme saimme yhteistyökumppani Helsingin Seksuaalinen Tasavertaisuus ry:ltä (HeSeta). Aihe on ajankohtainen, koska yhteiskuntamme on monimuotoinen ja sosiaali- ja terveysalan palveluiden tulee pysyä ajan tasalla yhteiskunnan muuttuessa. Nyky-yhteiskunnassa moninaisuus kasvaa ja yksilön hyvinvointi korostuu. Sateenkaari-ihmisten asema yhteiskunnassa on vakiintumassa, eikä sateenkaari-ihmisen kohtaaminen sosiaali- ja terveysalan palveluissa tulisi olla enää tabu.

Teimme opinnäytetyönä kyselytutkimuksen sateenkaari-ihmisten syrjinnän kokemuksista sosiaali- ja terveysalan palveluissa. Sateenkaari-ihmisillä tarkoitamme kaikkia seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvia ihmisiä. Terveys- ja sosiaalialan palveluiden tehtävänä on tuottaa tasavertaisia ja yksilöllä kunnioittavia palveluita. Kaikkien tulisi voida helposti hakeutua terveys- ja sosiaalialan palveluiden piiriin. Vaikka syrjintä kielletään Suomessa lailla, tutkimuksemme käy ilmi, että sateenkaari-ihmiset kokevat edelleen syrjintää sosiaali- ja terveystalvissa. Suureksi ongelmaksi koetaan koulutuksen puutteellisuus, vaikka Suomen koulutustaso on maailman laajuisesti korkea.

Suurin osa palveluista on edelleen melko heteronormatiivisia eli heterous nähdään muita seksuaalisia suuntautumisia luonnollisempana. Tulevina terveydenhoitajina haluamme antaa tasapuolista, yhtenäistä ja arvostavaa hoitoa kaikille kunnioittaen heidän yksilöllisyyttään. Työn avulla haluamme myös tutkia omia asenteitamme ja arvojamme. Terveystalvissa tulee tulevaisuudessa vastaan mitä monimuotoisimpia perheitä sekä sukupuolen ja seksuaalisuuden vähemmistöjä.

Opinnäytetyössämme määrittelemme aluksi sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen terminologiaa. Kuvaamme lisäksi sateenkaari-ihmisten historiaa yhteiskunnassa. Seuraavaksi käsittelemme teoriaa ja käsitteistöä syrjinnästä ja tasa-arvosta, kuten muun muassa syrjintää koskevasta lainsäädännöstä, syrjinnän ilmenemisestä ja sen seurauksista. Opinnäytetyön keskivaiheella käymme läpi työmme toteutumisprosessia. Kuvaamme työn ideointia, tavoitteita ja tarkoitusta ja käymme läpi käyttämiämme tutkimusmenetelmiä. Kuvailimme aineiston keruuta ja kohderyhmää sekä aineiston analysointia. Lopussa kuvaamme saatuja tutkimustuloksia sanallisesti sekä diagrammien avulla. Opinnäytetyön lopussa arvioimme työmme luotettavuutta sekä eettisyyttä ja pohdimme työmme etenemistä.

2 SUKUPUOLI- JA SEKSUAALIVÄHEMMISTÖT

2.1 Sateenkaari-ihminen

Sateenkaari-ihmisellä tarkoitetaan kaikkia sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluvia ihmisiä. Termi on positiivinen ja symboloiva. Sateenkaari on ollut kautta aikain monissa kulttuureissa seksuaalisuuden ja monimuotoisuuden symboli. Symbolit luovat yhteisöllisyyttä, ja sen kantajat kuuluvat ryhmään. (Sateenkaariyhteisöt ry 2014.) 1970-luvulla lesbojen ja homojen kansainväliseksi tunnuksiksi vakiintui vaaleanpunainen kolmio. Symbolia käytettiin alun perin natsien keskitysleireillä, ja se ommeltiin vankipukuun merkitsemään juutalaismiehet, jotka olivat homoja. 1990-luvulla vaaleanpunaisen kolmion syrjäytti sateenkaarilippu. Koska vaaleanpunaisella kolmiolla on synkkä tausta, on toivoa herättävä sateenkaarisymboli positiivisempi. (Mustola 2007, 35.)

Sateenkaarilippu on alkujaan lähtöisin San Fransiscosta ja on nykyään tunnettu joka puolella maailmaa. Sateenkaarilippu on myös hyväksytty viralliseksi lipuksi. Lippu koostuu kuudesta väristä; punainen kuvastaa elämää, oranssi parantavaa voimaa, keltainen aurinkoa, vihreä luontoa, sininen harmoniaa ja violetti yhteishenkeä. Värien kokonaisuus kuvastaa ihmisten ja elämän monimuotoisuutta. (Sateenkaariyhteisöt ry 2014.)

On vaikea arvioida, kuinka suuri osa Suomen väestöstä on seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvia, sillä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuulusta ei tilastoida. On kuitenkin arvioitu, että seksuaalivähemmistöön kuuluu 5–15 % väestöstä. Sukupuolivähemmistöön kuuluvien määrää on vaikeampi arvioida. Tarkkaa lukua ei voida määrittellä, mutta tiedetään, että lukumäärä on seksuaalivähemmistöön kuuluvia pienempi. (Lehtonen 2006, 14.)

2.2 Seksuaalivähemmistöt

Seksuaalisista suuntauksista yleisin suuntautumisen muoto on hetero. Heteroksi kutsutaan ihmistä, joka on kiinnostunut vastakkaisesta sukupuolesta emotionaalisesti sekä romanttisesti. Seksuaalivähemmistöön kuuluvalla ihmisellä tarkoitetaan ihmistä, jonka seksuaalisuuntautuminen on muu kuin heteroseksuaalisuus. Seksuaalivähemmistöihin kuuluvat lesbot, homot, aseksuaalit ja biseksuaalit. Homo on ihminen, joka on kiinnostunut emotionaalisesti sekä romanttisesti samaa sukupuolta olevasta ihmisestä. Nimitys homo voi viitata joko mieheen tai naiseen. Lesbo on nimitys naiselle, joka on kiinnostunut emotionaalisesti sekä romanttisesti muista naisista. Biseksuaali voi olla mies tai nainen, joka on kiinnostunut sukupuolesta riippumatta toisesta ihmisestä. Ihminen voi olla myös transsuuntautunut, jolloin hän kokee vetovoimaa transihmisiä kohtaan. Transihmisiä ovat transsukupuoliset, transvestiitit sekä transgenderit. (Alanko 2013, 18–19.)

Lisäksi on käytössä monia erilaisia seksuaaliseen suuntautumiseen viittavia termejä. Panseksuaaliset ihmiset eivät määrittele seksuaalisen tai emotionaalisen kiinnostuksensa kohdetta sukupuolen mukaan. Aseksuaali ei koe seksuaalista kiinnostusta muita ihmisiä kohtaan. Aseksuaalisuutta voidaan pitää seksuaalisen suuntautumisen puuttumisena. Hlbtqi-kirjainlyhenne sisältää alkukirjaimet sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvista ryhmistä eli sanoista homot, lesbot, biseksuaalit, transihmiset, intersukupuoliset, queerit. Hlbtqi-lyhennettä voidaan käyttää muista kuin heteroseksuaalisista ihmisistä. Queer-sana voi liittyä sukupuoleen ja/tai seksuaaliseen suuntautumiseen. Se on poliittinen ja usein akateeminen näkökulma sukupuoli-identiteettiin, ja sanalle on tunnusomaista sukupuoleen ja seksuaalisuuteen liittyvien yhteiskunnallisten normien kyseenalaistaminen. Queer sanan merkitys on muuttunut vuosikymmenten aikana negatiivisesta laajemmaksi ja hyväksyttävämmäksi. (Seta ry 2014.)

2.3 Sukupuolivähemmistöt

Sukupuolivähemmistöön kuuluvat ihmiset ovat tavallisimmin transihmisiä tai intersukupuolisia. Transihminen kokee syntyneensä niin sanotusti väärään sukupuoleen. Transihmisen kehon sukupuoli ei vastaa sukupuoli-identiteettiä. Transihminen on yleiskäsite ja transihmisiin kuuluvat transvestiitit, transsukupuoliset ja transgenderit. (Alanko 2013, 16, 18.) Cis-sukupuolinen ihminen on transihmisen vastakohta eli hänen sukupuoli-identiteetinsä vastaa syntymässä määriteltyä sukupuolta. Suurin osa ihmisistä on cis-sukupuolisia. (Seta ry 2014.)

Transvestiitti on ihminen, joka kokee mieltymystä pukeutua kuten vastakkainen sukupuoli ja eläytyä vastakkaisena sukupuolena olemiseen erilaisin keinoin, kuten pukeutumisen ja harrastusten muodossa. Transsukupuolinen on ihminen, joka kokee syntyneensä väärään sukupuoleen ja saattaa haluta muuttaa sukupuoltaan omaa sukupuoli-identiteettiään vastaavaksi. Sukupuoli-identiteetti transsukupuolisella voi olla nainen, mies tai transsukupuolinen, jolloin ihminen voi kokea olevansa sukupuoleton. Transsukupuolinen voi halutessaan muokata kehoaan kirurgisesti tai hormonien avulla. (Alanko 2013, 16, 18.)

Transgenderillä (tai intergender, muunsukupuolinen ja genderqueer) tarkoitetaan ihmistä, joka kokee olevansa monisukupuolinen eli sekä nainen että mies samanaikaisesti tai sukupuoleton. Intersukupuolisuus on synnynäinen tila eli intersukupuolisen ihmisen sukupuoli ei ole ollut tämän syntyessä kehollisten tunnusmerkkien perusteella mies- tai naissukupuolinen. Intersukupuolinen voi kokea olevansa nainen, mies tai määritellä itsensä intersukupuoliseksi. (Alanko 2013, 16, 18.)

3 TASA-ARVO JA SYRJINTÄ

3.1 Tasa-arvo

Tasa-arvo on syrjinnän vastakohta. Suomen lainsäädännössä on laki yhdenvertaisuudesta (2004/21), jota sovelletaan muun muassa sosiaali- ja terveystalouksissa. Kuudennessa pykälässä kielletään syrjintä:

Ketään ei saa syrjiä iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansallisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Sukupuoleen perustuvasta syrjinnän kiellosta säädetään naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta annetussa laissa (Laki yhdenvertaisuudesta 609/1986).

Tasa-arvolakia on vuodesta 2005 tasa-arvovaltuutetun mukaan sovellettu sukupuolen korjauksen läpikäyneisiin ja myös muihin sukupuolivähemmistöihin kuuluviin henkilöihin, kun taas yhdenvertaisuuslaissa on säädetty syrjinnänsuojasta seksuaalivähemmistöjä kohtaan (Tasa-arvovaltuutetun toimisto 2012).

Täydellistä tasavertaisuutta on vaikea saavuttaa yhteiskunnassa ilman syvästi ulottuvia muutoksia. On tärkeää, että seksuaalisen tasavertaisuuden puolesta toimivat järjestöt ovat ihmisoikeusjärjestöjä ja toimivat yhteistyössä muiden samansuuntaisten tavoitteita ajavien järjestöjen kanssa. Koska tasavertaisuus on kirjattu perustuslakiin, tämä velvoittaa valtiota suojaamaan kansalaisia syrjinnältä ja turvaamaan kansalaisten tasavertaisuuden. Valtio ei ole kuitenkaan näyttänyt pystyvän takaamaan kaikkien kansalaisten tasavertaisuutta, jolloin ongelmien lievittäminen on jäänyt osittain yksityisten järjestöjen tehtäväksi. (Hirviniemi & Hyvönen 1984, 395.) Syrjinnän vastaisia toimenpiteitä tulisi suunnitella yhtenä kokonaisuutena työryhmässä, joka keskittyy syrjinnän vastaiseen toimintaan. Suunnittelun painopiste tulisi asettaa esimerkiksi kouluopetuksen kehittämiseen ja tärkeässä asemassa olevien ammattiryhmien jatkokoulutukseen. (Månsson 1984, 354.)

ILGA (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association) on kansainvälinen liitto, jonka tavoitteena on työskennellä sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen tasa-arvon edistämiseksi. He edistävät paikallisten homojärjestöjen toimintaa mahdollisimman tehokkaaksi sekä edesauttavat homojen yhtenäisyyttä maailmalla. ILGA haluaa ennen kaikkea poistaa sateenkaari-ihmisiin kohdistuvan syrjinnän. Heidän ansiostaan homoseksuaalisuus on saatu pois sairausluokituksesta osassa maista, ja ”vaaleanpunaista kolmiota” natsivallan aikana kantaneet homoseksuaalit ovat saaneet asianmukaiset korvaukset epäinhimillisistä kärsimyksistään keskitysleireillä. (Isaksson 1984, 359–361.) IGLA:lla on 1100 jäsenjärjestöä 110 eri maassa ja se on perustettu vuonna 1978. IGLA tavoittelee saavuttavansa maailman, jossa kaikkien ihmisten ihmis-oikeudet ovat kunnioitettuja ja kaikki voivat elää tasavertaisesti ja vapaasti. Näitä tavoitteita ILGA pyrkii saavuttamaan järjestämällä maailman konferenssi kahden vuoden välein sekä pitämään alueellisia konferensseja, työskentelemällä tiiviissä yhteistyössä Yhdistyneiden Kansakuntien kanssa ja tukemalla LGBTI (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender/Transsexual and Intersexual) aktivisteja. (International lesbian, gay, bisexual, trans and intersex association 2015.)

3.2 Syrjinnän ilmenemismuodot palveluissa

Syrjintä on jaettu sen ilmenemismuotoihin, joita ovat välitön ja välillinen syrjintä, häirintä sekä ohje- ja käskysyrjintä. Välitön syrjintä määritellään yhdenvertaisuuslaissa niin, että ihmistä kohdellaan epäsuotuisammin kuin toista ihmistä kyseisessä laissa jollain kielletyllä syrjintäperusteella. Välillinen syrjintä taas tarkoittaa, että henkilö asetetaan muihin henkilöihin nähden epäedullisempaan asemaan jonkun näennäisesti puolueettoman käytännön tai säännön turvin. Häirintä määritellään yhdenvertaisuuslaissa ”henkilön tai ihmisryhmän arvon ja koskemattomuuden tarkoituksellista tai tosiasiallista loukkaamista siten, että luodaan uhkaava, vihamielinen, halventava, nöyryyttävä tai hyökkäävä ilmapiiri” (6:3 §). (Aaltonen ym. 2009, 15–17.)

Suomen laki määrittelee syrjinnän yhdenvertaisuuslain (2004/21) kuudennessa pykälässä neljällä tavalla. Ensimmäisenä syrjintä määritellään ihmisen epäsu-

tuisana kohteluna vertailukelpoisessa tilanteessa, jolloin syrjintä on välitöntä. Toisessa määritelmässä syrjintä on välillistä. Kolmas määritelmä syrjinnästä on häirintä, joka on uhkaavan, vihamielisen, halventavan, nöyryyttävän tai hyökkäävän ilmapiirin tahallista luomista. Viimeisessä kohdassa syrjintä määritellään ohjeena tai käskynä syrjiä.

Jos ihminen kokee syrjintää enemmän kuin yhdestä syystä, on kyseessä moniperusteinen syrjintä. Moniperusteista syrjintää ei ole huomioitu kansallisessa lainsäädännössä, mutta se usein tiedostetaan syrjinnän vastaista työtä tekevien parissa. Moniperusteinen syrjintä jaetaan kolmeen tyyppiin: moninkertainen syrjintä, kumulatiivinen syrjintä sekä risteävä syrjintä. Moninkertainen syrjintä on, että henkilö kohtaa syrjintää useammassa kuin yhdessä tilanteessa eriperusteella, mutta vain yhdellä perusteella kerrallaan. Kumulatiivista syrjintää on, että henkilö kokee syrjintää yhdessä ja samassa tilanteessa useammalla kuin yhdellä perusteella. Risteävässä syrjinnässä syrjintäperusteet risteävät yhdessä ja samassa tilanteessa tuottaen erityisin syrjinnän muotoja. (Aaltonen ym. 2009, 19–21.)

Syrjintä, joka tuodaan aina viranomaisten tietoon saakka, on vain murto-osa tapahtuvasta syrjinnästä. Syrjintää voi kokea kuka tahansa, mutta osa joutuu syrjinnän kohteeksi jatkuvasti. Syrjinnän havaitseminen ja ilmenemismuotojen erittely on hankaa, sillä kuten moni muukin asia, myös syrjintä muuttaa muotoaan yhteiskunnan muutosten myötä. (Sosiaali- ja terveydenhuolto ja syrjintä 2015.)

Syrjinnän ilmeneminen palvelujärjestelmissä voi olla tahatonta tai tahallista ja se voi näkyä sekä fyysisinä että asenteellisina esteinä (Sosiaali- ja terveydenhuolto ja syrjintä). Vastaanottoilojen tulisi olla fyysisen esteettömyyden lisäksi sosiaalisesti, asenteellisesti sekä kielellisesti esteettömiä. Palveluiden saatavuuden suurin este on henkilökunnan stereotyyppiset asenteet sekä ahdasmielisyyys (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 88.) Usein syrjintä on kuitenkin tahatonta. Viranomaisen voi kokea toimintansa tasapuolisena, mutta toiminnan lopputulos osoittautuu syrjiväksi. Syrjivät järjestelmät ja palvelut jäävät helposti huomaamatta, sillä epäsuoraa syrjimistä on vaikea havaita. Huomaamaton syrjintä vai-

kuttaa esimerkiksi viranomaisen asenteessa ja näin hänen tekemiinsä ratkaisuihin. Ulkopuolisten ja asiakkaiden on vaikea arvioida saamansa palvelun tasapuolisuutta tuntematta palvelun käytäntöjä tai lainsäädäntöä, ja siksi on tärkeää kehittää yhdenvertaisuuskäytäntöjen ja menettelyiden toteutumista organisaation sisällä. Viranomaisten tulisi tiedostaa omien asenteidensa merkitys ja pyrkiä puuttumaan niihin myös työyhteisön sisäpuolella. (Sosiaali- ja terveydenhuolto ja syrjintä 2015.)

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen kohtaama syrjintä ilmenee usein esimerkiksi halventavina vitseinä sekä väheksyvänä tai poissulkevana kohteluna. Myös palvelurakenteissa tapahtuvaa syrjintää esiintyy, sillä monet yhteiskuntamme palvelut ovat heteronormatiivisia eikä moninaisuutta ole nostettu palveluissa esille. Moni syrjintää kokenut ihminen ei tiedosta tullessa syrjityksi, sillä uhri ei välttämättä tunne oikeuksiaan. Monelle syrjinnän uhriksi joutuneelle asian puheeksi ottaminen voi olla vaikeaa. Terveys- ja sosiaalipalveluiden viranomaiset ovat tärkeässä roolissa syrjintäkokemusten esille tuomisessa. Syrjintäkokemukset tulevat helposti esille juuri näiden palveluiden yhteydessä, sillä syrjinnällä voi olla terveydellisiä, henkisiä ja taloudellisia seurauksia. (Sosiaali- ja terveydenhuolto ja syrjintä 2015.)

Syrjintää on usein vaikea tunnistaa, mutta terveys- ja sosiaalipalveluissa tapahtuva syrjintä tulee helpommin ilmi kuin muissa viranomaiskontakteissa. Suurin osa ihmisistä ei havaitse syrjiviä palveluita sillä ne eivät näyt heidän jokapäiväisessä elämässään. Syrjityksi joutuneet voivat olla jo niin tottuneita syrjintään, etteivät he itse edes huomaa sitä tai yksinkertaisesti välttelevät syrjiviä palveluita. Syrjinnästä voi seurata henkilölle taloudellisia, henkisiä tai terveydellisiä haittoja. (Sosiaali- ja terveydenhuolto ja syrjintä 2015.)

3.3 Syrjintä lainsäädännössä

Syrjintä on toimintaa, jossa ihminen saa eriarvoista kohtelua tai hänet asetetaan eriarvoiseen asemaan ilman, että siihen on hyväksyttävä syy. Ihmiset voivat kokea syrjintää esimerkiksi ikänsä, uskontonsa, sukupuolensa, ulkonäkönsä,

etnisen taustan tai seksuaalisen suuntautumisen perusteella. Koska syrjintä on moniselitteinen ilmiö, on sen vastainen lainsäädäntö laaja. Keskeisimpiä säännöksiä syrjintää vastaan on kirjattu perustuslakiin (1999/731), rikoslakiin (1889/39), lakiin naisten ja miesten välisestä tasa-arvosta (609/1986) ja yhdenvertaisuuslakiin (2004/21). (Aaltonen, Joronen & Susan 2009, 10.) Lakipykälien tarkoitus on sekä estää lain valossa syrjintää että vaikuttaa ihmisten asenteisiin (Månsson 1984, 340). Yhdenvertaisuuslain (2004/21) välillisen syrjintäkiellon seurauksena seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjä ei saa asiakastilanteissa kohdella epäsuotuisammin kuin jotakuta muuta.

Kaikilla Suomen kansalaisilla tulisi olla yhdenvertainen oikeus sosiaaliturvaan ja terveydenhuoltoon. Perustuslain (1999/731) 2. luvun 19§:n mukaan julkisen vallan on turvattava ”jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Näin ollen sosiaali- ja terveyspalveluiden tarjoaminen seksuaali- ja sukupuolivähemmistöille on lakiin kirjattu velvoite. Perustuslain (1999/731) ja yhdenvertaisuuslain (2004/21) syrjintäkielto pitää sisällään, että sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakaskäytäntöjen on oltava sellaisia, että ne tukevat yhdenvertaisesti kaikenlaisia yksilöitä sekä perheitä (Kuosmanen & Jämsä 2007, 108–109.) Seksuaalisesta suuntautumisesta tai oman sukupuolen kokemuksesta riippumatta sosiaali- ja terveyspalvelut on tarkoitettu kaikille kansalaisille (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 86). Seksuaalisen tasavertaisuuden saavuttaminen on tärkein tavoite seksuaalipoliittisessa ihmisoikeustyössä. Jokaisen ihmisen oikeus kokea rakkautta omalla tavallaan on perustavaa laatua oleva ihmisoikeus. Kulttuurissa, jossa heteroseksuaalinen suuntautuminen on ainut selvästi hyväksytty käyttäytymismalli, tämä ihmisoikeus ei toteudu. (Hirviniemi & Hyvönen 1984, 393.)

4 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN JA ASIAKKAAN KOHTAAMINEN

4.1 Seksuaaliterveys

Hyvinvointi on käsitteenä laaja ja moniulotteinen. Hyvinvoinnin kokemuksellisuus on yksilöstä riippuvaa, sillä jokaisella on oma tunne omasta hyvinvoinnistaan. Yleisesti hyvinvointi voidaan liittää elämän laatuun ja onnellisuuteen. Ihminen on hyvinvoiva, kun hän on terve, onnellinen, pärjäävä ja kokee tekevänsä jotain merkityksellistä. Maailman terveysjärjestö WHO (World Health Organization) määrittelee hyvinvoinnin täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. WHO:n määritelmä on hyvin rajattu ja mahdoton saavuttaa. Hyvinvointi voidaan ajatella yhtenä onnellisuuden määritelmänä kuvaamaan iloa, tyytyväisyyttä ja tasapainoa elämässä.

WHO:n määritelmään hyvinvoinnista kuuluu kohta seksuaaliterveyden määritelmästä:

Seksuaaliterveys on ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvoinnin tila, jonka edellytyksiä ovat positiivinen ja kunnioittava asenne seksuaalisuuteen sekä haluttaessa mahdollisuus nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa (World Health Organization).

Seksuaalioikeudet ovat nykyään tärkeä osa ihmisoikeuksia. Seksuaalisuus on osa ihmisen terveyttä, ja se luokitellaan osaksi emotionaalista, psyykkistä, seksuaalista, hengellistä, fyysistä ja sosiaalista ulottuvuutta. Terveysteen vaikuttavat myös kulttuuriset, yhteiskunnalliset sekä fyysiset ympäristön rakenteet. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 20–21.)

Jotta ihminen voi elää tasapainoista elämää, hänellä on oltava riittävästi terveyttä ja elämänhallintaa. Erityisesti kuormittavissa tilanteissa hyvinvointipalvelut, kuten terveydenhuolto, sosiaalityö tai päihdetyö, saattavat olla ratkaisevasti tukemassa ihmisen tilanteesta selviytymistä. Jo pelkästään tieto siitä, että kyseisiä palveluita on tarvittaessa saatavilla, voi riittää selviytymiseen. Tämän vuoksi

toimiva palvelujärjestelmä tukee ihmisten arkea pelkällä olemassaolollaan. Nykyisen palvelujärjestelmän ongelma on, että palveluja annetaan vain, kun tietyt kriteerit täyttyvät eikä silloin, kun ihminen itse kokee tarvitsevansa palvelua. Resurssien ollessa niukat pyritään monesti yhteiskuntaa hyödyttäviin ratkaisuihin ja yksilön oma kokemus hänen hyvinvoinnistaan sivuutetaan. Ihmistä tulisi tukea silloin, kun hänen elämänhallintansa alkaa horjua eikä siinä vaiheessa kun se on jo romahtanut, sillä silloin joudutaan korjaamaan jo suurempia vaurioita. (Aalto 2013, 19–20.)

Opettajilla, jotka kouluttavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, ei ole pätevyyttä seksologian tai seksuaaliterveyden opettamisesta. Nordic Association of Clinical Sexology (NACS) on laatinut seksologian opettaja- ja tutkijakoulutuksen kriteerit, tosin kyseistä koulutusta ei kuitenkaan ole vielä saatavilla Suomessa (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma, 183). Pääsääntöisesti seksuaaliterveyden opetusta sisältyi terveydenhoitajien, sairaanhoitajien, kätilöiden, naprapaattien, geronomien ja toimintaterapeuttien tutkintoihin ilmeni THL:n tilaamassa selvityksessä. Seksuaaliterveyden opetusta ei sisällynyt kolmasosaan fysioterapeuttien ja sosionomien koulutuksista (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2015, 186).

Sexpo-säätiö on aloittanut syksyllä 2014 tarjoamaan seksuaalikasvatuksen opintoja. Aikaisemmin Suomessa ei ole voinut opiskella seksuaalikasvatusta omana opintona. Seksologin opinnot sisältävät seksuaalineuvonnan sekä terapian. Pohjakoulutusvaatimus opinnoille on vähintään opisto- tai AMK-tason koulutus sosiaali- tai terveysalalta. Perustason opinnot ovat suuruudeltaan 30 opintopistettä ja tämä antaa valtuuden toimia virallisissa seksuaalikasvatustehtävissä kaiken ikäisten parissa. Toisen tason koulutus edellyttää perusopintojen lisäksi toiset 30 opintopistettä. Tämän jälkeen olet oikeutettu työskentelemään seksuaaliterapeutin tai pedagogin nimellä. Kolmas taso vaatii vielä viimeiset 30 pistettä (yhteensä 90 opintopistettä) lisää, jonka jälkeen henkilöstä tulee kliinisen seksologin ja seksuaalikasvatuksen kouluttaja ja edistäjä. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2015, 188).

4.2 Asiakkaan kohtaaminen

Terveys- ja sosiaalialan palveluiden hyvän laadun takana on osaava, työhönsä motivoitunut sekä hyvinvoiva henkilökunta. Erilaiset asiakastilanteet, palvelurakenteet ja teknologian kehitys edellyttävät henkilöstöltä hyvää osaamista. Hyvä osaaminen käsittää ammattitutkinnon lisäksi koko työuran kestävän ammatillisen kasvun. Ammatillisella kasvulla tarkoitetaan niitä kehittämistoimia, jotka kohdistuvat ammatillisen osaamisen ylläpitämiseen sekä lisäämiseen. (Hildén 2002, 7.)

Sosiaalialan koulutuksessa tärkeää on ammatillisen työn reflektiivisyys. Sana reflektiivisyys merkitsee heijastumista, jolla tarkoitetaan taitoa tarkastella oman ammatillisen toiminnan ja omien ajatusten vaikutusta ammatilliseen työhön. Reflektiivisellä ammatillisuudella tarkoitetaan ammatin, ammattitaidon ja -tiedon käyttämistä, kyseenalaistamista ja kriittistä tarkastelua. Yksi tärkeimmistä ammatillisen reflektiivisyyden muodoista on kyky tarkastella omaa ammatillista tiedon soveltamista kriittisesti. (Jämsä 2008, 112–113.)

Koska ihmiset luottavat julkiseen terveydenhuoltoon, on tärkeää, että perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon palveluja kehitetään laadullisesti niin hoitokäytäntöjen, toimintatapojen kuin koko palvelujärjestelmän sujumuuden edistämiseksi (Klavus 2010, 43). Jo aikaisemmista tutkimuksista käy ilmi, että lisäkoulutus seksuaalisuudesta olisi tarpeellista hoito- ja hoiva-alojen työntekijöille, koska seksuaalisuutta ja siihen liittyviä asioita ei käsitellä opinnoissa riittävästi (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 20).

Asiakkaan kohtaamisessa on tärkeää, että avataan keskustelua asiakkaan kanssa liittyen seksuaalisuuteen, sillä se voi parhaimmillaan lieventää asiakkaan pahaa oloa, ahdistusta ja oireita. Avoin keskustelu voi lisätä asiakkaan motivaatiota ja yhteistyöhalukkuutta. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 71.) Pelkästään asiakkaan kuunteleminen ja vakavasti suhtautuminen esitettyyn huoleen auttaa asiakasta (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 86). Keskusteltaessa tulee huomioida, että asioista puhutaan samassa merkityksessä, jotta voidaan

välttää väärinymmärryksiä. Tutkimusten mukaan työntekijöiden epävarmuus, ajanpuute sekä ajatus omasta tietämättömyydestä vaikuttavat eniten siihen, miten seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhutaan. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 20.)

Asiakkaan aito kohtaaminen ei saisi olla sidonnainen käytettyyn aikaan, jotta asiakas tuntisi olonsa turvalliseksi ja kunnioitetuksi. Kun työntekijä neuvoo asiakasta, tulisi vuorovaikutuksen olla enemmän dialogista. Tavoitteena on synnyttää onnistunut kohtaaminen asiakkaan ja työntekijän kanssa. Ammatillaisen tulee osata keskustella seksuaalisuuteen liittyvistä asioista herkkyydellä ja pitää huoli, että hän on ajan tasalla aiheesta ja tieto on asiallista. Tosin neuvonnan laajuus sekä laatu eivät saisi olla yksittäisen työntekijän varassa. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 72.)

Ammatillisessa kohtaamisessa ei tule tarkasteluun pelkästään asiakkaan sukupuoli ja seksuaalisuus vaan myös sen kautta ammatillaisen oma sukupuoli ja seksuaalisuus. Hoitoalan ammatilainen saattaa hämmentyä homoseksuaaleista, sukupuoleltaan moninaisista tai sukupuoliristiriitaa kokevista henkilöistä. Hämmennys saattaa johtua asianomaisten elämää koskevan tiedonpuutteesta tai omista arvoista ja arvostuksista. Jokainen sosiaali- ja terveyspalveluissa asioiva henkilö toivoo, että häneen suhtauduttaisiin ammatillisesti taustoista riippumatta. Jokainen haluaa tulla kunnioitetuksi juuri sellaisenaan kun hän on riippumatta sukupuolikokemuksestaan, seksuaalisuudestaan ja identiteetistään. Toinen ihminen tulisi kohdata aina ensisijaisesti persoonana ammatillisessa kanssakäymisessä. (Vilkka 2010, 85–86). Hyvän kohtaamisen elementtejä ovat avoimuus, kuunteleminen, huomaavaisuus ja aito kiinnostus ihmisestä ja hänen elämän kokonaisuudestaan. Tämä tarkoittaa, että sosiaali- ja terveysalan ammatilliselta vaaditaan kykyä pystyä heittäytymään kohtamiseen ilman ennako-oletuksia liittyen asiakkaan sukupuoleen ja seksuaalisuuteen (Vilkka 2010, 90).

Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen elämässä korostuu näkymättä jääminen, sillä henkilön ulkonäöstä ja esimerkiksi vaatetuksesta on vaikea päätellä kuuluuko henkilö vähemmistöön. Tällöin voidaan tehdä vääriä johtopäätöksiä, kuten

että sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöt eivät käytä sosiaali- ja terveystalvueluilla. Tämä on erityisen merkityksellistä palveluissa, joiden tavoitteena on kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista huolehtiminen. Asiakkaan seksuaalisen suuntautumisen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuolen ilmaisun huomiotta jättäminen saattaa johtua työntekijöiden olettamuksista ja/tai palveluiden byrokraattisista rakenteista. (Jämsä 2008, 21–22.)

Työpaikassa tulisi olla työntekijöille kirjallinen suunnitelma, jossa kerrotaan miten asiakkaiden kanssa otetaan puheeksi seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Tämä on tärkeää, jotta voidaan huomioida, mitä seurauksia tai merkitystä esimerkiksi sairauksilla, lääkityksellä tai vammalla eri sairaalan osastoilla on potilaan seksuaalisuuteen ja sitä kautta vaikutusta ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin ja terveyteen. Eri elämäntilanteissa muutokset voivat heijastua ihmisen seksuaalisuuden kokemiseen ja aiheuttaa kipua sekä häpeän tunnetta. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 73–74.)

Asiakaskohtamisessa työntekijän on hyvä asennoitua niin, että hän saa vastapuolesta selville jotain uutta eikä oletta asiakkaan olevan esimerkiksi heteroperheellinen. Ennako-oletusten sijaan työntekijä opettelee olettamaan moninaisuutta. Tämä saattaa aiheuttaa työntekijässä riittämättömyyden tunnetta, ja vaatimukset voidaan koeta liian stressaaviksi. Ammattilaisen on hyvä muistaa, että ei voi tietää asiakkaasta ja tämän taustasta etukäteen. On lupa kysyä ja olla väärässä. (Jämsä 2008, 22–23.) Sosiaali- ja terveystalvuelu ammattilaisen olisi hyvä olla tietoinen omista sukupuolen moninaisuuteen ja seksuaaliseen suuntautumiseen liittyvistä asenteistaan, ennakkoluuloistaan sekä arvoistaan, sillä tukahdetut ja kielletyt ennako-oletukset tulevat väistämättä jossain vaiheessa jollain tavalla esiin. Kyseiset alitajuiset ennakkoluulot saattavat vaikuttaa käsitykseen seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvasta asiakkaasta. (Jämsä 2008, 103.)

Lääkäri- ja hoitajakoulutukseen sekä yleiseen ammatilliseen täydennyskoulutukseen ei sisälly teoriaa sukupuolen moninaisuudesta, mikä voi selittää asiakkaiden huonoista kokemuksista terveystalvueluissa. Sukupuolen moninaisuudesta tai transihmisyydestä ei ammattihenkilöillä ole riittävästi tietoa, jolloin sii-

hen ei osata suhtautua riittävän asianmukaisesti eikä ilmiötä välttämättä tunnista. Saattaa olla, että vanhentunut ICD-10-tautiluokitus, jossa määriteltiin sukupuoli-identiteettihäiriöt psyykkisenä sairautena, hämmentää terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Potilaan ja ammattihenkilön osat vaihtuvat, kun potilas joutuu selittämään ammattihenkilölle transkokemuksen perustietoja. Potilaan ja ammattihenkilön kohtaamiselle tämä ei luo hyvää pohjaa. (Tasa-arvovaltuutetun toimisto 2012.)

Suomessa terveydenhuollon toimintayksiköt ovat antaneet sairaanhoitopilaitoksille kriittistä palautetta valmistuneiden sairaanhoitajien osaamisesta ja kädentaidoista. Saadun palautteen vuoksi on tullut aika arvioida uudelleen sairaanhoitajien osaamisvaatimuksia Suomessa. Laaja-alaisen koulutuksen tulisi antaa terveysalan ammattilaisille keinoja ymmärtää meitä ympäröivää yhteiskuntaa, mikä on ehdoton edellytys oman alan ja osaamisen kehittämiseksi. Esimerkiksi perhekäsitys on muuttunut yhteiskunnassamme. Ydinperheiden lisäksi sateenkaariperheet ovat tulleet entistä tyypillisemmäksi elämisen muodoksi. Näin ollen erilaisia perheitä on entistä enemmän myös terveydenhuollon asiakkaina. (Eriksson, Merasto, Sipilä & Korhonen 2013, 44–45.)

Terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen on merkittävässä asemassa siinä, miten laadukkaita palveluita terveydenhuollossamme tuotetaan. Nimenomaan sairaanhoitajien osaaminen on tässä avainasemassa, sillä he ovat suurin yksittäinen ammattiryhmä terveydenhuollossa. Terveydenhuollossa tieto vanhenee aikaisempaa nopeammin ja sen määrä kasvaa valtavaa vauhtia. Tämänhetkisen koulutussuunnitelman suurimpia haasteita on se, että suurin osa oppimisesta jätetään työssä oppimiseen. (Eriksson ym. 2013, 46.)

5 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

5.1 Ideointi

Ideamme opinnäytetyöhön tuli Helsingin Setan edustajan pitämästä seminaariesityksestä koulussamme keväällä 2014. Pidimme seminaariesityksen aiheita tärkeänä ja mielenkiintoisena. Koimme, että HeSetan asiakaskunta on tärkeä kohde, jolle haluaisimme tehdä tutkimustyötä.

Otimme yhteyttä sähköpostitse HeSetan johtavaan sosiaalityöntekijään, jonka kanssa sovimme ensimmäisestä tapaamisesta. Tapaamisella keskustelimme hänen kanssa mahdollisista kehittämis- ja tutkimusaiheista, joille olisi hyötyä HeSetan asiakkaille.

Aluksi tarkoituksemme oli tutkia laajemmin sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen kokemuksia syrjinnästä sosiaali- ja terveysalan palveluissa. Suunnitelmamme oli perehtyä yksityiskohtaisesti eri terveys- ja sosiaalialan palveluihin ja karottaa sekä nimetä palvelut, joissa koettiin sateenkaarisensitiivistä palvelua ja joissa oli sateenkaarisensitiiviset tilat. Tämä alkuperäinen suunnitelma osoittautui kuitenkin liian laajaksi, ja ensimmäisessä opinnäytetyöseminaarissa meitä kehoitettiin rajaamaan työtämme. Rajasimme työn koskemaan vain syrjinnän kokemuksia sosiaali- ja terveysalan palveluissa.

Opinnäytetyö toteutettiin kolmen terveydenhoitajan työporukalla, mikä tarkoitti ideointivaiheessa sitä, että oli tehtävä selkeä työnjako. Olemme pyrkineet jakamaan työmäärän tasaisesti kolmelle ihmiselle tukien tasapuolisesti kaikkien oppimista ja osallistumista työntekoon. Työtä olemme tehneet sovittujen aikataulujen puitteissa, toki omien henkilökohtaisten aikataulujemme mukaan.

5.2 Tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyömme tavoitteena on kartoittaa sateenkaari-ihmisten kokemuksia syrjinnästä terveys- ja sosiaalialan palveluissa. Tutkimusongelmaksi olemme asettaneet hypoteesin, jonka mukaan seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvat ihmiset kokevat syrjintää sosiaali- ja terveysalan palveluissa ja siitä on koitunut heille terveydellistä haittaa ja se on vaikuttanut heidän hyvinvointiinsa. Tavoitteenamme on saada kyselylomakkeen avulla selville, pitääkö hypoteesi paikkaansa ja minkä tyyppisestä syrjinnästä on kyse ja minkälaista haittaa siitä on vastaajille koitunut.

Saatujen vastausten perusteella kartoitamme, millä tavalla vastaajat tulevat syrjityiksi. Tarkoituksena on tulosten avulla saada selville, kohdellaanko sateenkaari-ihmisiä tasavertaisesti sosiaali- ja terveysalan palveluissa. Tarkoituksena on myös, että opinnäytetyöstä on hyötyä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille heidän tarkastellessaan omaa ammatillisuuttaan ja asenteitaan. Työn tarkoituksena on myös tutkia omaa ammatillista kasvua ja kehittymistä hyväksi terveydenalan ammattilaiseksi. Vaikka sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvista ihmisistä löytyy faktatietoa ja kirjallisuutta, on aihe silti haastava ja monille tuntematon. Tätä yritämme opinnäytetyöllämme selvittää, että miksi näin on. Työmme tarkoituksena on tuoda esille myös se, että seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien ihmisten ääni on saatava paremmin kuuluviin myös sosiaali- ja terveysalan palveluissa.

5.3 Yhteistyökumppanit

Helsingin Seta on kansalaisjärjestö, joka ajaa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien asioita ja jonka tavoite on tehdä Suomesta yhdenvertaisempi valtio. HeSeta järjestää tapahtumia sekä kerää ja kokoaa tietoa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöistä. HeSetan järjestämää toimintaa ovat esimerkiksi erilaiset ryhmät ja kurssit, koulutukset sekä tapahtumat. HeSetan ehkä tunnetuimpia tapahtumia on Helsinki Pride, joka on vuosittainen Suomen suurin kulttuuri- ja ihmisoikeustapahtuma. HeSetan toimipiste sijaitsee Helsingissä ja sen toi-

minta keskittyy pääosin pääkaupunkiseudulle. HeSetan yhteistyökumppaneita ovat muun muassa Transtukipiste sekä Seta ry. (HeSeta 2014.)

Toisena yhteistyökumppanina oli Sateenkaariperheet ry, jonne olimme sähköpostilla yhteydessä kun lähetimme kyselylomakkeemme. Sateenkaariperheet ry on yksi Seta ry:n jäsenyhdistyksistä. Se on Suomen lesbo-, bi-, trans- ja homovanhempien ja heidän lastensa oma yhdistys. Yhdistys on perustettu vuonna 1997, ja se välittää tietoa ja pyrkii vaikuttamaan sateenkaariperheitä koskeviin lainsäädäntöihin ja perheiden asemaan. (Sateenkaariperheet ry 2015.)

5.4 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuksellamme haluamme saada selville kokevatko seksuaali- ja sukupuoli-vähemmistöjen edustajat syrjintää terveys- ja sosiaalialan palveluissa, minkä laista syrjintä on ja mitä seurauksia syrjinnällä on ollut. Tutkimukseen keräsimme vastauksia kyselylomakkeen avulla.

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa tavoitellaan vastauksia suurelta joukolta, yleensä yli sadalta henkilöltä. Kysymykset ovat strukturoituja, jolloin vastausotos on helppo analysoida tilastollisesti. Laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa taas kysymykset ovat usein avoimia ja kohderyhmä on valmiiksi tarkkaan valittu. Opinnäytetyössä voidaan yhdistää sekä määrällistä että laadullista tutkimusta. Varsinkin laajassa tutkimusongelmassa voidaan yhdistää useampaa tutkimusmenetelmää. (Kananen 2014, 142.) Käytimme työsämme sekä määrällisiä että laadullisia tutkimusmenetelmiä.

Käytännössä laadullinen tutkimus on kaikkien tutkimusten taustalla täydentävässä määrällistä tutkimusta. Laadullinen tutkimus selittää ilmiön, ilmiöön liittyvät tekijät sekä niiden väliset riippuvuussuhteet. Laadullinen tutkimus vastaa kysymyksiin mitä, mistä ja mikä ilmiö on kysymyksessä. Vasta sen jälkeen, kun näihin kysymyksiin on saatu vastaukset, voidaan ryhtyä määrälliseen tutkimukseen. (Kananen 2011, 15.)

Yleensä laadullista tutkimusta käytetään silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä ei ole teorioita, jotka selittäisivät tutkimuksen kohteena olevaa asiaa. Laadullinen tutkimus ei pyri yleistämään, toisin kuin määrällinen tutkimus, jonka perusteena on aina hyvä teoriapohja tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa ei laadita yksityiskohtaisia kysymyksiä toisin kuin määrällisessä. Laadullinen tutkimus antaa mahdollisuuden saada tutkittavasta asiasta syvällisemmän näkemyksen, ja tutkimuksen tavoitteena on ilmiön mahdollisimman monipuolinen kuvaaminen, ymmärtäminen ja tulkinta. (Kananen 2014, 16–18.)

Määrällinen tutkimus on prosessi, jossa on selkeät vaiheet ja joka käydään läpi vaihe kerrallaan. Jokaisen vaiheen on onnistuttava, jotta päästään toivottuun lopputulokseen. Määrälliseen tutkimukseen verrattuna laadullinen tutkimus on joustavampaa. Määrällisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkimusongelma, johon haetaan ratkaisua. Tutkimusongelma pyritään ratkaisemaan teoritiedolla. Kun on saatu selville tarvittava tieto, tulee päättää miten aineistoa hankitaan ja kerätään: toteutetaanko tiedon keruu puhelinhaastatteluna tai henkilökohtaisena haastatteluna vai käytetäänkö esimerkiksi kyselylomaketta. (Kananen 2011, 20–21.) Määrällisessä tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen ja käsitteiden määrittely. Vahvasta teoriapohjasta voidaan saada uusia hypoteeseja tutkimukseen, eli teoria ohjaa uuden tiedon etsinnässä samalla, kun se systematisoi ja jäsentää jo kerättyä aineistoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 140 & 144.)

Määrällisessä tutkimuksessa pyritään tutkimustulosten yleistämiseen. Pieneltä joukolta asianomaisia kerätään vastauksia kysymyksiin ja vedetään tästä yleistävät johtopäätökset. Näin pyritään saamaan edustavalta joukolta riittävän tarkat tulokset tutkittavasta ilmiöstä. Tässä menetelmässä piilee kuitenkin virhemahdollisuus, sillä jos valittu joukko ei vastaakaan kohderyhmää, ovat saadut tulokset virheellisiä. Toisin sanoen tutkimukseen valitun joukon pitäisi olla peilikuva koko perusjoukosta. Määrällisen tutkimuksen otoksen valinnassa onnistutaan harvoin täydellisesti. (Kananen 2011, 22.)

Määrällinen tutkimus esitetään usein laadullisen tutkimuksen jatkotutkimuksena, jolloin laadullinen tutkimus toimii eräänlaisena esitutkimuksena. Opinnäytetyössä voi olla alussa laadullinen osio, jolla selvitetään tutkittavaa ilmiötä ja sen jälkeen laaditaan määrällisen tutkimuksen kyselylomake. Joissain tapauksissa tämä on lähes pakko tehdä, sillä tutkittavaan ilmiöön voi liittyä sellaisia osia, joista alan tutkijoilla ei ole tarkkaa kuvaa. (Kananen 2010, 133.)

Tutkimuksessa voi ilmetä tekijöitä, joihin ei riitä pelkästään määrällinen tutkimus. Käytännössä tämä tarkoittaa tilannetta, jossa haastattelun tuloksena nousee esille asioita, joita ei ole osattu ottaa huomioon kyselyn kysymyksiä suunniteltaessa. Jos näiden asioiden merkittävyyttä tulosten kannalta halutaan selvittää, se edellyttää laadullista tutkimusta määrällisen tutkimuksen jälkeen. (Kananen 2010, 134.)

Tutkimusongelma voi olla alun perin niin laaja ja monimutkainen, että tutkimuksessa sovelletaan alusta alkaen määrällistä ja laadullista tutkimusta samanaikaisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa tutkimuksen jakamista osatutkimuksiin, jolloin osatutkimuksilla on omat tutkimusongelmansa. Useamman tutkimusotteen käyttö nostaa opinnäytetyön arvoa. Kuitenkin menetelmien runsaus saattaa johtaa pinnalliseen tietoon, jos menetelmiä ei hallitse. (Kananen 2010, 134.)

Tutkimusongelman pohjalta tehdään tutkimuskysymykset. Kysymykset toimivat eräänlaisina mittareina, joilla selvitetään tutkimuskohteena olevaa ilmiötä. Samaa asiaa voidaan kysellä monin tavoin, joten kysymyksiä tulee harkita tarkasti virhetulkintojen välttämiseksi. Myös kyselylomakkeen ulkoasuun tulee kiinnittää huomiota, ja sen tulee olla vastaajaystävällinen sekä houkutteleva. Kyselylomake tulee testata ennen kyselyn lähettämistä. (Kananen 2011, 21.)

Kyselytutkimuksen etuna on, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselymenetelmänä tämä on tehokas, sillä se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä, koska sama lomake voidaan lähettää esimerkiksi tuhannelle vastaajalle. Jos lomake on suunniteltu hyvin, aineisto voidaan käsitellä nopeasti ja analysoida tietokoneen avulla. Kyselytutkimukseen liittyy kuitenkin myös heikkouksia, sillä yleisesti aineistoa pidetään pinnallisena sekä tutkimuksia teoreet-

tisesti vaatimattomina. Ei ole myöskään varmaa, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 195.)

Työ voidaan koota niin, että alussa on laadullisen tutkimuksen osuus, jossa avataan ilmiön muuttujia. Tämän jälkeen tulee kyselylomakkeen purku, joka on enemmän määrällisen tutkimuksen tekoa. Kun kyselyssä on avoimia kysymyksiä, tulkitaan vastaukset laadullisen tutkimuksen menetelmin kun taas valmiiksi arvotetut kysymykset voidaan tilastoida määrällisen tutkimuksen menetelmillä. Kun tutkimus etenee ja kyselylomakkeeseen vastataan, saattaa sieltä ilmetä uutta tietoa, mitä ei voida määrällisen tutkimuksen menetelmillä avata. (Kananen 2010, 133–134.) Määrällinen ja laadullinen tutkimus täydentävät toisiaan eivätkä ole kilpailevia suuntauksia. Määrällinen tutkimus käsittelee numeroita ja laadullinen tutkimus merkityksiä, joten niitä ei ole tarkoitus laittaa toistensa vastakohdiksi. Numerot ja merkitykset ovat toisistaan riippuvaisia, ja asioiden mittaaminen sisältää sekä määrällisen että laadullisen puolen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 136–137.)

5.5 Kyselylomakkeen sisältö ja rakenne

Teimme Webropol-ohjelmalla kyselylomakkeen (liite 2) keräämämme teoriatiedon pohjalta. Kyselyyn vastaajat vastasivat anonyymisti. Kyselyssä on strukturoitujen kysymysten lisäksi muutama avoin kysymys, joissa kysymme vastaajien kokemuksia syrjinnästä sosiaali- ja terveystalvissa. Suunnittelimme kyselyn niin, että viiden ensimmäisen kysymyksen jälkeen vastaaminen oli vapaaehtoista.

Ensimmäisissä taustakysymyksissä kysymyksissä kysyimme vastaajan ikää, asuinpaikkakuntaa, sukupuolta, sukupuoli-identiteettiä ja seksuaalista suuntautumista. Tämän jälkeen kolmessa seuraavassa kysymyksessä kartoitimme lisää vastaajien taustatietoja. Kyselylomakkeisiin sisältyy vastaajia itseään koskevia taustakysymyksiä, muun muassa sukupuolesta, iästä ja perhesuhteista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 197), minkä vuoksi asetimme nämä kysymykset kyselymme alkuun.

Seuraavassa kohdassa kysyimme tarkemmin vastaajien kokemuksia ensin sosiaali- ja sen jälkeen terveyspalveluista strukturoitujen kysymysten avulla. Kyselyiden avulla kerätään tietoa esimerkiksi vastaajien käyttäytymisestä, toiminnasta sekä mielipiteistä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 197) joihin pyrimme saamaan vastauksia tutkimuksessamme. Loput kyselyn kysymyksistä käsittelivät syrjintää ja kokemuksia syrjinnästä väittämien avulla, joihin vastaajat vastasivat vastausvaihtoehdoilla. Kaksi viimeistä kysymystä olivat avoimia kysymyksiä, joissa pyysimme vastaajaa kuvailemaan mahdollista tapahtunutta syrjintätilannetta ja kysyimme mielipidettä siitä, miten tasa-arvoista kohtelua sosiaali- ja terveyspalveluissa voitaisiin edistää.

Tutkimuksen aihe on suurin vastaamiseen vaikuttava tekijä. Kyselylomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla tehostetaan tutkimuksen onnistumista. Yleisimmät kolme tapaa kysyä asioita ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset ja skaaloihin perustuvat kysymykset. Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys ja jätetään tyhjä tila vastaamista varten. Näiden kysymysten avulla on mahdollista saada esiin näkökulmia, joita tutkija ei ole etukäteen osannut huomioida. Monivalintakysymyksissä tutkija on laatinut valmiit vastausvaihtoehdot ja vastaaja valitsee niistä yhden tai useamman vastausvaihtoehdon annetun ohjeen mukaan. Skaaloihin perustuvassa kysymystyyppissä esitetään väittämiä ja vastaaja valitsee valmiista mielipiteistä sen, mikä voimakkaimmin kuvaa hänen mielipidettään kysytystä asiasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 198–199.)

Tavoitteenamme oli saada tavoitettua kyselyllä mahdollisimman monta vastaajaa, minkä vuoksi olimme antaneet suurimmalle osalle kysymyksistä valmiit vastausvaihtoehdot sekä olimme osan kysymyksistä määritelleet operationaalisesti eli olimme valmiiksi arvottaneet kysymykset. Näin kyselyyn vastaaminen oli helpompaa ja nopeampaa. Kyselyssä käytimme mitta-asteikoita kuten luokittelua eli nominaaliasteikkoa sekä järjestys- eli ordinaaliasteikkoa.

5.6 Aineiston kohderyhmä ja keruu

Menetelmänä käytimme kyselylomaketta, jonka olimme sähköpostitse lähettäneet HeSetaan. Kyselyn toteutimme Webpropol-ohjelman avulla ja lähetimme sen HeSetan kuukausittaisen verkkokirjeen mukana. Yhteistyökumppanimme ehdotti työtä meille, sillä hän huomasi oman työnsä kautta, että tällaiselle tutkimustiedolle olisi tarvetta.

Olimme lähettäneet kyselyn HeSetan uutiskirjeen lisäksi myös muille kohderyhmään kuuluville, koska emme saaneet HeSetan kautta tarpeeksi vastauksia. Laitoimme sähköpostitse kyselylomakkeen internet-linkin Sateenkaariperheet ry:n koulutussuunnittelijalle. Sekä Sateenkaariperheet ry että HeSeta ry lähettivät kyselylomakkeen sähköisesti niin sähköpostilla kuin Facebook-sivuillaan. Lisäksi laitoimme koulumme Facebook-sivulle internet-linkin kyselyymme.

Lähetimme kyselylomakkeemme ensin Heseten uutiskirjeen mukana marraskuun 2014 alussa. Ensimmäisen uutiskirjeen mukana menneeseen kyselyyn vastasi kymmenen ihmistä. Tämän jälkeen Heseta lähetti uutiskirjeen mukana kyselyn uudestaan sekä kyselyn linkin Hesetan ja Helsinki Pride Facebook-sivuilla. Tässä vaiheessa olimme myös yhteydessä Sateenkaariperheet ry:n kanssa, ja he halusivat lähettää kyselyn myös heidän uutiskirjeensä mukana. Laitoimme myös kyselymme linkin koulumme Facebook-sivulle.

Saimme vastauksia 7.11.2014–16.1.2015 välisenä aikana 46 kappaletta. Vastaukset tulivat Webpropol-ohjelman avulla suoraan sähköisenä muotona. HeSetan uutiskirje tavoittaa 1500–2000 ihmistä, ja HeSetan sekä Helsinki Pride Facebook-sivustoilla on seuraajia noin 11 700. Sateenkaariperheet ry tavoittaa Facebook-sivuillaan 2400 ihmistä. Kyselyn viisi ensimmäistä kysymystä ovat pakollisia, ja loput 26 kysymystä olivat vapaavalintaisia kysymyksiä. Tämä tarkoittaa, ettei vastaajan tarvinnut vastata kaikkiin kysymyksiin vaan halutessaan vain muutama.

5.7 Aineiston analysointi

Kyselylomakeessa hyödynsimme yhtenä metodina Likert-asteikkoa. Likert-asteikossa ideana on tehdä järjestysasteikko, joka on laitettu yksiselitteiseen järjestykseen. Kyselylomakkeessamme nimesimme valmiiksi vastausvaihtoehdot ja asetimme ne järjestykseen positiivisesta negatiiviseen (Mittaaminen: muuttujien ominaisuudet). Vastausvaihtoehtoja on viisi, josta vastaaja sai valita yhden. Vastausvaihtoehtoista kaksi oli positiivisia, kaksi negatiivisia ja yksi vastausvaihtoehto oli 'en osaa sanoa'.

Kyselymme avoimien kysymysten vastauksia analysoimme laadullisen tutkimuksen sisällönanalyysin menetelmin. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida mitä tahansa dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentilla tarkoitetaan mitä tahansa kirjalliseen muotoon saatettua materiaalia. Sisällönanalyysi on tekstianalyysi, jolla pyritään saamaan tutkittavasta kuvaus tiivistetyssä ja yleistetyssä muodossa. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 105.)

Sisällönanalyysiä voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä ja sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen menetelmät perustuvat joillain tapaa sisällönanalyysiin. Tutkija Timo Laine (Jyväskylän yliopiston filosofian laitos) on vuosia sitten laatinut rungon laadullisen tutkimuksen analyysin etenemisen kuvaamiseksi. Alla olevaa kuvausta on hieman muokattu Laineen kuvauksesta, mutta idea on pysynyt samana:

Ensimmäiseksi tee vahva päätös mikä tässä aineistossa kiinnostaa. Toiseksi erottele ja merkitse ne asiat aineistosta, jotka sisältyvät kiinnostukseesi. Kaikki muu jää pois tutkimuksesta. Sitten erottele merkityt asiat pois muusta aineistosta.
Kolmantena luokittele ja teemoittele aineisto.
Neljäntenä kirjoita yhteenveto. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 93–94.)

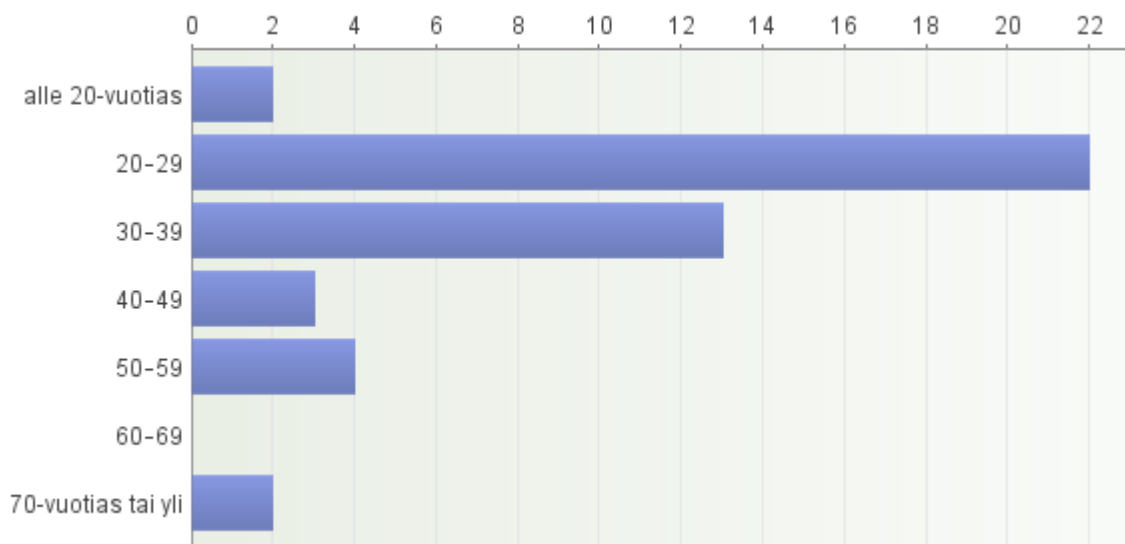
Laadullisesta analyysistä puhuttaessa puhutaan usein induktiivisesta tai deduktiivisesta analyysistä. Tämä jako tapahtuu riippuen tutkimuksessa käytetystä päättelyn logiikasta, joka on joko induktiivinen (yksittäisestä yleiseen) tai deduktiivinen (yleisestä yksittäiseen). (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 95–97.)

Määrällistä tutkimusta tehtäessä aineiston kerääminen, käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat kaikki erillisiä vaiheita. Aineiston käsittely voi alkaa, kun esimerkiksi kyselylomakkeella kerätty aineisto on saatu kasaan. Aineistoa aletaan käydä läpi, kun aineiston keräämisen määräaika on umpeutunut. Kyselytutkimuksissa internetissä aineiston keräämiseen on varattu tavallisesti muutama viikko (Vilkkä 2007, 106). Oma kyselymme oli internetissä tehtävissä noin kuusi viikkoa. Määrällisessä tutkimuksessa valitaan sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa juuri siitä, mitä ollaan tutkimassa. Näin ollen pyritään jo alussa valitsemaan tutkimusongelmaan ja kysymyksiin sopiva analyysimenetelmä. Analyysitapa riippuu siitä ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan vaikutusta toisiinsa tai niiden välistä riippuvuutta (Vilkkä 2007, 118–119).

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyimme vastaajan ikää. Lähes puolet vastaajista oli 20–29-vuotiaita. Tämän jälkeen suurin vastaajaryhmä 28,3 % (n=13) oli 30–39-vuotiaita. Vähiten vastaajia oli ikäryhmistä alle 20-vuotiaat sekä 70-vuotias tai yli. Seuraavassa taulukossa on kuvattu vastaajien ikäjakaumaa (TAULUKKO 1).

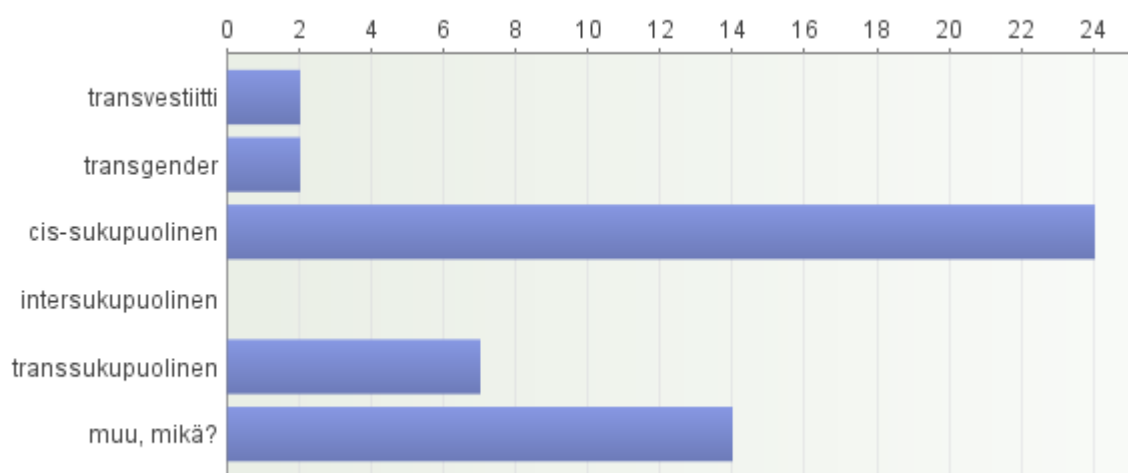


TAULUKKO 1: Vastaajien ikä (N=46)

Kysyimme vastaajien asuinpaikkaa, ja 68,8 % (n=31) vastasi asuvansa Helsingissä. 31,2 % (n=14) vastaajista ilmoittivat asuinpaikkakunnakseen Tampereen, Inkaan, Sipoon, Järvenpään, Espoon, Hämeenlinnan, Vantaan, Kuopion, Turun ja Keravan.

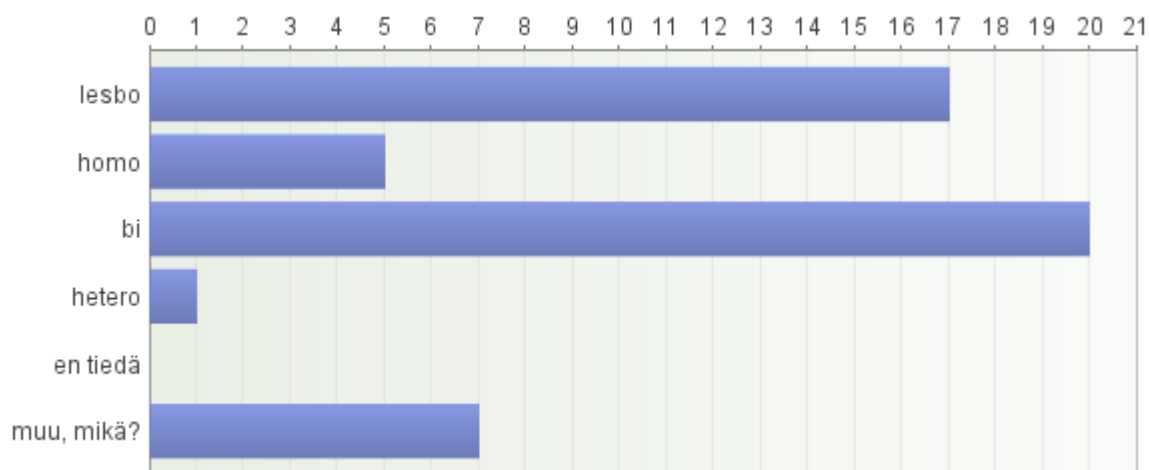
Kysyimme vastaajien sukupuolta ja reilu enemmistö eli 69,6 % (n=32) vastaajista oli naisia. Vastaajista 2 ilmoitti olevansa sukupuoleltaan muu kuin mies tai nainen. Näistä vastaajista toinen määritteli itsensä sukupuolettomaksi ja toinen

nimellä queer. Pyysimme vastaajia kuvailemaan sukupuoli-identiteettiä valmiiden vastausvaihtoehtojen avulla. Vastaajista 52,2 % (n=24) vastasi olevansa cis-sukupuolinen. Vastaajista 30,4 % (n=14) laittoi olevansa muu kuin vastausvaihtoehdoissa oleva eli muunsukupuolinen, genderqueer, nainen, mies, transmaskuliininen, lesbo, homoseksuaali, tavallinen ja queer. Kysymyksen cis-sukupuolisella tarkoitetaan naista tai miestä, jolloin vastaukset nainen, mies ja tavallinen sopisivat tähän kategoriaan. Seuraava taulukko kuvaa vastaajien sukupuoli-identiteettien jakautumista (TAULUKKO 2).



TAULUKKO 2: Vastaajien sukupuoli-identiteetti (N=46)

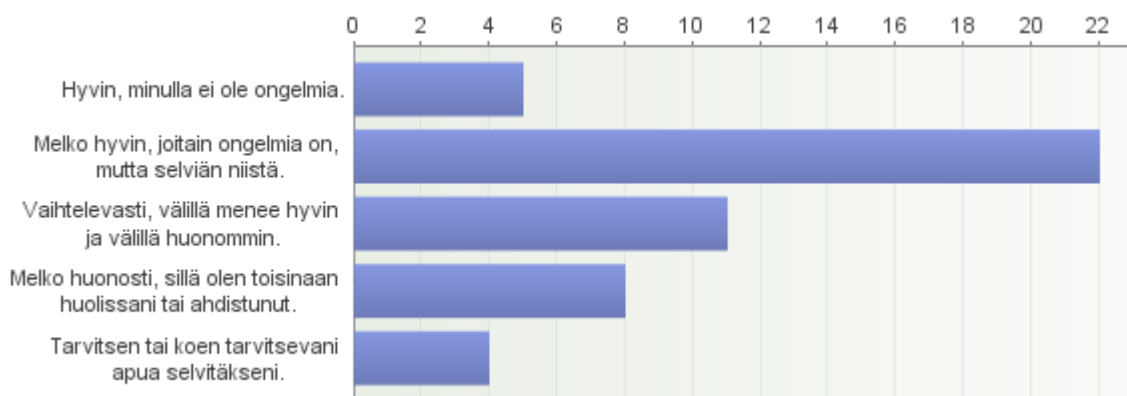
Pyysimme vastaajia määrittelemään seksuaalisen suuntautumisensa. Vastaajista eniten, 43,5 % (n=29), oli biseksuaaleja. Lesboksi itsensä määritteli 37 % (n=17) vastanneista. Muu, mikä? -kohtaan vastasi 15,2 % (n=7) vastanneista, ja avoimeen vastaukseen he määrittelivät seksuaalisen suuntautumisensa sanoilla: en pysty määrittelemään, vino, panseksuaali sekä queer. Seuraavassa taulukossa näkyy vastaajien seksuaalinen suuntautuminen (TAULUKKO 3).



TAULUKKO 3: Vastaajien seksuaalinen suuntautuminen (N=46)

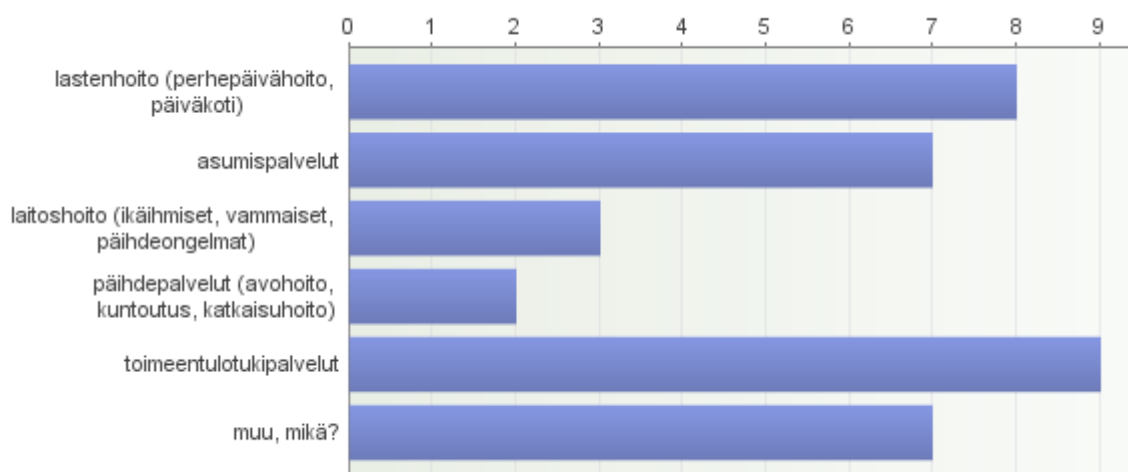
Kysyttäessä vastaajien siviilisäätystä vastaukset jakaantuivat tasaisesti kaikkien (N=44) vastanneiden kesken. Vastanneista 25 % (n=11) oli yksineläviä/naimattomia sekä sama määrä vastanneista (n=11) oli parisuhteessa. Avoliitossa vastaajista oli 22,7 % (n=10) ja rekisteröidyssä parisuhteessa 18,2 % (n=8). Vastaajista 11,4 % (n=5) oli avioliitossa ja yksikään vastanneista ei ollut leski. 79,5 % (n=35) vastanneista (N=44) oli lapsettomia.

Kysyimme vastaajilta, miten he kokevat elämänsä kokonaisvaltaisesti (perhetilanne, terveys, työ/opiskelu, ystävät, rahatilanne jne.) tällä hetkellä. 47,8 % (n=22) vastanneista vastasi kohtaan ”melko hyvin, joitain ongelmia on, mutta selviän niistä”. Seuraavassa taulukossa näkyy vastaajien kokemuksia omasta elämäntilanteesta tällä hetkellä (TAULUKKO 4).

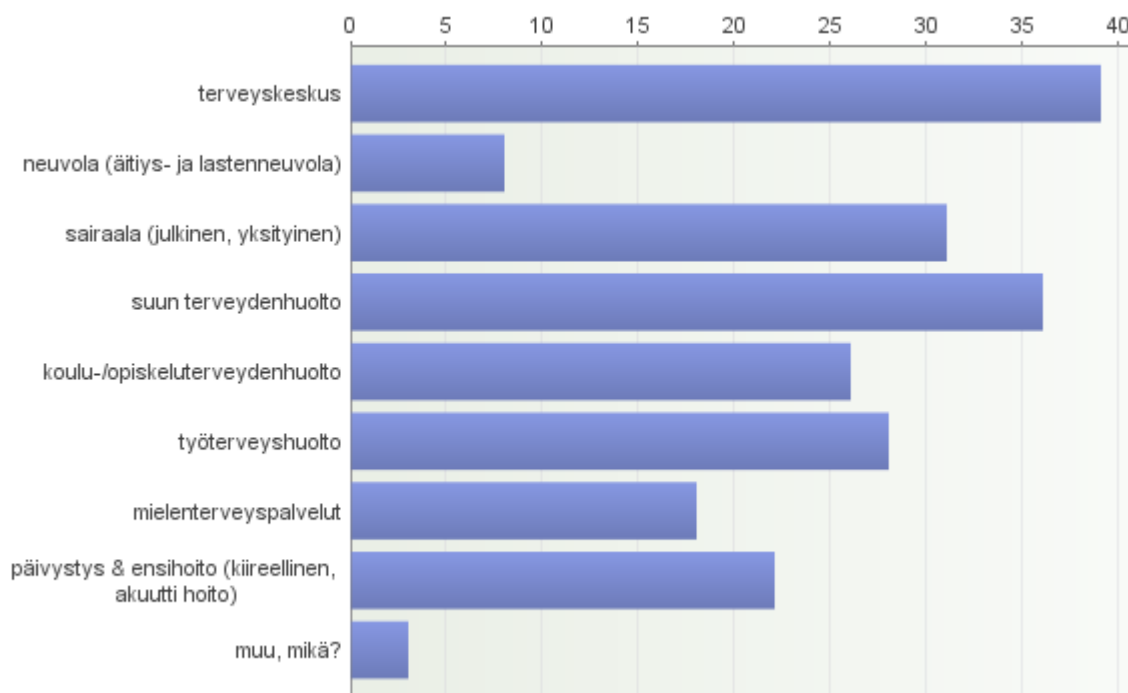


TAULUKKO 4: Vastaajien kokemus omasta elämäntilanteesta tällä hetkellä (N=46)

Pyysimme vastaajia kertomaan, missä sosiaali- ja terveystalveissa he ovat asioineet. Vajaa 50 % vastaajista kertoi käyttäneensä mitään sosiaalipalveluita, kun taas terveystalveita olivat käyttäneet kaikki vastanneet (N=46). Sosiaalipalveluista toimeentulotukipalveluita oli käytetty eniten (42,9 %, n=9) ja tämän jälkeen lastenhoitopalveluita (38,1 %, n=8). Vastausvaihtoehtoon ”muu, mikä?” vastasi 33,3 % (n=7) vastanneista, ja he vastasivat avoimeen vastaukseen opintotuen, perheneuvolan, Tyttöjen Talon, Nuorten Kriisipisteen, vammaispalvelut, työelämäpalvelut, lastensuojelun sekä Helmi-palveluohjauksen. Vastanneista 84,8 % (n=39) oli asioinut terveystalveksessa. Muita terveystalveita, joita vastanneet olivat käyttäneet vastausvaihtoehtojen lisäksi, olivat laboratorio, urologia ja lasten psykiatrian poliklinikka. Alla olevissa taulukoissa näkyvät vastausmäärät eri palveluiden käyttöä koskien (TAULUKKO 5 & TAULUKKO 6).



TAULUKKO 5: Vastaajien asiointit sosiaalipalveluissa (N=21)



TAULUKKO 6: Vastaajien asiointiterveyspalveluissa (N=46)

Seuraavat kymmenen kysymystä olivat väittämiä liittyen sosiaali- ja terveyspalveluihin. Näihin väittämiin vastaajan tuli valita vastausvaihtoehto, joka parhaiten kuvasi vastaajan mielipidettä. Vastausvaihtoehdot olivat: 1 Olen täysin samaa mieltä, 2 Olen jokseenkin samaa mieltä, 3 En osaa sanoa, 4 Olen jokseenkin eri mieltä ja 5 Olen täysin eri mieltä.

6.2 Sosiaalipalvelut

Esitimme vastaajille väittämän: Olen saanut sukupuoltani/seksoalisuuttani kunnioittavaa kohtelua sosiaalialan palveluissa. Vastaajista täysin ja jokseenkin samaa mieltä oli 60,8 % (n=14). Reilu 20 % vastaajista ei osannut sanoa, olivatko he saaneet kunnioittavaa kohtelua. Kolme vastanneista oli asiasta täysin eri mieltä. Seuraavassa sosiaalipalveluihin liittyvässä väittämässä pyysimme vastaajia kertomaan, kuinka helppoa heidän on hakeutua sosiaalialan palveluiden piiriin. Vastanneista 62,5 % oli asiasta täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä, kun taas jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä olevia oli 20,8

% (n=5) vastanneista. Vastanneista 16,7 % (n=4) ei osannut sanoa, onko heidän helppoa hakeutua sosiaalialan palveluiden piiriin.

Seuraava väittämä oli: Olen kokenut sosiaalialan palvelun palveluympäristön olleen vastaanottava/helposti lähestyttävä minua kohtaan. Vastanneista 19 % (n=4) ei osannut sanoa, pitikö väittämä heidän mielestään paikkaansa. Suurin osa vastanneista eli 42,9 % (n=9) oli asiasta jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä kun taas täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä asiasta oli kolmannes vastaajista. Sosiaalitoimiston oli mainittu avoimessa vastauksessa olevan vastaanottava/helposti lähestyttävä palveluympäristönä. Esitimme vastaajille väittämän: Koen voivani asioida sosiaalialan palveluissa omana itsenäni. Melkein puolet vastaajista oli asiasta täysin samaa mieltä (n= 6) tai jokseenkin samaa mieltä (n=5). Asiasta jokseenkin eri mieltä (n=7) tai täysin eri mieltä (n=1) oli 34,7 % vastanneista. 17,4 % (n=4) vastanneista ei osannut sanoa. Viimeisessä sosiaalipalveluihin liittyvässä väittämässä esitimme: Koen, että sosiaalialan ammattilaisilla on hyvät tiedot sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä. Vastaajista kukaan ei ollut asiasta täysin samaa mieltä. 39,1 % vastanneista ei osannut sanoa, oliko samaa mieltä tai eri mieltä asiasta. Asiasta täysin eri mieltä (n=5) ja jokseenkin eri mieltä (n=4) oli yhteensä 39,1 %.

6.3 Terveyspalvelut

Ensimmäinen väittämä oli: Olen saanut sukupuoltani/seksuaalisuuttani kunnioittavaa kohtelua terveysalan palveluissa. Vastaajista suurin osa eli 30,4 % (n=14) ei osannut sanoa, oliko samaa tai eri mieltä asiasta. Vastanneista 43,5 % oli asiasta täysin samaa mieltä (n=7) tai jokseenkin samaa mieltä (n=13), kun taas asiasta jokseenkin eri mieltä (n=5) tai täysin eri mieltä (n=7) oli yhteensä 26,1 %. Seuraava väittämä oli: Minun on helppo hakeutua terveysalan palveluiden piiriin. Vastaajista suurin osa oli asiasta jokseenkin samaa mieltä, ja täysin samaa mieltä oli 60,9 % (n=28). Jokseenkin eri mieltä oli 21,7 % (n=10) vastanneista, ja täysin eri mieltä oli 10,9 % (n=5) vastanneista. 6,5 % (n=3) ei osannut sanoa, oliko asiasta samaa tai eri mieltä. Esitimme väittämän: Olen kokenut terveysalan palvelun palveluympäristön olleen vastaanottava minua kohtaan.

Tästä yli puolet vastaajista oli täysin samaa mieltä (n=8) tai jokseenkin samaa mieltä (n=16). 17,4 % (n=8) vastanneista ei osannut sanoa asiasta. Jokseenkin samaa mieltä tai täysin erin mieltä asiasta oli yhteensä 30,4 % (n=14).

Seuraavaksi esitimme väittämän: Koen voivani asioida terveystalon palveluissa omana itsenäni. Tässä väittämässä mielipiteet jakoutuivat tasaisesti vastaajien kesken. Suurin osa vastaajista (23,9 %, n=11) ei osannut sanoa, oliko samaa vai eri mieltä asiasta. Täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä asiasta oli 43,4 % (n=20). Asiasta täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä oli 32,6 % (n=15) vastaajista. Väittämästä ”Koen, että terveystalon ammattilaisilla on hyvät tiedot sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä” vastaajilla oli melko eriävät mielipiteet. Vain 2,2 % (n=1) oli asiasta samaa mieltä, ja asiasta jokseenkin samaa mieltä oli 17,4 % (n=8). Vastaajista eniten, eli 32,6 % (n=15), oli asiasta jokseenkin eri mieltä, ja täysin eri mieltä oli 19,6 % (n=9). 28,3 % (n=13) vastanneista ei osannut sanoa mielipidettään.

6.4 Syrjintä sosiaali- ja terveystalossa

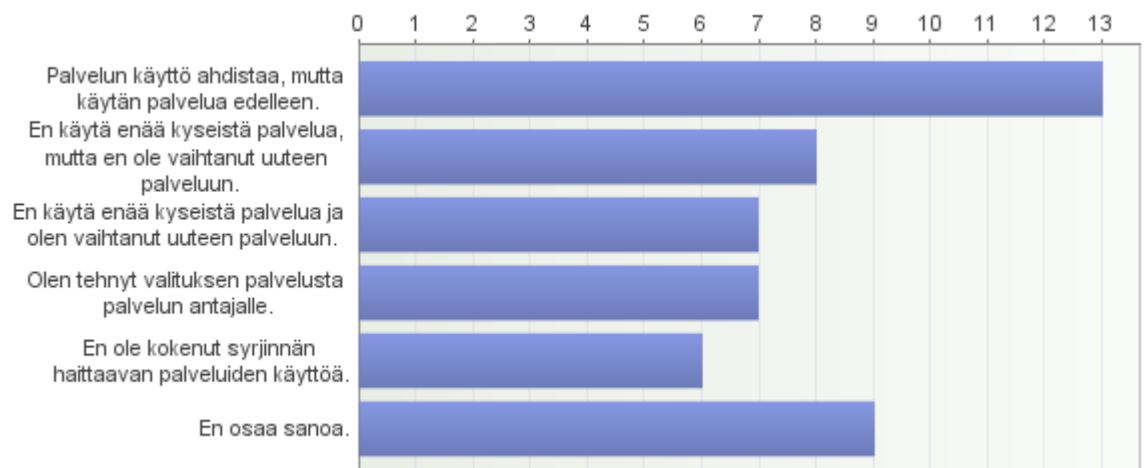
Seuraavassa neljässä väittämässä vastausvaihtoehdot olivat samat kuin aiemmissa väittämässä. Väittämästä ”Koen, että minua on syrjitty sosiaali- ja terveystalon palveluissa” oli täysin eri mieltä ja jokseenkin eri mieltä 33,4 % (n=15) vastaajista. Asiasta jokseenkin samaa mieltä oli 31,1 % (n=14) eli suurin osa vastaajista. Vastaajista täysin samaa mieltä asiasta oli 15,6 % (n=7), ja 13,3 % (n=6) ei osannut sanoa mielipidettään. Kun kysyimme, missä palvelussa erityisesti oli koettu syrjintää, vastaajat vastasivat terveystalossa, kouluterveydenhuollossa, yksityisessä hammashoitolassa sekä vammaispalvelussa.

Seuraavaksi esitimme väittämän: Koen, että syrjintä johtuu seksuaali- tai sukupuolisuuntautumiseni. Vastaajilla (N=38) oli väittämästä melko eriävät mielipiteet: yli puolet vastaajista oli joko täysin samaa mieltä (n=13) tai jokseenkin samaa mieltä (n=7) väittämästä, kun taas 34,2 % vastaajista oli joko täysin eri mieltä (n=10) tai jokseenkin eri mieltä (n=3) väittämästä. Väittämästä ”Pelkään tulevani syrjityksi sosiaali- ja terveystalon palveluissa” oli suurin osa eli

39,1 % (n=18) vastaajista jokseenkin samaa mieltä, ja täysin samaa mieltä oli 21,7 % (n=10) vastaajista. Loput vastausvaihtoehdot saivat saman määrän vastauksia 13 % (n=6).

Väittämästä ”Tiedän, että läheisiäni on syrjitty sosiaali- ja terveysalan palveluissa” saatiin melko eriäviä mielipiteitä. 24,4 % (n=11) vastaajista ei osannut sanoa, oliko asiasta samaa tai eri mieltä. Täysin eri mieltä (n=9) tai täysin samaa mieltä (n=9) oli sama määrä vastaajista eli 20 %. Väittämästä jokseenkin eri mieltä oli 11,1 % (n=5) vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 24,4 % (n=11) vastaajista.

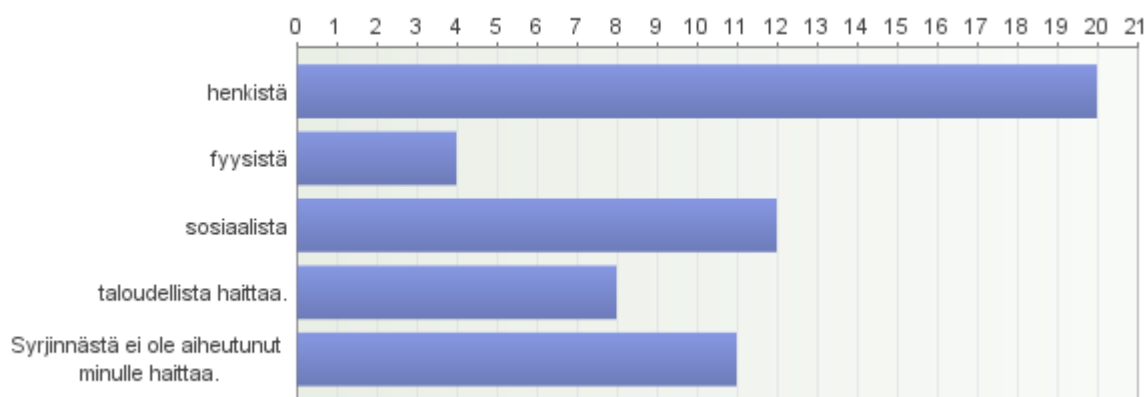
Kysyimme, minkälaisia seuraamuksia syrjintä on vastaajille aiheuttanut. Vain 17,6 % (n=6) vastanneista ei ollut kokenut syrjinnän haittaavan palveluiden käyttöä, ja 26,5 % (n=9) ei osannut sanoa. Koska vastaajilla oli mahdollisuus vastata useampaan kohtaan, on vastauksia enemmän kuin vastaajia (N=34). Alla olevassa taulukossa näkyy vastaajien vastausjakauma. Seuraavassa taulukossa näkyy syrjinnän seuraamuksia sosiaali- ja terveysalan palveluiden käytössä (TAULUKKO 7).



TAULUKKO 7: Seuraamuksia syrjinnästä sosiaali- ja terveysalan palveluiden käytössä (N=34)

Kysyimme vastaajilta, mitä syrjinnästä on aiheutunut heille. Vastaajista (N=33) suurin osa eli 60,6 % (n=20) vastasi syrjinnän aiheuttaneen heille henkistä hait-

taa, ja 33,3 % (n=11) ei ollut kokenut syrjinnän aiheuttaneen heille haittaa. Alla olevassa taulukossa näkyy vastaajien vasutusjakauma. Seuraava taulukko kuvaa syrjinnästä aiheutuneita seurauksia vastanneille (TAULUKKO 8).



TAULUKKO 8: Syrjinnästä aiheutuneita seurauksia vastanneille (N=33)

Vastaajista 36,6 % (n=15) vastasi tulleen syrjityksi harvoin sosiaali- ja terveyspalveluissa. Samaan väittämään vastasi 29,3 % (n=12) vastaajista vastasi tulleen joskus syrjityksi, usein syrjityksi vastasi tulleen 12,2 % (n=5) ja vain 2,4 % (n=1) vastaajista koki tulleen aina syrjityksi. 24,4 % vastaajista ei ole tullut syrjityksi sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kysyimme vastaajilta, oliko syrjintä sosiaali- ja terveysalan palveluissa aiheuttanut heille mielenterveysongelmia. Vastaajista (N=37) 64,9 % (n=24) vastasi kieltävästi kysymykseen ja 18,8 % (n=7) ei osannut sanoa. Vastaajista 18,8 % (n=7) kertoi syrjinnästä aiheutuneen heille mielenterveysongelmia, ja kun kysyimme, minkälaisia ongelmia, vastaukset olivat muun muassa ahdistusta, pelkoa ja masennusta. Kysyimme vastaajilta, oliko syrjintä sosiaali- ja terveysalan palveluissa aiheuttanut heille päihdeongelmia. Suurin osa kaikista (N=36) vastaajista eli 88,9 % (n=32) vastasi kysymykseen kieltävästi. Vastaajista 8,3 % (n=3) ei osannut sanoa, ja vain 2,8 % (n=1) vastasi myöntävästi ja hän ilmoitti käyttävänsä säännöllisesti kannabista.

6.5 Monivalintakysymykset

Kyselymme viimeiset kaksi kysymystä olivat avoimia kysymyksiä, joissa pyysimme vastaajia ensin kuvaamaan tapahtunutta syrjintätilannetta, mikäli oli kokenut syrjintää, sekä heidän mielipidettään siitä, miten voitaisiin edistää tasa-arvoista kohtelua sosiaali- ja terveyspalveluissa. Avoimeen kysymykseen ”Mikäli olet kokenut syrjintää, kerro ja kuvaile tapahtunutta syrjintätilannetta” vastasi 25 henkilöä, kun taas kysymykseen ”Miten mielestäsi voisi edistää tasa-arvoista kohtelua sosiaali- ja terveyspalveluissa” saatiin vastaus 34 henkilöltä.

Vastauksissa syrjintää kuvattiin konkreettisilla esimerkeillä. Vastaajat kokivat, että heidän seksuaalisuuteensa suhtauduttiin alentavasti sekä väheksyvästi ja että heille esitettiin loukkaavia kysymyksiä. Osa vastaajista koki, että seksuaalisuudesta puhuttiin väheksyttävästi tai loukkaavalla tavalla sekä että heidän tunteitaan ja ongelmiaan vähäteltiin.

– –Sain selville, että sairaanhoitaja oli kirjannut asian niin, että olen epävarma seksuaalisesta suuntautumisestani – –Tunsin, että kertomaani väheksyttiin ja seksuaalinen identiteettini kiellettiin.– –

Käyttäisin enemmän sanaa ”ilkeä” kuin ”syrjivä”. Useimmat tapaukset ovat olleet tunteitteni tai ongelmieni vähättelyä tai ylimielistä, ilkeää käytöstä.– –

–suhtautuminen samaa sukupuolta olevan puolison vanhemmuuteen on ollut ajoin väheksyvää.

– –Psykiatrin alentava suhtautuminen seksuaalisuuteeni vaikeassa, terveyteeni liittyvässä tilanteessa, mikä ei mitenkään liittynyt seksuaalisuuden tai sukupuolen kokemukseeni johti siihen, etten tullut asiakkaana kohdatuksi saati sitten autetuksi terveydellisesti kyseisessä tilanteessa.– –

Konkreettinen syrjintä tuli vastauksissa ilmi siinä, että vastaajat eivät saaneet apua tai haluamaansa hoitoa tai päässeet haluttuun koulutukseen johtuen heidän seksuaalisesta suuntautumisestaan tai kuulumisesta sukupuolivähemmistöön.

– –Lääkäri on esimerkiksi kieltäytynyt kirjoittamasta lähetettä sukupuolitauteihin, sillä hän on olettanut että koska olen parisuh- teessa toisen naisen kanssa, minulla ei voi olla sukupuolitauteja.– –

Odottanut kohta neljä vuotta sukupuolen korjausleikkausta. Töölö käyttää kaikkia mahdollisia syitä poistaa asiakas jonosta koska 6 kk hoitotakuu ei täyty.– –

– –En saanut tarvitsemaani henkistä tukea ja keskusteluterapiaa julkisesta terveydenhuollosta.– –

– –en päässyt lähihoitaja koulutukseen nimenomaan koska olen transnainen.

Vastauksista tuli ilmi, että huonoa palvelua oli saatu erityisesti terveysasemien lääkäreiltä ja hoitajilta verrattuna erikois- ja yksityissairaanhoidon. Myös psyki- atrian puolelta vastaajilla oli huonoja, syrjiviä kokemuksia.

Näiden kokemusten jälkeen minulla ei ole enää luottamusta ter- veyskeskuspalveluihin.– –

– –Soitin asiasta [epäasiallisesta kohtelusta] terveyskeskukseen ja kyselin miten voin tapahtuneesta valittaa. Langan päässä ollut työn- tekijä kyseli että olinko sitten sanonut olevani homoseksuaali ja että eikö sairaanhoitaja kuitenkin ollut ihan mukava ihminen. Myöhem- min soitin psykiatriselle sairaanhoitajalle ja kerroin hänelle miten hän oli minua loukannut. Hän kielsi täysin asiat mitä oli sanonut, mutta sanoi kuitenkin olevansa pahoillaan. Hän luultavasti pelkäsi työnsä puolesta. Vaihdoin tämän jälkeen terveyskeskusta, mutta ahdistukseen en ole sieltä uskaltanut hakea apua.– –

Terveyskeskuspalveluissa: pääsy infektiotesteihin onnistui vasta reklamaation kautta ylilääkärille. Syrjiä olivat niin hoitaja kuten lää- käri.– –

– –olen pitäytynyt puhumasta seksuaalisuudestani kontakteissa terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa, mikä on melko paradoksa- lista ottaen huomioon, etten ole kaapissa millään muullakaan elä- mäni alueella. Kyseinen kokemus [syrjivä kohtelu Auroran psykiat- risessa päivystyksessä] on myös saanut välttämään julkisen puolen mielenterveyspalveluita.– –

Koulupsykologi kuvaili transsukupuolisuuttani "biseksuaali- identiteetin riittämättömyytenä" ja totesi, ettei minun tarvitse elää sukupuoli-identiteettini mukaisesti, koska "heterotkaan eivät tule ulos kaapista.– –

Aikoinaan totaalinen sairausleima aiheutti ahdistavan ilmapiirin. En saanut apua mistään psykiatrian piiristä.– –

– –Tällä hetkellä erityisesti mielenterveyspalveluissa hoitoon ha-
keutumista julkisella puolella ainakin omalla kohdallani vaikeuttaa
se, että tasa-arvoinen kohtelu tuntuu olevan sattuman varassa.

Saimme runsaasti vastauksia, kun kysyimme, miten tasa-arvoista kohtelua so-
siaali- ja terveyspalveluissa voitaisiin edistää. Moni vastaajista koki tärkeäksi
työntekijöiden lisäkoulutuksen, lainsäädännön muuttamisen sekä yleisen tiedon
lisäämisen seksuaalisuuden ja sukupuolisuuden moninaisuudesta terveys- ja
sosiaalialan koulutuksiin.

Henkilökunnan seksuaali- ja sukupuolisensitiivistä koulutusta pitää
lisätä. Mieluusti MYÖS kokemuskouluttajien kautta, jolloin paikalle
saadaan (esim. Setan kautta) henkilö puhumaan asiasta omasta
näkökulmastaan, eikä tukeuduta pelkästään harmaaseen faktatie-
toon.

– –Kaikkien pitäisi käydä täydennyskoulutuksissa– –

– –Sosiaali- ja terveyspalveluiden ammattilaisia tulisi kouluttaa lisää
sateenkaari-ihmisten asioista sekä heidän kohtaamisestaan.– –

– –Koulutuksen lisäksi lainsäädännön kehittäminen on avain ase-
massa asenteiden muokkaamisessa. Lisää koulutusta potilaan koh-
taamiseen ja painetta lainsäädännön muokkaamiseen.

Mielestäni jokaisen sosiaali- ja terveyspalvelu ammatin opiskele-
vien pitäisi saada tietoa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä,
kunnioittava kohtelu on tarpeen, eikä omia näkemyksiään saa tuo-
da työpaikalle.

Ammattilaisten ja erityisesti tulevien ammattilaisten (alan opiskeli-
joiden) koulutuksella ja pitämällä huolen siitä, ettei informaation ole
vanhentunutta.

En ole kokenut syrjintää. Ainoastaan epätietoisuutta. Kouluttamalla
henkilökuntaa voitaisiin helpottaa tällaisia tilanteita.

Saimme vastaajilta konkreettisia ideoita siitä, kuinka parantaa tasa-arvoisuutta
sosiaali- ja terveyspalveluissa.

– –Mahdollisesti jokin kampanja syrjinnän poistamiseksi sosiaali ja
terveyspalveluista voisi myös olla hyvä juttu.– –

– –Eryityisesti nuorille suunnatuissa terveystalvueluissa voisi ajatella esimerkiksi julisteita odotustalvassa, mitkä viestisivät terveydenhuollon arvoista ja asenteista sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjä kohtaan. Esimerkiksi Britanniassa on kouluterveydenhuollossa käytössä Stonewallin 'Some People Are Gay. Get Over It!' -julisteita, mitkä auttavat luomaan tasa-arvoista tilaa ja ilmapiiriä.– –

– –Oikeanlaisia ihmisiä töihin. Koulujen pääsykokeisissa pitää koittaa selvittää onko hakijalla jotain ongelmia erilaisten kulttuurien ja vähemmistöjen kanssa ja karsia sellaiset ihmiset alalta pois, jotka eivät kestä eri vähemmistöjä tai joilla liian suuret ennakkoluulot.

Annetaisiin kenkää porukalle.

– –Jos asiakas puhuu puolisosta, tulisi ammattilaisenkin käyttää samaa termiä. On kohteliasta kysyä, mitä sukupuolta puoliso on jos tieto on oleellinen.– – neuvoloissa ja synnytysosastoilla voitaisiin puhua termeillä vanhempi, puoliso, tukihenkilö eikä esim. tarjota synnytysvalmennuksen "isäryhmiä".– –

Kiinteä yhteistyö Suomen Mielenterveysseuran, Helmin, Mielenterveyspoolin, Setan ja Heselatan kesken!

– –[koulutusta tulisi lisätä] kokemuskouluttajien kautta, jolloin paikalle saadaan (esim. Setan kautta) henkilö puhumaan asiasta omasta näkökulmastaan, eikä tukeuduta pelkästään harmaaseen faktatietoon.

Yksi vastaajista oli itse kokenut voivansa vaikuttaa palveluiden ilmapiiriin puhumalla avoimesti omasta seksuaalisesta suuntautumisestaan.

– –Itse henkilökohtaisesti puhun työpaikalla tyttöystävästäni avoimesti, teen asiaa normaaliksi puhumalla siitä.– –

Vastaajat kokivat, että käytössä olevat lomakkeet sekä terveydenhuollon tarjoamat palvelut olivat hyvin heteronormatiivisia ja sateenkaari-ihmisiä syrjiviä. Koettiin, että palveluita tulisi kehittää ja muuttaa moninaisemmaksi.

Koulutuksessa jo otettava huomioon, että heteronormatiivisuus aiheuttaa vaivaannuttavia tilanteita. Henkilökuntakin voisi käyttää esimerkiksi nimitystä kumppani tai puoliso, sen sijaan, että kysyy miehestä tai naisesta.

Lomakkeista voisi tehdä sukupuolineutraaleja (neuvola, päivähoito esim.) ja henkilöstön tulisi ymmärtää (=lisäkoulutus aiheesta) ettei jokainen asiakas ole oletusarvoisesti cis-hlö eikä myöskään hetero.

Työntekijöiden tulisi ymmärtää pitää omat mielipiteet omanaan ja kohdella kaikkia ihmisiä tasavertaisesti. Omia tulkintoja ei saisi tehdä, vaan pitäisi ottaa asioista selvää. Tosin en näe, että kohtelu palveluissa oleellisesti muuttuu, ilman että muutosta tapahtuu laajemmalla tasolla yhteiskunnassa. Seksuaali ja sukupuolivähemmistöt olisi nähtävä yhtä arvokkaina ihmisinä kuin cis heterotkin.– –

– –palvelu äitiysneuvolassa on ollut erinomaista, mutta esim. perhevalmennus on ollut hyvin heteronormatiivista eikä siinä ole huomioitu, että ryhmässä on monenlaisia perheitä.

Lääkäreille ja hoitajille pitäisi tarjota enemmän tietämystä muista seksuaalisuuden muodoista kuin heteroseksuaalisuudesta.– –

6.6 Mieli-erot sosiaali- ja terveystalvluista

Vertailimme saatuja vastauksia sosiaalialan palveluiden ja terveystalvluiden kesken esitettyjen väittämien perusteella. Vertailtaessa sosiaalialan palveluita ja terveystalvluiden väittämässä ”Olen saanut sukupuolta- ni/seksuaalisuuttani kunnioittavaa kohtelua” terveystalvlu palvelut koettiin negatiivisemmaksi. Kaikista terveystalvlu palveluihin vastanneista yhteensä 26,1 % oli joko jokseenkin eri mieltä (10,9 %) tai täysin eri mieltä (15,2 %) väittämästä, kun taas sosiaalialan palvelusta 17,3 % vastanneista oli joko jokseenkin eri mieltä (4,3 %) tai täysin eri mieltä (13 %) väittämästä. Sosiaalialan palveluita oli tässä kyselyssä käyttänyt 23 vastaajaa ja terveystalvlu palveluita 46.

Vastaajat kokivat, että heidän oli helpompi hakeutua sosiaalialan palveluiden kuin terveystalvlu palveluiden piiriin. Sosiaalialan palveluiden väittämään vastasi 24 ja terveystalvlu palveluiden väittämään 46 henkilöä. Vastaajista yhteensä 32,6 % oli joko täysin eri mieltä (10,9 %) tai jokseenkin eri mieltä (21,7 %) että terveystalvlu palveluihin on vaikea hakeutua. Sosiaalialan palveluiden kohdalla täysin eri mieltä oli 8,3 % ja jokseenkin eri mieltä 12,5 % vastaajista.

Kun vastaajille esitettiin väittämä ”Koen palveluympäristön vastaanottavaksi/helposti lähestyttäväksi minua kohtaan”, terveyspalveluiden puolelta saatiin myönteisemmät tulokset. Yhteensä 33,3 % vastanneista oli sosiaalialan palveluiden kohdalla väittämän kanssa joko täysin eri mieltä (19 %) tai jokseenkin eri mieltä (14,3 %), kun taas terveysalan palveluiden kohdalla väittämän kanssa oli täysin eri mieltä 15,2 % ja jokseenkin eri mieltä 15,2 % vastaajista. Terveysalan palveluiden väittämään vastasi 46 ja sosiaalialan palveluiden väittämään 21 henkilöä.

Terveysalan palveluissa vastaajat kokivat voivansa asioida hieman helpommin omana itsenään kuin sosiaalialan palveluissa. Väittämään vastasi sosiaalialan palveluiden kohdalla 23 henkilöä ja terveysalan palveluiden kohdalla 46. Terveysalan palveluissa 32,6 % vastanneista koki olevansa väittämästä täysin eri mieltä (13 %) tai jokseenkin eri mieltä (19,6 %). Sosiaalialan palveluiden väittämästä 4,3 % oli täysin eri mieltä, ja jokseenkin eri mieltä oli 30,4 % vastaajista.

Yli puolet vastanneista oli täysin eri mieltä (19,6 %) tai jokseenkin eri mieltä (32,6 %) siitä, että terveysalan ammattilaisilla on hyvät tiedot sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä. Sosiaalipuolella väittämän kanssa täysin eri mieltä oli 21,7 % vastanneista, ja jokseenkin eri mieltä oli 17,4 % vastanneista. Tähän väittämään vastasi sosiaalialan palveluiden kohdalla 23 ja terveysalan palveluiden kohdalla 46 henkilöä. Viidestä väittämästä kolmessa sosiaalialan palvelut oli koettu terveysalan palveluita myönteisemmiksi ja kahdessa muussa väittämässä, joissa terveysalan palvelut oli koettu myönteisemmiksi, prosentuaalinen ero sosiaalialan palveluihin oli vain 2–3 %.

6.7 Mahdollisia syitä syrjinnälle

Avoimien vastausten perusteella tuli ilmi, että vastaajien mielestä syrjintä johtuu ammattihenkilöiden tiedonpuutteesta, kouluttamattomuudesta sekä omien mielipiteiden esittämisestä. Syrjinnän syiksi koettiin myös lainsäädäntö sekä yleisesti vallitseva heteronormatiivisuus.

--Olen tällä hetkellä tutkimusjaksossa sukupuoli-identiteetin tutkimuspoliklinikalla, jonka pituus ja sisältö tuntuu joskus syrjivältä ja ahdistavalta, ja edessä oleva pakkosterilisaatio tuntuu hyvin syrjivältä.

Ammattilaisten tietämättömyys ja heteronormatiivisuus johtaa usein ahdistaviin ja "jankuttaviin" tilanteisiin, jossa omaa ääntänsä on vaikea saada kuuluville.

Koen, että naisparin tulisi saada Kelan korvaamaa hedelmöityshoitoa siinä missä heteroidenkin.--

Työntekijöiden tulisi ymmärtää pitää omat mielipiteet omanaan ja kohdella kaikkia ihmisiä tasavertaisesti. Omia tulkintoja ei saisi tehdä, vaan pitäisi ottaa asioista selvää.--

Yksi syy syrjinnälle voisi olla ammattihenkilöiden asenteet, jotka vaikuttavat yleiseen ilmapiiriin. Kysymykseen "Miten mielestäsi voisi edistää tasa-arvoista kohtelua sosiaali- ja terveyspalveluissa" vastanneista puolet oli sitä mieltä, että asenteet vaikuttavat siihen, miksi syrjintää esiintyy.

Homoystävällisten lääkäreiden tukiverkko.

--avoimempi ja suvaitseva lähestyminen sekä ymmärrys henkilökohtaisia asioita kohtaan.--

--Yhdenvertaista kohtelua: moninaisuuden pitämistä normaalina ja hyväksyttävänä!

--ns. hetero-olettamisen vähentäminen, neutraali suhtautuminen

--asennetta vaihdettava.

6.8 Syrjinnän seurauksia

Kyselyn vastauksista tuli ilmi paljon erilaisia asioita, joita syrjinnästä oli aiheutunut vastaajille, kuten pelkoa, ahdistusta, syrjinnän pelkoa ja loukkaantumista. Vastaajista osa ei saanut tarvitsemaansa apua eikä luottamuksellista suhdetta ammattihenkilöön vaan pikemminkin menetti luottamuksensa avun antajaan. Osalle vastaajista syrjintä aiheutti taloudellista haittaa, kun he eivät pystyneet enää käyttämään julkista terveydenhuoltoa ja joutuivat siirtymään yksityisen

terveydenhuollon piiriin. Osa vastaajista myös mainitsi, ettei halua puhua seksuaalisesta suuntautumisestaan.

– –Kaikki eivät halua tulla kaapista ihan jokaiselle SoTe-alan työntekijälle.

– –Ei vähemmistöihmisten ole helppoa kysyä seksiin tai seksuaalisuuteen, sukupuoltaan askarruttavista kysymyksistä työntekijöiltä.–

–

Läsnä on syrjinnän pelko, minkä takia en usein uskalla "paljastaa" olevani trans.– –

– –Olin asiasta pitkään todella ahdistunut.– –

– –Vaihdoin tämän jälkeen terveystieteiden, mutta ahdistukseen en ole sieltä uskaltanut hakea apua.– –

– –[palvelun vaihto yksityiseen] tuntuu kohtuuttomalta taloudelliselta taakalta ottaen huomioon, että jokaisella kansalaisella tulisi olla tasa-arvoiset mahdollisuudet julkisiin terveydenhuoltopalveluihin lain edessä.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Opinnäytetyön tulosten pitää olla aina luotettavia. Luotettavuutta ei saavuteta ilman suunnitelmallisuutta sekä paneutumista työn laadun valvontaan. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole yksiselitteistä ohjetta toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, jossa ovat vakiintuneet luotettavuuden arviointikriteerit. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää apuna eri koulukuntien kirjoittamia menetelmäoppaita. Täten kirjoittajan on valittava jokin lähde ja tehtävä sen pohjalta luotettavuuden analyysi. (Kananen 2014, 145.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selonteko tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 232).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida monilla eri mittaus- ja tutkimustavoilla. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että jos kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliabelina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231.) Jos tutkimuksen luotettavuus jää alhaiseksi, ainakin kirjoittajan on huomioitava se ja tuotava se esille raportissaan. Tutkimus harvoin onnistuu sataprosenttisesti, sillä mahdollisia virhelähteitä on aina paljon, mutta luotettavuus kysymysten läpikäyminen antaa vaikutelman, että kirjoittaja on huomioinut asian (Kananen 2011, 22.)

Toinen tutkimukseen liittyvä käsite on validius eli pätevyys. Validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Tutkijan eli kyselyn laatijan sekä kyselyyn vastaavien tulee käsittää kysyttävät kysymykset samalla tavalla, jotta saatuja tuloksia voidaan pitää valideina. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 231–232.) Oman tutkimuksemme kohdalla validius toteutuu lähtökohtaisesti, tosin on vaikea arvioida ovatko kaikki vastaajat ymmärtäneet kysymyksiä oikein.

Aineiston riittävyys on yksi luotettavuuden arvioinnin kriteereistä. Riittävyyskysymys riippuu suuresti siitä, onko kyseessä määrällinen vai laadullinen tutkimus. Laadullisessa tutkimuksessa riittää pienempi otanta kuin määrällisessä

tutkimuksessa, jossa ei riitä muutaman kymmenen ihmisen vastaukset. (Kananen 2010, 150.)

Lomaketta tehdessä tulisi ottaa huomioon ulkoasu ja sen selkeys sekä pituus. Hyvän kyselyn vastausaika on noin 15–20 minuuttia. Kyselyn vastaamispäätökset perustuvat paljolti ensivaikutelmaan, minkä vuoksi ulkoasuun on kiinnitettävä huomiota. Kyselyssä kannattaa pitää huoli siitä, että kysymykset erottaa toisistaan selkeästi. (KvaliMOTV 2015.) Kyselymme vastausajaksi arvioimme 10–25 minuuttia. Arvio on laaja, sillä mikäli vastaaja halusi, hän pystyi vastaamaan avoimeen kysymykseen niin laajasti kuin halusi tai halutessaan jättää osaan kysymyksistä vastaamatta. Koska teimme kyselymme Webropol-ohjelman avulla, kyselystä tuli selkeä ja hyvin jäsennelty. Ennen kyselyn lähettämistä kohdeyleisölle testasimme kyselyämme kymmenellä henkilöllä paperisena versiona. Näin saimme testattua kyselymme toimivuutta ja kuinka paljon aikaa kyselyn täyttämiseen kului.

Kun kysely lähetetään suurelle yleisölle, se ei yleensä tuota tulokseksi kovin korkeaa vastausprosenttia: parhaimmillaan vastauksia saadaan 30–40 % lähetetyistä lomakkeista. Yleensä kyselyn laatija joutuu muistuttamaan vastaamatta jääneitä lähettämällä kyselyn uudestaan heille. Kyselyn uudelleen lähettäminen toistetaan yleensä kahdesti. Tällöin vastausprosentti voidaan saada nousemaan 70–80%. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 196.)

Vaikka lähetimme kyselyn monen eri tahon kautta, saimme vastauksia melko vähän. Tähän voi olla monia syitä. Kysely lähti kahden eri järjestön sähköposti-utiskirjeen mukana, jolloin vastaanottaja ei välttämättä huomannut kyselyn linkkiä muusta informaatiosta. Moni ei välttämättä edes lue uutiskirjeitä vaan sivuttaa ne. Pystyimme katsomaan Webropol-ohjelman avulla, milloin vastauksia oli tullut eniten. Ensimmäiset kymmenen vastausta saimme Hesetan ensimmäisen uutiskirjeen lähdettyä ajanjaksolla 6.11–15.11. Yhteistyökumppanimme Heseta kertoi laittaneensa kyselyn linkin seuraavan uutiskirjeen alkuun, jolloin vastaanottajat ovat luultavimmin huomanneet kyselyn paremmin. Seuraavat vastaukset tulivat ajalla 23.11–28.11. sekä 10.12.–17.12. Tällä ajanjaksolla lähti Hesetan toinen uutiskirje ja laitoimme kyselymme linkin koulumme

Facebook-sivulle. Lisäksi Heseta ja Sateenkaariperheet ry laittoivat linkin myös Facebook-sivuilleen. Luultavasti suurin osa vastauksistamme on tullut Facebook-sivuille laitettujen kyselylinkin kautta sekä Hesetan toisen uutiskirjeen avulla. Viimeisimmät vastaukset saimme ajanjaksolla 23.12–15.1.

Voiko olla, että sateenkaari-ihmiset eivät pääosin koe tulevansa syrjityiksi sosiaali- ja terveysalan palveluissa, jolloin heillä ei ole mielenkiintoa vastata kyselyyn? Lisäksi aihe ei välttämättä ole kaikkien mielestä ajankohtainen. Monet eivät myöskään pidä kyselyihin vastaamisesta tai kokevat kyselyt liian pitkinä tai aikaa vievinä.

Vastauksista huomasimme, että osa vastaajista ei vastannut kaikkiin kyselyn kohtiin. Tämä saattaa johtua siitä, ettei kysymystä ole ymmärretty tai sitä ei ole pidetty merkityksellisenä. Monivalintakohdissa kohtaan ”En osaa sanoa” vastasi keskimäärin 20,2 % vastaajista. Tässä kohtaa voidaan miettiä, oliko kysymysten asettelussa jotakin epäselvää tai olisiko kysymyksiä pitänyt avata, jotta niiden tarkoitus olisi ollut selkeämpi. Saimme avoimiin vastauksiin asiasta myös mielihiteen vastaajalta:

– –ette ottaneet kysymyksissänne huomioon sitä että suurin osa ei koskaan tuo esiin sukup.suuntautumistaan terv.huollossa. Siksi en voi vastata muuta kuin en osaa sanoa koska asia ei nouse esille koska en tuo sitä itse eikä sitä koskaan kysytä.

Kyselyn tulosten luotettavuutta voidaan kyseenalaistaa pienen vastausotoksen vuoksi. Vaikka kysely on lähetetty oikealle kohderyhmälle, eli sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen edustajille, ovat siihen saattanut vastata myös ei kohderyhmään kuuluvat henkilöt. Kyselyn eettisyys on validi, sillä kyselyn vastaajat vastasivat anonymisti ja verkossa.

Alkuperäisenä ideana oli kartoittaa ainoastaan pääkaupunkiseudun sateenkaari-ihmisten kokemuksia syrjinnästä sosiaali- ja terveysalan palveluissa. Tämän vuoksi lähetimme aluksi kyselymme vain Hesetan uutiskirjeen mukana, sillä sen levikki on pääkaupunkiseudulle. Kun vastauksia ei ollut tullut riittävästi, pyysim-

me lähettämään kyselymme uudestaan, jolloin kyselyyn vastasi jo muualta kuin pääkaupunkiseudulta kotoisin olevia henkilöitä. Tämän vuoksi kyselyyn vastanneista osa on muualta kuin pääkaupunkiseudulta.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta

Alun perin hypotesimme oli, että sateenkaari-ihmiset kokevat syrjintää sosiaali- ja terveyspalveluissa. Keräämämme aineiston perusteella voi todeta, että hypotesimme toteutumiseen on indikaatioita. Moni vastanneista koki joutu-neensa jonkunlaisen syrjinnän kohteeksi sosiaali- ja terveysalan palveluissa. Kyselyssä kävi ilmi, että osa vastanneista koki syrjinnän johtuvan koulutuksen puutteesta. Tilanne on huolestuttava, sillä jokaisen ihmisen tulisi pystyä asioimaan sosiaali- ja terveysalan palvelun tarjoajalla omana itsenään ja rehellisesti, jotta ihminen saisi tarvitsemansa avun.

Eri ikäluokilla on suuria eroja tiedoissa ja taidoissa koskien sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjä. Lisääntynyt tieto ei kuitenkaan aina ole hyväksi, sillä ihminen saattaa kokea, että sukupuolten ja seksuaalisuuksien kirjo järkyttää heidän käsityksensä todellisuudesta, jolloin hän haluaa joko kieltää heidän olemassa olon tai määrittelee heidät epänormaaleiksi. Tällä lailla reagoivat ihmiset tarvitsevat yhtäläillä apua elämäänsä kuin ne, jotka ovat korjaamassa sukupuoltaan tai haluavat elää arjessa seksuaalisen halunsa kanssa. (Vilkkä 2010, 107.) Kyselyyn vastanneiden kokemukset ovat riippuvaisia yksittäisistä kohtaamisista yksittäisten hoitajien ja lääkäreiden kanssa, jolloin näiden yksilöiden mielipiteet ovat tulleet ilmi joko suoranaisesti tai välillisesti. On harmillista, että näiden ammattilaisten omat negatiiviset kokemukset ja suhtautuminen ovat tulleet esille hoitotilanteessa ja asiakas on kokenut tilanteen loukkaavana.

Mahdollisia syitä sille, että terveysalan palvelut ovat negatiivisemmin koettuja kuin sosiaalialan palvelut ovat ne, että vastaajat olivat käyttäneet terveysalan palveluita enemmän ja luultavimmin sukupuolinen tai seksuaalinen suuntautuminen tulee sosiaalialan palveluissa huonommin esille verrattuna terveysalan palveluihin. Avoimissa vastauksissa koskien syrjintäkokemuksia emme saaneet yhtään konkreettista esimerkkiä sosiaalialalla tapahtuvasta syrjinnästä.

Lesbo- ja bi-seksuaalinaisten kohdalla tulee muistaa, että sukupuolitaudit tarttuvat myös naisten välisessä seksissä. Lesb naiset eivät kuitenkaan käy gynekologisissa tutkimuksissa kovin säännöllisesti, sillä heillä ei ole ehkäisyn tarvetta. Naiset saattavat myös vältellä leimaantumisen pelon ja ennakkoluulojen vuoksi (Ryttyläinen ja Valkama 2010, 99).

Sosiaali- ja terveysalan esihaastatteluisissa ja lomakkeissa sukupuolen oletus on aina biologinen sukupuoli, eikä se näin ota huomioon ihmisen mahdollista moninaista kokemusta sukupuolesta. Nykyään lomakkeissa on kuitenkin mahdollista valita siviilisäädyksi ”rekisteröity parisuhde”. Kyseisen kohdan valitseminen lomakkeesta voi olla ihmiselle joskus äärimmäisen vaikeaa, sillä silloin hän tuo ilmi, että hänen elämän kumppaninsa on samaa sukupuolta edustava ja näin hän pelkää joutuvansa kokemaan homopelkoisuutta ja syrjintää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta. (Vilka 2010, 86–87). Kyselyssämme tuli ilmi, että vastaajat ovat kokeneet juuri tämän kaltaista pelkoa. Vastaajat kokivat, ettei ympäristö tuntunut turvalliselta kertoa omasta sukupuolen tai seksuaalisuuden suuntautumisestaan, vaikka mahdollisuus oli siitä kertoa tai sitä kysyttiin heiltä.

Työministeriön vuonna 2006 teettämässä tutkimuksessa ”Suomalaiset sateenkaariperheet sosiaali- ja terveyspalveluissa ja kouluissa” kysyttiin vastaajilta heidän kokemuksiaan erilapsiperheiden palvelusta ja palvelupaikoista Suomessa. Tutkimus on osa työministeriön ”Seis – Suomi eteenpäin ilman syrjintää” -hanketta (Kuosmanen & Jämsä 2007, 12). Kyselyyn vastanneista 19 % oli kokenut syrjintää osassa sosiaali- ja terveysalan palveluista ja 2 % kaikissa palveluissa. 7 % vastanneista ei osannut sanoa, olivatko he tulleet syrjityksi, sillä he eivät olleet varmoja, millaista kohtelua heterot palveluissa saivat. 44 % naispareista oli kokenut joutuneensa syrjityksi hedelmöityshoidoissa ja –palveluissa. Kolmannes vastaajista oli selvittänyt ennakkoon palveluiden ennakkoluuloisuutta ja tehnyt sen perusteella valinnan palvelun tarjoajasta. Selitys tälle syrjinnälle näytti kyselyn perusteella olevan se, että erityisesti lapsiperheiden palvelut on suunniteltu heteroydinperheiden mallin mukaan. (Kuosmanen & Jämsä 2007, 109.)

Sateenkaariperhe-kyselyyn vastanneista sateenkaariperheen vanhemmista 21 % oli syrjintäkokemuksia palveluissa. Joillekin transperheiden vanhemmille syrjinnästä oli koitunut traumaattisia kokemuksia, joista voi seurata vakavaa uhkaa mielenterveydelle. Kyselyssä kävi ilmi, että suurin osa vastanneista pelkää tai odottaa tulevansa syrjityksi. Syrjinnän pelko voi lamauttaa yksilön niin, että siitä on uhkaa koko perheen hyvinvoinnille. Vakavin seuraus palveluiden aiheuttamasta syrjinnän pelosta aiheutuu kun perheet jättävät hakeutumatta sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin. 10 % sateenkaariperheistä kertoi jättäneensä palveluiden käyttämisen kyseisestä syystä ja 23 % perheistä otti etukäteen selvää palvelun tarjoajien asenteista. (Jämsä 2008, 96.)

Tarkastellessamme Diakonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajien ja sosionomien opetussuunnitelmia, löysimme sieltä pakollisia opintokokonaisuuksia, joista on apua sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöjen kohtaamisessa ammattilaisena työelämässä. Vaikka koulutukset ovat erilaiset, opetussuunnitelmissa oli yhtäläisyyksiä opintojaksojen sisällöissä. Ensimmäisen lukukauden ammatillisen työn lähtökohdat – opintojaksoon, joka kuuluu sekä sairaanhoitaja- että sosionomikoulutukseen, kuuluu ammatillisuuden, arvojen ja etiikan sekä asiakkuuden opinnot. Näissä opinnoissa on tavoitteena muun muassa osata analysoida eettisen toimintansa taustalla olevia ihmiskäsityksiä ja arvoja sekä tunnistaa erilaisia maailmankuvia ja ihmiskäsityksiä ja osata jäsentää niiden merkitys auttamistyössä. (Diak opetussuunnitelma sairaanhoitaja/sosionomi 2015, 2.)

Viidennellä lukukaudella sekä sosionomi- että sairaanhoitajaopiskelijoilla on moninaisuus ja monikulttuurisuus – opintojakso. Tällä opintojaksolla keskitytään muun muassa moninaisuuteen, monikulttuurisuuteen sekä niiden keskeisiin käsitteisiin, syrjintään, rasismiin ja yhdenvertaisuuden edistämiseen sekä tutustutaan vähemmistöihin ja heidän terveytensä ja hyvinvointiinsa. (Diak opetussuunnitelma sairaanhoitaja/sosionomi 2015, 12–13.)

8.2 Yhteistyökumppani

Yhteistyö Helsingin Seta ry:n kanssa sujui alusta saakka hienosti. Idea syntyi yhteistyökumppaniltamme. Saimme kannustusta ja tukea prosessiin työn edessä. Aihe on yhteistyökumppanillemme tärkeä ja hyödyllinen, joten tämä lisäsi työn tekemisen mielekkyyttä ja motivaatiota. Yhteistyökumppanimme tulee hyötymään tekemästämme työstä ja aiomme lähettää sen heille.

8.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyötä tehdessä koimme laajakirjallisen työn teon haasteellisena ja kasvattavana. Teoriapohjaa kerätessämme perehdyimme laajasti lähdekirjallisuuteen, josta jo yksinään saimme paljon tietoa sateenkaari-ihmisistä ja heidän historiastaan yhteiskunnassa. Kyselyn tulokset avasivat silmiämme enemmän koskien tämän kohderyhmän kokemuksia syrjinnästä ja heikosta palvelun tasosta. Opinnäytetyön teko auttoi meitä ymmärtämään mistä mahdolliset ennakkoluulot kumpuavat. Opimme arvioimaan kriittisemmin omaa tapaa kohdata asiakkaita yksilöinä. Terveystenhoitajan työssä on olennaista pysyä ajan hermoilla ja päivittää omaa ammatillista tietämystä. Työ sai meidät miettimään ammatillisuuden merkitystä ja sitä, miten omien ennakkoluulojen tulee väistyä ammatillisen kasvun tieltä. Haluamme tulevana terveydenhoitajina tarjota laadukasta ja tasavertaista hoitotyötä. Toivomme tulevaisuudessa, ettei kukaan joudu epäröimään avun hakemista ennakkoluulojen pelossa ja, että kaikki voivat asioida omana itsenään.

Työn kautta myös eri terveys- ja sosiaalipalvelut tulivat meille tutuiksi ja samoin saimme tietää mitä palveluita ihmiset käyttävät eniten. Avoimet vastaukset avasivat hyvin hoitotilanteita, joissa myös me itse voisimme käyttäytyä toista loukkaavasti ilman, että sitä edes tajuaisimme. Omalla kohdallani (Anna) voin hyvin allekirjoittaa tiedon puutteen johtavan tähän. Tämän vuoksi en kokisi huonona ideana että kaupungilla/kunnilla olisi muutama hoitaja/lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen, joka olisi erikoistunut sateenkaari-ihmisiin ja näin pystyisi tarjoamaan juuri heille parasta hoitoa. Kokonaisuudessaan opinnäyte-

työn tekeminen oli pitkä ja vaativa prosessi, mutta olemme tyytyväisiä, että valitsimme juuri tämän aiheen, koska siitä on varmasti hyötyä meille kaikille tulevaisuudessa.

Opinnäytetyötä tehdessä opimme uusia puolia itsestämme. Opinnäytetyön teko kolmen ihmisen kesken on pelkästään aikataulullisesti jo haastavaa. Opimme kuitenkin delegeimaan paremmin ja olemaan ryhmässä kaikki aktiivisessa roolissa. Uskomme tämän auttavan meitä tulevana terveydenhoitajana. Ryhmätyöskentelyn muodossa tehdyn opinnäytetyön etuna on se, että pääsimme kaikki kolme harjoittelemaan kompromissien tekoa työskennellessämme. Tulevana terveydenhoitajana on hyvä hallita työskentely ryhmässä, sillä tulevassa ammatissamme on tärkeää pystyä työskentelemään osana moniammatillista työryhmää.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Kun pyysimme kyselyssämme vastaajia kertomaan, miten heidän mielestään voitaisiin edistää tasa-arvoista kohtelua sosiaali- ja terveystalvissa, saimme 34 vastausta. Vastaukset ovat konkreettisia ja melko yhtenäisiä. Vastauksissa ehdotettiin muun muassa järjestämään kampanjoita syrjinnän poistamiseksi sosiaali- ja terveystalan palveluista, lisäämään vastaanottotiloihin kantaaottavia julisteita, tekemällä hakemuksista sukupuolineutraaleja sekä lisäämällä ammatihenkilöiden kouluttamista ja tietämystä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöistä.

Työmme avoimista vastauksista voitaisiin kerätä yhteenveto, joka esitettäisiin sosiaali- ja terveystalan ammattilaisille. Tämä saattaisi herättää ammatihenkilöissä ajatuksia liittyen omaan ammatillisuuteen ja suhtautumiseen seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjä kohtaan. Työelämässä voisi tehdä kyselyn sosiaali- ja terveystalan ammatihenkilöille, jossa kartoitettaisiin heidän mielipiteitään siitä, miten he kohtaavat tai suhtautuvat seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjä edustaviin ihmisiin.

Työ- ja opiskelutasolla olisi tärkeää saada enemmän koulutusta siihen, miten kohdata sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluva henkilö. Lisäksi ajankohtaista perustietoa sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöihin kuuluvista ihmisistä tulisi antaa koulussa sekä työpaikoilla, jotta välttyttäisiin tilanteilta, joissa potilas ohjaa ammattihenkilöä. Työelämässä oleville pitäisi järjestää jatkokoulusta sekä seminaareja aiheeseen liittyen.

Erityisesti olisi tarvetta lisäkouluttaa julkisen sektorin työntekijöitä, sillä kunnat tarjoavat 77 % terveystalvöluista ja 70 % sosiaalipalveluista. Kuitenkin kolmannen sektorin eli erilaisten järjestöjen merkitys on kasvamassa terveystalvö- ja sosiaalipalvelujen tuottajana. (Hiila-O'Brien 2011, 278.) Esimerkiksi Seta ry:llä olisi luultavasta osaamista kouluttaa ja tarjota tai ehdottaa palveluita julkisen puolen sosiaali- ja terveystalvan ammattilaisille sekä yksityishenkilöille.

LÄHTEET

- Aaltio, Elina 2013. Hyvinvoinnin uusi järjestys. Gaudeamus Oy HHY Yhtymä.
- Aalto, Elina 2013. Hyvinvoinnin uusi järjestys. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Aaltonen, Milla; Joronen, Mikko & Villa, Susan 2009. Syrjintä Suomessa 2008. Ihmisoikeusliitto ry. Viitattu 26.11.2014. <http://yhdenvertaisuus-fi-bin.directo.fi/@Bin/a728ec572a5ab2a9d6f9dd63d622544f/1417017284/application/pdf/117259/Syrjint%C3%A4%20Suomessa%202008.pdf>
- Alanko, Katariina 2013. Mitä kuuluu sateenkaarinuorille Suomessa? Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura.
- Bildjuschkin, Katriina & Ruuhilahti, Susanna 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Helsinki: Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa.
- Diakonia-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelma 2015. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK). Sosiaalialan koulutusohjelma, sosionomi (AMK). Viitattu 3.2.2015.
- Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Toimittanut Klemetti, Reija & Raussi-Lehto, Eija. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Eriksson, Elina; Merasto, Merja; Sipilä, Marianne & Korhonen, Teija 2013. Artikkelikeli Yhtenevä sairaanhoitajakoulutus vastaa tulevaisuuden osaamisvaatimukseen. Tutkiva Hoitotyö, Hoitotieteellinen aikakauslehti Fioca Oy 1/2013, 44–46.
- Helsingin Seksuaalinen Tasavertaisuus ry (HeSeta) 2014. Internetsivusto. Viitattu 30.11.2014. <http://www.heseta.fi/>
- Hiila-O'Brien, Helena 2011. Tuleeko Suomi toimeen ilman sosiaali- ja terveysjärjestöjä? Teoksessa Väestöliitto (toim.) Suomalaisen hyvinvoinnin ja onnellisuuden tulevaisuus. Helsinki: VL-markkinointi Oy, 274–285.
- Hildén, Raija 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tekijät ja kirjayhtymä Oy.

- Hirviniemi, Outi & Hyvönen, Arto 1984. Vapautusliikkeet ja sosiaalipalvelutoiminta. Teoksessa Kai Sievers & Olli Stålström Olli (toim.) Rakkauden monet kasvot. Espoo: Weilin+Göös, 392-400.
- International lesbian, gay, bisexual, trans and intersex association 2015. Internet-sivusto. Viitattu 4.2.2015. <http://ilga.org/>
- Isaksson, Eva 1984. Kansainvälinen solidaarisuus. Teoksessa Kai Sievers & Olli Stålström Olli (toim.) Rakkauden monet kasvot. Espoo: Weilin+Göös, 358-366.
- Jämsä, Juha 2007. Näkymättömistä perheistä sateenkaariperheiksi – seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen lapsiperheet. Teoksessa Kati Mustola & Johanna Pakkanen (toim.) Sateenkaari-Suomi. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen historiaa. Helsinki: Like, 163–174.
- Jämsä, Juha 2008. Ammatillisia työkaluja moninaisuuden kohtaamiseen. Teoksessa Juha Jämsä (toim.) Sateenkaariperheet ja hyvinvointi. Jyväskylä: PS-kustannus, 98–117.
- Jämsä, Juha 2008. Ammatillisia työkaluja moninaisuuden kohtaamiseen. Teoksessa Juha Jämsä (toim.) Sateenkaariperheet ja hyvinvointi. Jyväskylä: PS-kustannus, 98-117.
- Jämsä, Juha 2008. Mitä moninaisuuden kohtaaminen vaatii ja antaa. Teoksessa Juha Jämsä (toim.) Sateenkaariperheet ja hyvinvointi. Jyväskylä: PS-kustannus, 20-25.
- Jämsä, Juha 2008. Sateenkaariperheiden kokemuksia palveluista. Teoksessa Juha Jämsä (toim.) Sateenkaariperheet ja hyvinvointi. Jyväskylä: PS-kustannus, 86-97.
- Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, Jorma 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Klavus, Jan 2010. Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari

- Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 28–43.
- Kuosmanen, Paula & Jämsä, Juha 2007. Monimuotoiset sateenkaariperheet heteroydinperheille suunnitellussa palvelujärjestelmässä. Teoksessa Paula Kuosmanen & Juha Jämsä (toim.) Suomalaiset sateenkaariperheet sosiaali- ja terveyspalveluissa ja kouluissa. Helsinki: Työministeriö, 102–114.
- Kuosmanen, Paula & Jämsä, Juha 2007. Suomalaiset sateenkaariperheet sosiaali- ja terveyspalveluissa ja kouluissa. Helsinki: Työministeriö, 12.
- KvantiMOTV 2015. Kyselylomakkeen laatiminen. Internet-sivusto. Viitattu 29.1.2015.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>
- KvantiMOTV 2015. Mittaaminen: muuttujien ominaisuudet. Internet-sivusto. Viitattu 4.6.2015.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>
- Laki yhdenvertaisuudesta 2004/21, 20.1.2004. Viitattu 27.11.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021>
- Lehtonen, Jukka 2006. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt Suomen kunnissa. Keinoja ja ideoita yhdenvertaisuuden tueksi. Helsinki: Työministeriö.
- Mustola, Kati 2007. Suomalaisten lesbo- ja homoliikkeiden historiaa. Teoksessa Kati Mustola & Johanna Pakkanen (toim.) Sateenkaari-Suomi. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen historiaa. Helsinki: Like, 18–34.
- Muuri, Anu 2010. Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 78–95 .
- Månsson, Ulf 1984. Synti, rikos, ihmisoikeus – oikeustaistelun historiaa ja nykypäivää. Teoksessa Kai Sievers & Olli Stålström Olli (toim.) Rakkauten monet kasvot. Espoo: Weilin+Göös, 331-357.
- Nissinen, Leena 2011. Myötäeläminen ja voimavarat. Teoksessa Liisa Tuovinen, Olli Stålström, Jussi Nissinen ja Jorma Hentilä (toim.) Saanko

- olla totta? Sukupuolen ja seksuaalisuuden moninaisuus. Helsinki: Gaudeamus, 149–171.
- Ryttyläinen, Katri & Valkama, Sirpa 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- Sateenkaariyhteisöt ry 2014. Internetsivusto. Viitattu 30.11.2014.
<http://www.sateenkaariyhteisot.fi/>
- Seksuaalinen Tasavertaisuus ry (Seta) 2014. Hlbtiq-sanasto. Viitattu 30.12.2014 <http://seta.fi/hlbtiq/>
- Selvitys sukupuolivähemmistöjen asemasta 2015. Tasa-arvoaltuutetun toimisto. Tasa-arvojulkaisuja 2012:1. Viitattu 26.1.2015. http://www.tasa-arvo.fi/c/document_library/get_file?folderId=243322&name=DLFE-19023.pdf
- Sosiaali- ja terveydenhuolto ja syrjintä 2015. Suomi eteenpäin ilman syrjintää. Viitattu 15.1.2015. <http://yhdenvertaisuus-fi-bin.directo.fi/@Bin/62b68df24a5c2619fbb64efb32258cfa/1421319596/application/pdf/115079/SEIS-soster.pdf>
- Tasa-arvoaltuutetun toimisto 2012. Selvitys sukupuolivähemmistöjen asemasta. Tasa-arvojulkaisu 2012: 1. Viitattu 30.12.2014. http://www.tasa-arvo.fi/c/document_library/get_file?folderId=243322&name=DLFE-19023.pdf
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vilkka, Hanna 2010. Sukupuolen ja seksuaalisuuden kohtaaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- World Health Organization 2014. WHO definition of Health. Viitattu 27.11.2014. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

LIITE 1: Saatekirje

Diakonia Ammattikorkeakoulu
Helsinki, Diak Etelä
Anna Ikäheimo c23648
Aino Isotalo c23649
Matilda Koivunen c23654

28.8.2014

OT-kyselylomake

SAATEKIRJE

Olemme kolme terveydenhoitajaopiskelijaa Helsingin Diakonia-Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä aiheesta Sateenkaari-ihmisten kokemuksia syrjinnästä sosiaali- ja terveystalvveluissa. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa Pääkaupunkiseudun sukupuoli- ja seksuaalivähemmistön kokemuksia terveys- ja sosiaalipalveluista ja kokemuksia syrjinnästä näiden palveluiden piirissä. Kyselyn vastauksia käytämme opinnäytetyössämme. Opinnäytetyömme valmistuu 2015 vuoden aikana ja on sen jälkeen luettavissa Ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseuksessa. Kyselyyn vastaaminen vie vastauksistasi riippuen 10–25 minuuttia.

Kysely on avoimena verkossa ja se on täysin anonyymi. Itse kyselyssä ei pyydetä mitään yhteystietoja. Toivomme, että mahdollisimman moni vastaisi, jotta saisimme mahdollisimman kattavan otoksen Pääkaupunkiseudun tilanteesta.

LIITE 2: Kyselylomake

TAUSTATIEDOT

1. Ikäsi
 - a. alle 20-vuotias
 - b. 20–29
 - c. 30–39
 - d. 40–49
 - e. 50–59
 - f. 60–69
 - g. 70-vuotias tai yli
2. Asuinpaikkakuntasi _____.
3. Miten kuvailet sukupuoltasi?
 - a. mies
 - b. nainen
 - c. muu, mikä? _____.
4. Miten kuvailet sukupuoli-identiteettiäsi?
 - a. transvestiitti
 - b. transgender
 - c. cis-sukupuolinen
 - d. intersukupuolinen
 - e. transsukupuolinen
 - f. muu, mikä? _____.
5. Miten määrittelet seksuaalisen suuntautumisesi?
 - a. lesbo
 - b. homo
 - c. bi
 - d. hetero
 - e. en tiedä
 - f. muu, mikä? _____.

6. Mikä on tämän hetkinen siviilisäätyysi?
- a. yksinelävä/naimaton
 - b. parisuhteessa
 - c. avoliitossa
 - d. avioliitossa
 - e. rekisteröidyssä parisuhteessa
 - f. leski
7. Onko sinulla lapsia?
- a. kyllä
 - b. ei
8. Kuinka koet elämäsi kokonaisvaltaisesti (perhetilanne, terveys, työ/opiskelu, ystävät, rahatilanne jne) tällä hetkellä?
- a. Hyvin, minulla ei ole ongelmia.
 - b. Melko hyvin, joitain ongelmia on, mutta selviän niistä.
 - c. Vaihtelevasti, välillä menee hyvin ja välillä huonommin.
 - d. Melko huonosti, sillä olen toisinaan huolissani tai ahdistunut.
 - e. Huonosti, koska tarvitsen tai koen tarvitsevani apua selvitäkseni.

KOKEMUKSET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Seuraavat kysymykset koskevat kokemuksia sosiaali- ja terveystalveluiden piirissä.

9. Missä sosiaalitalveluissa olet asioinut?
- a. lastenhoito (perhepäivähoito, päiväkotii)
 - b. asumistalvelut
 - c. laitoshoitoo (ikäihmisset, vammaisset, päihdeongelmat)
 - d. päihdetalvelut (avohoitoo, kuntoutus, katkaisuhoitoo)
 - e. muu, mikä _____.

10. Missä terveyspalveluissa olet asioinut?
- a. terveyskeskus
 - b. neuvola (äitiys- ja lastenneuvola)
 - c. sairaala (julkinen, yksityinen)
 - d. suun terveydenhuolto
 - e. koulu-/opiskeluterveydenhuolto
 - f. työterveyshuolto
 - g. mielenterveyspalvelut
 - h. päivystys & ensihoito (kiireellinen, akuutti hoito)
 - i. muu, mikä _____.

Seuraaviin kysymyksiin voit vastata valitsemalla vastausvaihtoehdon seuraavista:

- 1 Olen täysin samaa mieltä
- 2 Olen jokseenkin samaa mieltä
- 3 En osaa sanoa
- 4 Olen jokseenkin eri mieltä
- 5 Olen täysin eri mieltä.

Jos vastasit käyttäneesi sosiaalipalveluita, vastaathan seuraaviin kysymyksiin:

11. Olen saanut sukupuoltani/seksuaalisuuttani kunnioittavaa kohtelua sosiaalialan palvelussa.

1 2 3 4 5

Missä sosiaalialan palvelussa?

_____.

12. Minun on helppo hakeutua sosiaalialan palveluiden piiriin.

1 2 3 4 5

13. Olen kokenut sosiaalialan palvelun palveluympäristön olleen vastaanottava minua kohtaan.

1 2 3 4 5

Minkä sosiaalialan palvelun ympäristön erityisesti?

_____.

14. Koen voivani asioida sosiaalialan palveluissa omana itsenäni.

1 2 3 4 5

15. Koen, että sosiaalialan ammattilaisilla on hyvät tiedot sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä.

1 2 3 4 5

Missä sosiaalialan palveluissa erityisesti?

_____.

Jos vastasit käyttäneesi terveyspalveluita, vastaathan seuraaviin kysymyksiin:

16. Olen saanut sukupuoltani/seksuaalisuuttani kunnioittavaa kohtelua terveysalan palvelussa.

1 2 3 4 5

Missä terveysalan palveluissa? _____.

17. Minun on helppo hakeutua terveysalan palveluiden piiriin.

1 2 3 4 5

18. Olen kokenut terveysalan palvelun palveluympäristön olleen vastaanottava minua kohtaan.

1 2 3 4 5

Minkä terveysalan palvelun ympäristön erityisesti?

_____.

19. Koen voivani asioida terveysalan palveluissa omana itsenäni.

1 2 3 4 5

20. Koen, että terveysalan ammattilaisilla on hyvät tiedot sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöistä.

1 2 3 4 5

Missä terveysalan palveluissa erityisesti?

_____.

KOKEMUKSET SYRJINNÄSTÄ

Syrjintä määritelmänä tarkoittaa ihmisten eriarvoista kohtelua tai erilaiseen asemaan asettamista ilman hyväksyttävää perustetta. Syrjinnän erilaisia muotoja voivat olla uhkaavan, vihamielisen, halventavan tai nöyryyttävän ilmapiirin luominen sekä käsky tai ohje syrjiä. Syrjintä on kiellettyä Suomessa lailla ja syrjintää käsitteleviä kohtia on perustuslaissa, rikoslaissa, tasa-arvolaissa sekä yhdenvertaisuuslaissa

Yhdenvertaisuuslain 6§ mukaan:

Ketään ei saa syrjiä iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Lähde: Syrjintä Suomessa 2008 (Aaltonen, Joronen ja Villa)

Seuraavissa kysymyksissä kartoitamme kokemuksia syrjinnästä esittämällä väittämiä, joihin voitte vastata vastausvaihtoehtojen avulla.

21. Koen, että minua on syrjitty sosiaali- ja terveysalan palveluissa.

1 2 3 4 5

Missä palveluissa erityisesti?

_____.

22. Olen tullut syrjityksi sosiaali- ja terveystalvluissa
- aina
 - usein
 - joskus
 - harvoin
 - en koskaan.
23. Koen, että syrjiminen johtuu seksuaali- tai sukupuolisuuntautumisestani.
- 1 2 3 4 5
24. Pelkään tulevani syrjityksi sosiaali- ja terveystalan palveluissa.
- 1 2 3 4 5
25. Jos olet kokenut syrjintää sosiaali- ja terveystalan palveluissa, min-kälaisia seuraamuksia syrjintä on aiheuttanut?
- Palvelun käyttö ahdistaa, mutta käytän palvelua edel-leen.
 - En käytä enää kyseistä palvelua, mutta en ole vaihta-nut uuteen palveluun.
 - En käytä enää kyseistä palvelua ja olen vaihtanut uu-teen palveluun.
 - Olen tehnyt valituksen palvelusta palvelun antajalle.
 - En ole kokenut syrjinnän haittaavan palveluiden käyt-töä.
 - En osaa sanoa.
26. Syrjinnästä on aiheutunut minulle
- henkistä
 - fyysistä
 - sosiaalista
 - taloudellista haittaa.
 - Syrjinnästä ei ole aiheutunut minulle haittaa.

27. Tiedän, että läheisiäni on syrjitty sosiaali- ja terveysalan palveluissa.
- 1 2 3 4 5
28. Onko syrjintä sosiaali- ja terveysalan palveluissa aiheuttanut sinulle mielenterveysongelmia?
- a. Kyllä, minkälaisia? _____.
- b. Ei.
- c. En osaa sanoa.
29. Onko syrjintä sosiaali- ja terveysalan palveluissa aiheuttanut sinulle päihdeongelmia?
- a. Kyllä, minkälaisia? _____.
- b. Ei.
- c. En osaa sanoa.
30. Mikäli olet kokenut syrjintää, kerro ja kuvaile tapahtunutta syrjintätilannetta.
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____.
31. Miten mielestäsi voisi edistää tasa-arvoista kohtelua sosiaali- ja terveyspalveluissa?
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____.

Kiitos paljon vastauksistasi!