

Pilvi Hongisto, Emma Kahelin

Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisy Suomessa

Riskinarviointimalli

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

21.4.2016

<p>Tekijät Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Pilvi Hongisto, Emma Kahelin Tytöiden ja naisten ympärileikkauksen ehkäisy Suomessa – Riskinarviointimalli</p> <p>34 sivua + 3 liitettä 21.4.2016</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Sairaanhoidtaja (AMK)</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Hoitotyön koulutusohjelma</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Sairaanhoidtaja</p>
<p>Ohjaaja</p>	<p>Marja Salmela, FT, TtM, Lehtori</p>
<p>Opinnäytetyön aiheena oli tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisy. Vuosittain miljoonat tytöt ovat vaarassa joutua ympärileikatuksi. Kasvavan maahanmuuton myötä Suomesakin sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset kohtaavat yhä useammin riskissä olevia tyttöjä ja naisia. Useiden tutkimusten mukaan ammattihenkilöstöllä esiintyy epävarmuutta sen tunnistamisessa ja puheeksi ottamisessa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen riskitekijöitä sekä keinoja puheeksi ottamiseen ja laatia näiden pohjalta riskinarviointimalli. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisevän työn yksinkertaistaminen oli opinnäytetyön tavoitteena. Opinnäytetyö toteutettiin kehittämistyönä, jossa aineiston keruu tapahtui kirjallisuuskatsauksen avulla.</p> <p>Työn tuloksena syntyi riskinarviointimalli, johon koottiin yleisimpiä riskitekijöitä tyttöjen ja naisten ympärileikkaukselle, kuten riskimaita sekä taustatekijöitä. Malliin koottiin myös neuvoja puheeksiottamistilanteeseen. Loppuun lisättiin toimintaohje huolen herätessä.</p> <p>Riskinarviointimalli hyödyttää kaikkia muuttajataustaisten tyttöjen ja naisten parissa työskenteleviä tunnistamaan mahdollisen ympärileikkauksen riskin ja puuttumaan siihen ajoissa. Opinnäytetyö julkistettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Ajankohtaista seksuaali- ja lisääntymisterveydestä -uutiskirjeessä. Riskinarviointimalli luovutettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen käytettäväksi myös tulevaisuudessa. Lisäksi sitä levitettiin sähköisesti muutamiin vastaanottokeskuksiin ympäri Suomen.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>tyttöjen ja naisten ympärileikkaus, fgm, ehkäisevä työ, riskinarviointimalli</p>

Authors Title	Pilvi Hongisto, Emma Kahelin Prevention of Female Genital Mutilation in Finland – risk assessment template
Number of Pages Date	34 pages + 3 appendices 21 April 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Marja Salmela, PhD, M. Sc., Lecturer
<p>The subject of the project was the prevention of female genital mutilation. Every year millions of girls are at risk of being circumcised. As immigration to Finland increases, health care professionals face more and more girls at risk, even in Finland. According to many studies, health professionals feel uncertain when identifying girls at risk and raising the issue with them or with their parents.</p> <p>The purpose of the project was to describe the risk factors of female genital mutilation as well as documenting ways to talk about it. The result, a risk assessment template, was compiled using the collected data. The aim of the project was to facilitate the prevention of female genital mutilation. The study was conducted as a development work. The data of the study was collected as a literature review.</p> <p>The result of the project was the risk assessment template in which the most common risk factors for female genital mutilation were compiled, e.g. risk countries and backgrounds. The risk assessment template also includes advice on raising the topic into discussion. Advice on how to act when reason for concern is found was appended.</p> <p>Everyone working with immigrants can benefit from the risk assessment template. The template helps to identify the possible risk and to prevent female genital mutilation. The Bachelor's thesis was published in the Sexual and Reproductive Health newsletter of the Finnish National Institute for Health and Welfare. The risk assessment template was also handed over to the Finnish National Institute for Health and Welfare. The template was also sent to some immigrant reception centers across Finland.</p>	
Keywords	female genital mutilation, FGM, female circumcision, prevention, risk assessment template

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus	2
2.1	Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus	2
2.2	Ympärileikkauksen syitä	5
2.3	Lait ja ihmisoikeudet	6
3	Riskitekijät	7
4	Ympärileikkausten ehkäisy	9
4.1	Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksia ehkäisevä työ	9
4.2	Ympärileikkauksesta keskusteleminen	11
5	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	12
6	Kehittämistyön menetelmät	14
6.1	Kehittämistyö	14
6.2	SWOT-analyysi riskinarviointimallin kehittämistyöstä	16
6.3	Kehittämistyön filosofinen perusta	17
6.4	Riskinarviointimalli käsitteenä	18
7	Kehittämistyön prosessi	19
8	Tulokset	21
8.1	Riskinarviointimallin tarkoitus ja tavoitteet	21
8.2	Riskinarviointimallin sisältö	22
9	Pohdinta	24
9.1	Tulosten tarkastelua	24
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	25
9.3	Työn julkistaminen	28
9.4	Opinnäytetyö oppimisprosessina	28
	Lähteet	30
	Liitteet	
	Liite 1. Opinnäytetyön tuloksissa käytettyjen aineistojen analyysikehys	

Liite 2. Ulkomaankansalaisten osuus Suomen väkiluvusta

Liite 3. Riskinarviointimalli

1 Johdanto

Vuosittain noin 3 miljoonan tytön on arvioitu olevan riskissä joutua ympärileikatuksi (World Health Organization 2008: 1). Tyttöjen ja naisten ympärileikkausta harjoitetaan joissain Afrikan, Lähi-idän sekä Aasian maissa. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on vanha perinne, jonka keskittymä on nykyään kuitenkin pääosin Afrikassa, jossa se on yhä varsin yleistä. Maahanmuuton myötä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksia harjoitetaan kuitenkin ympäri maailman, jopa salaa. (United Nations High Commissioner for Refugees 2013.) Tämän lisäksi maahanmuuttajatyttöjä ja -naisia saatetaan viedä vierailulle kotimaahansa toimenpidettä varten (Ihmisoikeusliitto 2010).

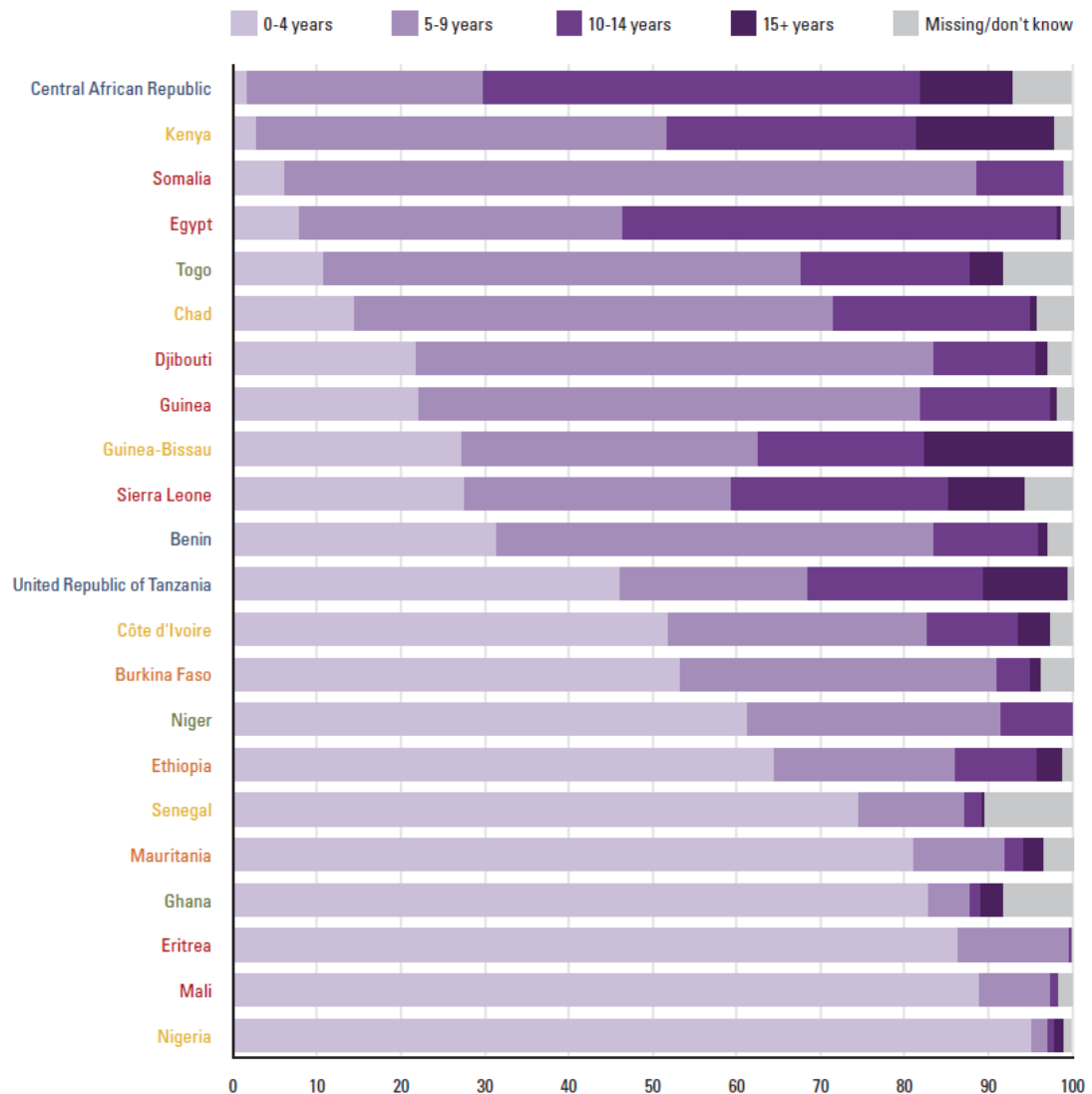
Opinnäytetyömme aiheena on tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisy. Tarkastelimme aihetta käsitteleviä tutkimusartikkeleita ja tilastoja eri maista ja näiden pohjalta kehitimme riskinarviointimallin (ks. liite 3). Opinnäytetyömme lopputuloksena syntyvää mallia voivat hyödyntää kaikki ulkomaalaistaustaisten parissa työskentelevät. Riskinarviointimallin avulla voidaan havaita ulkomaalaistaustaisten tyttöjen ja naisten ympärileikkaukselle osoittavia yleisimpiä riskitekijöitä sekä ennaltaehkäistä tapahtumaa. Työmme tarkoituksena oli siis kuvata tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen yleisimpiä riskitekijöitä sekä puheeksi ottamisen keinoja ja näiden avulla edesauttaa toimenpiteen ennaltaehkäisyä jatkuvasti monikulttuuristuvassa Suomessa (ks. liite 2). Toteutimme opinnäytetyömme kehittämistyönä, jossa aineistonkeruu tapahtui kirjallisuuskatsauksen avulla.

Ympärileikkauriskissä olevien sekä jo ympärileikattujen tyttöjen ja naisten kanssa työskentelevien parissa esiintyy Suomessa vielä epävarmuutta ympärileikkaamisen puheeksi ottamisessa ja väliintulossa. Muun muassa Ihmisoikeusliitto on kehittänyt käytännönläheisen toimintaohjeen tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta terveydenhuollon työntekijöille osana tyttöjen ympärileikkausten vastaista KokoNainen-projektia. (Tiilikainen 2011: 4, 7, 12.) Käytännönläheisiä ohjeita on suomen kielellä kuitenkin vielä melko vähän ja jo olemassa olevat ohjeet ovat pitkiä ja runsaita. Tämän vuoksi halusimme opinnäytetyöllämme kehittää tutkimuksiin sekä tilastoihin perustuvan riskinarviointimallin, jonka avulla työntekijä voi helposti ja nopeasti arvioida asiakkaansa mahdollisia riskitekijöitä ympärileikkaukselle.

2 Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus

2.1 Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseksi lasketaan kaikki teot, joissa ilman lääketieteellistä syytä vahingoitetaan naisen sukupuolielimiä tai ne poistetaan osittain tai täydellisesti (World Health Organization 2016; Tiilikainen 2011: 7). Useimmiten ympärileikkaus tehdään 0–15 ikävuoden välillä, mutta se voidaan tehdä missä tahansa iässä niin aikuiselle naiselle, raskaana olevalle tai synnyttäneelle kuin jo naimisissakin olevalle (ks. kuvio 1). Ympärileikkausikä ja -tapa riippuvat asuinmaan, -alueen ja -yhteisön perinteistä. (World Health Organization 2008: 5.) Toimenpide suoritetaan tyttöjen ja naisten itsemääräämisoikeutta rikkoen, useimmiten epähygieenisillä välineillä sekä aseptiikkaa laiminlyöden (Tiilikainen 2011: 15, 18; Ihmisoikeusliitto). Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen keskeisenä käsitteenä voidaan pitää englanninkielisiä ilmaisuja female genital mutilation tai female genital cutting. Näitä ilmaisuja käytetään usein yhdessä ja tästä yhdistelmästä käytetään lyhennettä FGM/C. Female genital mutilation, FGM, on suomeksi naisten sukupuolielinten silpominen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b; Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 79.) Termi korostaa teon vakavuutta ja sitä, että käytäntö on ihmisoikeuksien vastaista (United Nations Population Fund 2015; Mulongo – McAndrew – Hollins – Martin 2014: 297). Female genital cutting eli FGC on neutraalimpi ilmaisu tarkoittaen naisten sukupuolielinten leikkaamista (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 79). Molempia edellä mainittuja termejä ja niiden lyhenteitä, yhdistelmälyhenne mukaan luettuna, käytetään kansainvälisesti tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen viitattaessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b; Tiilikainen 2011: 7). Myös female circumcision, eli suomennettuna naisen ympärileikkaus, on usein käytetty termi, sillä se on muita ilmauksia vähemmän loukkaava ja on siten toimivampi keskusteltaessa ympärileikkauksesta (Mulongo ym. 2014: 297).



Kuvio 1. Ympärileikkauksiän prosenttiosuus maittain äitien ilmoittamana (Unicef 2013.)

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on luokiteltu Maailman terveysjärjestö WHO:n toimesta neljään eri tyyppiin: klitoriksen täydelliseen tai osittaiseen poistamiseen, klitoriksen ja sisempien häpyhuulten osittaiseen tai täydelliseen poistamiseen, sekä sisempien että ulompien häpyhuulten ja klitoriksen osittaiseen tai täydelliseen poistamiseen ja lisäksi leikattujen häpyhuulten yhteen ompeluun, ja muihin naisen sukupuolielimiä vahingoittaviin tekoihin. Ensimmäinen tyyppi käsittää joko vain klitoriksen hupun osittaisen tai täydellisen poistamisen ja/tai tämän lisäksi myös klitoriksen osittaisen tai täydellisen poistamisen. Toinen tyyppi pitää sisällään joko ainoastaan sisempien häpyhuulten poiston tai sekä klitoriksen että sisempien häpyhuulten, joissain tapauksissa myös ulompien häpyhuulten, osittaisen tai täydellisen poistamisen. Kolmannessa tyypissä joko sisemmät tai ulommat häpyhuulet sekä klitoris poistetaan osittain tai täydell-

lisesti ja leikatut häpyhuulet ommellaan yhteen jättäen vain pieni aukko virtsan ja kuukautisveren ulospääsemiseksi. Tätä kolmatta tyyppiä kutsutaan usein infibulaatioksi tai faraoniseksi ympärileikkaukseksi ja se on ympärileikkaustyypeistä laajin. Neljäs tyyppi sisältää suuren määrän erilaisia naisen sukupuolielimiä vahingoittavia toimia, kuten viiltelyn, lävistämisen tai emättimen vahingoittamisen esimerkiksi syövyttävillä aineilla. (World Health Organization 2010: 1–2; Tiilikainen 2011: 7.)

Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksella ei ole terveyshyötyjä. Haittoja teolla sen sijaan on useampia. Haitat voidaan jakaa välittömiin sekä myöhäisseurauksiin. Välittömiä seurauksia ovat muun muassa kipu, tulehdukset, vaikeudet virtsaamisessa, lähikudosten vaurioituminen sekä verenvuoto, joka voi johtaa anemiaan, verenpaineen laskuun, shokkiin tai pahimmassa tapauksessa jopa kuolemaan. Myöhäisseurauksia ovat esimerkiksi kipu, kuten yhdyntä- ja kuukautiskivut, seksuaalinen haluttomuus, ongelmat virtsatessa, krooniset virusinfektiot, kuten HIV, sekä psykologiset ongelmat, kuten masennus. Ympärileikkaus on traumaattinen, henkilökohtainen kokemus ja se voi aiheuttaa vakavia mielenterveydellisiä ongelmia vuosienkin jälkeen. (World Health Organization 2016; Tiilikainen 2011: 15–16.) Toimenpide voi olla vielä traumaattisempi niille tytöille ja naisille, jotka ovat jo ennen toimenpidettä sopeutuneet länsimaalaiseen kulttuuriin (Mulongo ym. 2014: 297). Myös toimenpiteen jälkeinen muutto länsimaiseen kulttuuriin voi aiheuttaa ympärileikatuille tytöille ja naisille pelkoa ja ahdistusta, kun ennen täysin normaali ja arvostettu perinne onkin uudessa maassa lainvastainen teko ja luettavissa väkivallaksi. Varsinkin kohtaamiset uuden maan terveydenhuollon työntekijöiden kanssa voivat tuntua pelottavilta ja nöyryyttäviltä. (Mohamed – Teshome 2015: 87.) Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus aiheuttaa myös synnytykseen liittyviä ongelmia, kuten synnytyspelkoa, keisarileikkauksia, repeämiä synnytyksen aikana, joista voi aiheutua muun muassa verenvuotoa ja tulehduksia sekä kroonisten infektioiden siirtymistä lapseen (World Health Organization 2016; Tiilikainen 2011: 15–16). Jotkut naiset tai heidän miehensä haluavat, että nainen uudelleen suljetaan synnytyksen jälkeen, eli hänelle tehdään reinfibulaatio. Reinfibulaatio on ympärileikkauksen tavoin laiton toimenpide Suomessa ja muualla Euroopassa. (Abdulcadir – Margairaz – Boulvain – Irion 2011: 132.) Kaikille tytöille ja naisille, joille on tehty infibulaatio, on mahdollista tehdä avausleikkaus, defibulaatio, jolloin suljettu emätin avataan arpikudosta pitkin. Avausleikkaus edistää tyttöjen ja naisten terveyttä, esimerkiksi mahdollistamalla PAPA-kokeen ottamisen. Se myös vähentää varsinkin synnytyksen aikaisia ympärileikkauksesta johtuvia komplikaatioita. (Abdulcadir ym. 2011: 134; Unicef 2013: 7.)

Ympärileikkaus on pääosin naisten ylläpitämä ja tukema perinne (Johnsdotter – Essén 2015: 17). Myös osa miehistä tukee toimenpidettä (World Health Organization 2008: 5). Monissa ympärileikkausta harjoittavissa maissa pariskuntien välinen kommunikointi seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa on puutteellista, jolloin osapuolten mielipiteet ympärileikkauksesta eivät käy ilmi (Tiilikainen 2011: 11). Usein miehet eivät juurikaan tiedä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta tai sen toteutuksesta, sillä seksuaalisuutta käsitteleviä asioita pidetään sukupuolisidonnaisina. Länsimaissa usein uskotaan, että päätösvalta on miehillä ja naisilla ei ole sananvaltaa ympärileikkaukseen, vaikka tosiasiassa päätöksen tekee usein äiti tyttärelleen (El Guindi 2006: 35), mutta vielä useammin isoäiti lapsenlapselleen. Joissain tapauksissa vanhemmat eivät ole uskaltaneet jättää tyttäriään yksin vanhempien sukulaisten seuraan, jotta lapselle ei tehtäisi ympärileikkausta vanhempien vastustuksesta huolimatta. (Terry – Harris 2013: 43.)

Ympärileikkaus voi olla koko maan laajuinen perinne. Se voi olla keskittynyt myös tietynlaisten etnisten ryhmien alueille tai ylittää jopa kansallisten rajojen yli. (Abdulcadir ym. 2011: 131.) Vaikka ympärileikkausta harjoitetaan Afrikan, Aasian ja Lähi-idän lisäksi laajalti ympäri maailman, on sen keskittymä kuitenkin Afrikan maissa, etenkin Somaliassa, Djiboutissa, Malilla, Sierra Leonessa, Sudanissa, Etiopiassa, Gambiassa, Guineassa sekä Eritreassa (Tiilikainen 2011: 14; Abdulcadir ym. 2011: 131). Maahanmuuttajien myötä perinnettä harjoitetaan salaa ympäri maailman. Tämän lisäksi tyttölapsi saatetaan lähettää sukulaisten luo perheen kotimaahan ympärileikattavaksi tai nainen saattaa synnytyksen jälkeen matkustaa kotimaahansa uudelleen suljettavaksi, etenkin silloin, kun teko on uudessa asuinmaassa laiton. (Ihmisoikeusliitto 2010.)

2.2 Ympärileikkauksen syitä

Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen oletetaan usein olevan uskonnollinen rituaali, mutta kuitenkin esimerkiksi Koraanissa eikä Raamatussa ole mainintaa teosta. Joidenkin islaminuskoisten keskuudessa kuitenkin kulkee suullisen perimätiedon tulkintoja, joiden mukaan tyttöjen ja naisten ympärileikkaukset, etenkin lievemmat muodot, olisivat islamin uskon mukaisia. Tämän vuoksi islamin uskon kannasta aiheeseen liikkuu erilaisia käsityksiä. (Tiilikainen 2011: 11–12.) Ympärileikkauksen perinne on kuitenkin alkanut Afrikassa ennen kuin islam tai kristinusko on sinne rantautunut (Johnsdotter – Essén 2015: 16). Myöskään muista uskonnoista ei ole löydettävissä ympärileikkauksen kaltaista perusoppia (Tiilikainen 2011: 11). Aikaisin maininta käytännöstä löytyy egyptiläisten papyruksesta 163 eaa. Ympärileikkausta harjoittavissa maissa te-

koa perustellaan kulttuurisin, moraalisin, sosiaalisin, taloudellisen, seksuaalisin sekä esteettisin ja puhtauden keinoin, mutta jokaisella ryhmällä on loppujen lopuksi omat perustelunsa teolle. (Tiilikainen 2011: 10; Johnsdotter – Essén 2015: 16–17). Teon perimmäisenä tarkoituksena on kuitenkin ajatus tytön parhaasta (Jaeger ym. 2009: 27).

Sosiaalinen paine ja hyväksyntä ovat kuitenkin merkittävimpiä tekijöitä, sillä ympärileikkausta pidetään usein aikuistumisen riittinä, sukukypsyyden saavuttamisena ja/tai tytön muuttumisena naiseksi. Perheessä halutaan tyttäreille hyvä avioliitto ja tyttärestä halutaan hyvä hinta. Tämä voidaan varmistaa ympärileikkaamalla tyttö ja näin todistamalla tytön neitseellisyys ennen avioliittoa. Joskus myös koko perhe on ympärileikkausta vastaan, mutta vanhemmat pelkäävät tytön syrjäytyvän erilaisuutensa vuoksi, jolloin he päätyvät ympärileikkaukseen tytön sosiaalisen hyväksynnän turvaamiseksi. Tytön arvoa pidetään yllä myös huolehtimalla sukuelinten esteettisyydestä. Toisin sanoen halutaan poistaa kaikki miehisliltä vaikuttavat ruumiinosat, kuten klitoris, joka useissa kulttuureissa ajatellaan ylimääräiseksi ulokkeeksi. (Tiilikainen 2011: 10–11; Johnsdotter – Essén 2015: 16–17.) Joissain ryhmissä ympärileikkausta perustellaan seksuaalisen motiivin kautta: ympärileikkauksella pyritään hillitsemään tytön ja naisen seksuaalisia haluja sekä kiihottumista (Johnsdotter – Essén 2015: 17). Teon motiivina voidaan pitää myös esimerkiksi tytön ja naisen hedelmällisyyden ja hygieenisyyden lisäämistä; kun emätin on suljettu, ei ulkomaailman lika pääse sikiämään naiseen. Tämän uskotaan estävän tautien tarttumista naiseen. (Tiilikainen 2011: 11.)

2.3 Lait ja ihmisoikeudet

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaukselle ei ole Suomessa erikseen kieltävää lakia. Käytännössä ympärileikkaus kuitenkin tutkitaan aina pahoinpitelynä, mikä tekee siitä rikoslain nojalla rangaistavan teon. Tekijän lisäksi syytteen voivat saada myös tekoon yllyttäjät, kuten vanhemmat. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.) Teko on rangaistava myös silloin, kun tyttö tai nainen viedään ulkomaille leikattavaksi (Tiilikainen 2011: 20). Lähes maailmanlaajuisesti tyttöjen ja naisten ympärileikkausta pidetään ihmisoikeuksien vastaisena tekona. Teko rikkoo muun muassa YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallista julistusta, lapsen oikeuksia koskevaa yleissopimusta sekä naisten syrjinnän poistavaa yleissopimusta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a.) Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus rikkoo myös Suomen valtioneuvoston asetusta lapsen oikeuksista. Asetuksen yksi tärkeimmistä kohdista on lapsen edun huomioiminen. Lisäksi asetuksen mukaan lapsen tulee olla oikeutettu nauttimaan parhaasta mahdollisesta terveydenti-

lasta ja lasta ei tule kiduttaa tai kohdella epäinhimillisin tavoin. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus estääkin lain täydellisen toteutumisen. Lisäksi asetuksessa säädetään myös lapsen oikeudesta tulla kuulluksi ja omaan mielipiteeseen, joita harvemmin huomioidaan ympärileikkauksesta päätettäessä. (Valtioneuvoston asetus lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta 60/1991 § 3, 12, 13, 14, 24, 37.) Suomessa lastensuojelulaki velvoittaa kaikki lasten ja nuorten parissa työskentelevät tekemään lastensuojeluilmoituksen sekä ilmoittamaan poliisille, jos epäillään, että tyttö on ympärileikattu Suomessa oleskelun aikana tai hänelle suunnitellaan toteutettavaksi ympärileikkausta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a; Lastensuojelulaki 417/2007 § 25). Lastensuojeluilmoitus tulee tehdä herkästi. Ilmoituksen tekemättä jättämisestä saattaa seurata virkavelvollisuuden laiminlyönti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 19–20.) Lastensuojelua tulisi konsultoida myös, jos tilanne on epäselvä, esimerkiksi jos tyttö tai nainen on ympärileikattu jo ennen Suomeen saapumista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a). Myös Suomen terveydenhuoltolaki velvoittaa jokaisen ympärileikkausuhan havaitsevan toimimaan sen ehkäisemiseksi, sillä terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää väestön terveyttä ja kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja (Terveydenhuoltolaki 2010/1326).

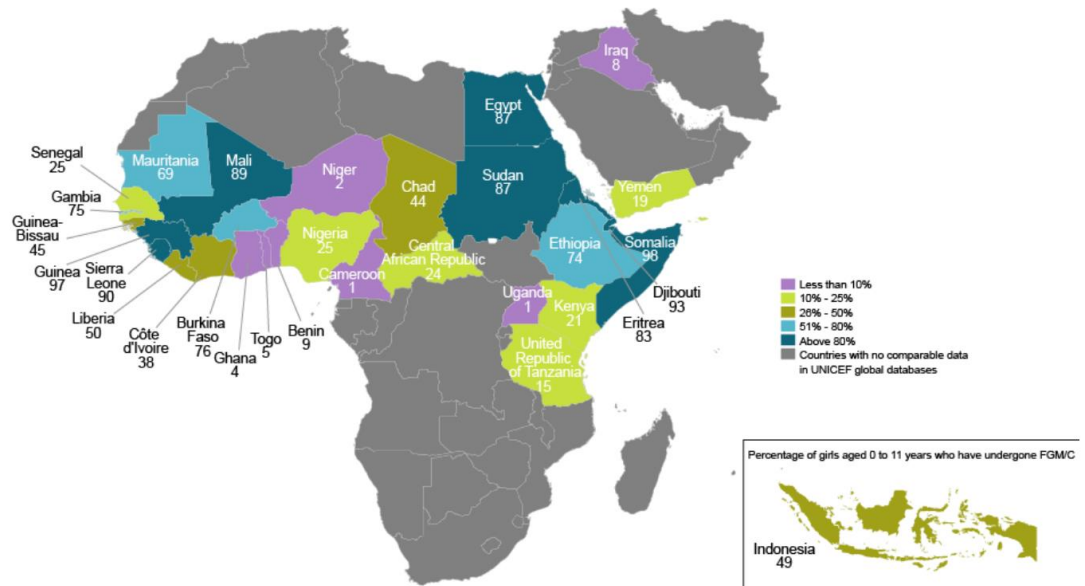
3 Riskitekijät

Tärkein riskitekijä ympärileikkaukselle on perheen oma historia ympärileikkausperinteelle. Tärkeä tekijä on myös perheen alkuperämaa, etenkin silloin, kun ympärileikkaus on siellä yleisesti harjoitettu perinne. (European Institute for Gender Equality 2015: 30; HM Government 2016: 38; UK Government 2015: 19.) Yleisimpiä ympärileikkausta harjoittavia maita ovat Länsi-, Itä- ja Koillis-Afrikan sekä jotkin Aasian ja Lähi-idän maat (ks. kuvio 2). Afrikan maista mainittavimpia ovat Somalia, Eritrea ja Guinea, sillä näistä maista saapuu myös eniten mahdollisesti ympärileikattuja tai ympärileikkausriskissä olevia maahanmuuttajia (United Nations High Commissioner for Refugees 2013: 3, 17).

Ympärileikattu äiti, vanhempi sisar tai muu sukulainen on huomattava riskitekijä tyttölapsen ympärileikkaamiseksi. Tyttö usein ympärileikataan 0–15 vuoden iässä. (World Health Organization 2008: 5.) Varsinaista riski-ikää on kuitenkin vaikeaa määrittää. Ikä, jona tyttö tai nainen ympärileikataan, vaihtelee vastasyntyneestä aikuiseen naiseen eri yhteisöjen keskuudessa, sillä perustelut teolle ovat alue- ja kulttuuririippuvaisia (HM

Government 2016: 38; Johndotter – Essén 2015: 16; World Health Organization 2008: 4). Huomattavana riskitekijänä voidaan pitää myös tyttöjen ja tämän perheen haasteellista sopeutumista uuteen yhteiskuntaan ja kulttuuriin. Perhe voi myös uskoa, että ympärileikkaus on olennainen osa heidän kulttuuri- ja uskontoidenteettiään, jolloin perinteiden säilyttäminen vieraskulttuurissa voi tuntua entistä tärkeämmältä. (HM Government 2016: 38.) Tätä voidaan European Institute for Gender Equality (2015: 44) mukaan pitää korkean riskin skenaariona. Matalan riskin skenaariona voidaan pitää niin sanottuja toisen polven maahanmuuttajia eli vanhempien kotimaan ulkopuolella syntyneitä lapsia, joiden asenteisiin ja käytökseen uusi kulttuuri on jo ehtinyt vaikuttaa (European Institute for Gender Equality 2015: 44). Myös perheen alkuperämaassa yhteisön vanhempien ihmisten suuri vaikutus tai osallistuminen lasten kasvatukseen voidaan nähdä riskinä. Lapsen vanhemmat voivat olla myös tietämättömiä ympärileikkauksen haitoista ja sitä kieltävistä laeista. (HM Government 2016: 38; UK Government 2015: 19.)

Ympärileikkausriski voidaan nähdä huomattavan suurena, mikäli tyttö paljastaa, että hänelle ollaan tekemässä erityinen toimenpide tai hän on osallistumassa erityiseen tilaisuuteen, seremoniaan, tullakseen naiseksi (HM Government 2016: 38–39; UK Government 2015: 20). Tyttö saattaa myös kertoa, että on seremonian yhteydessä saamassa korvakorut naiseksi tulon merkiksi (UK Government). Kesälomakausi on ympärileikkaukselle otollisin aika (Tiilikainen 2011: 28; HM Government 2016: 38). Tyttö voi puhua pitkästä lomasta perheen alkuperämaahan tai muuhun sellaiseen maahan, jossa tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on yleistä (HM Government 2016: 38–39; UK Government 2015: 19). Vanhemmat saattavat myös kertoa, että he tai muu sukulainen ovat viemässä tyttöä pitkähköksi aikajaksoksi toiseen maahan esimerkiksi lomailemaan ja tutustumaan kulttuuriin (Ihmisoikeusliitto 2010: 4; UK Government 2015: 19). Tyttö voi myös olla yllättäen poissa koulusta tai päivähoidosta pitkään tai vanhemmat saattavat puhua lapsensa tulevasta suunnitellusta pitkähkön aikajakson poissaolosta. Lapsi saattaa puhua ympärileikkauksesta tai naiseksi tulon seremoniasta muille lapsille tai haluaa jopa leikkiä sitä. On myös mahdollista, että lapsi itse, hänen vanhempansa tai muu perheenjäsen ilmaisee huolensa ja pelkonsa ympärileikkauksen mahdollisuudesta, mikä kertoo huomattavasta riskistä tulla ympärileikatuksi pian. (HM Government 2016: 39; UK Government 2015: 20.)



Kuvio 2. Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten esiintyvyys 15–49 -vuotiailla naisilla maittain (Unicef 2013.)

4 Ympärileikkausten ehkäisy

4.1 Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksia ehkäisevä työ

Puheeksi ottaminen on tärkein väline tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisemisessä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Puheeksi ottaminen on interventio eli väliintulo, jolla on ympärileikkausten ehkäisemisen lisäksi avainrooli kulttuurisen muutoksen edistämisessä. Vastaanottokäynnillä tehty interventio voi suojata asiakasta tai asiakkaan lapsia ympärileikkaukselta. Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisy onkin tärkeä osa muun muassa äitiys- ja lastenneuvolan toimintaa, varhaiskasvatusta sekä kouluterveydenhuoltoa. Työntekijöiden tulisikin pyrkiä ottamaan ympärileikkauspuheeksi tytön vanhempien tai tytön itsensä kanssa jo ennen kuin huoli sen mahdollisuudesta herää, esimerkiksi silloin, kun ainakin toisen vanhemman kotimaa on ympärileikkausperinnettä harjoittava maa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b; Tiilikainen 2011: 22.)

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on toimintaohjelma vuosille 2012–2016 tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämiseksi. Toimintaohjelman tavoitteena on muodostaa yhteinen toimintaohje tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisemiseksi. (Sosiaali- ja

terveysministeriö 2012: 26.) Suomessa on tehty tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen vastaista työtä jo pitkään. Pitkäaikaisin hanke on Ihmisoikeusliiton ylläpitämä KokoNainen-hanke. Tyttöjen talo on julkaissut Tytöstä naiseksi –opas, jossa käsitellään seksuaalisuuteen liittyviä asioita sekä tyttöjen ja naisten ympärileikkausta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 27.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut ohjeita ympärileikkauksen käsittelemiseen ja ehkäisyyn esimerkiksi neuvolassa ja varhaiskasvatuksessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015a).

Ihmisoikeusliiton mukaan Suomessa tehty tyttöjen ja naisten ympärileikkausta ehkäisevä työ vaikuttaa myös Suomen rajojen ulkopuolella. KokoNainen-hankkeessa on esimerkiksi huomattu Suomessa asuvien maahanmuuttajien ehkäisseen ympärileikkauksia omassa synnyinmaassaan kertomalla teon haittapuolista. (Ihmisoikeusliitto.) Jotkin yhdistykset, esimerkiksi World Vision ja Unicef, toteuttavat ympärileikkauksen vastaista toimintaa ulkomailla muun muassa auttamalla ympärileikkaajia löytämään toisenlaisia tulonlähteitä (Tiilikainen 2011: 10). Kansainväliset kampanjat ympärileikkausten ehkäisemiseksi keskittyvät ihmisoikeuksien puolustamiseen sekä painottamaan yksilön oikeutta ruumiillisesta koskemattomuudesta (Johnsdotter – Essén 2015: 17).

Afrikassa ja Lähi-idässä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ovat kieltäneet lailla tai perustuslain asetuksella 26 maata (Unicef 2013: 8). Joissakin näistä maista laki saattaa kuitenkin kieltää esimerkiksi vain ympärileikkauksen rankimmat muodot, kuten infibulaation, ja sallia lievemmat muodot, kuten klitoriksen hupun poiston. Joissakin maissa keskustellaan myös toimenpiteen sallimisesta, mikäli sen suorittaa lääkäri hygieenisissä olosuhteissa. (Tiilikainen 2011: 19.) Lakeja säätäessä on myös tärkeää huolehtia, että ympärileikkauksen ehkäisemiseksi tehdään myös muita toimia, kuten kampanjoita informaation ja tietoisuuden lisäämiseksi, sillä tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on hyvin kulttuurisidonnainen perinne. Lakien säätäminen ilman muita toimia voi ajaa toimenpiteen tehdyksi salassa ja entistä epähygieenisimmissä olosuhteissa. Lisäksi se voi vähentää naisten hoitoon hakeutumista komplikaatioiden ilmaantuessa. (Unicef 2005.)

Ruotsissa on ollut jo vuodesta 1982 lähtien tyttöjen ja naisten ympärileikkaukset kieltävä laki, jota on sittemmin vielä tarkennettu. Ruotsissa on myös toteutettu jo 2000-luvun alussa kansallinen toimintaohjelma, jolla pyrittiin lopettamaan tyttöjen ja naisten ympärileikkaukset ja tukemaan jo ympärileikattuja tyttöjä ja naisia. Myös Norjassa ja Tans-

kassa on teon kieltävä laki ja niissä on toteutettu kansallisia ehkäiseviä toimenpiteitä ja kampanjoita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 22–23.)

4.2 Ympärileikkauksesta keskusteleminen

Puheeksi ottaminen koetaan hankalaksi aiheen arkuuden vuoksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015a). Se on kuitenkin ympärileikkauksen ehkäisemisen tärkein keino (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b). On tärkeää, että puheeksi ottajalla on riittävästi tietoa ympärileikkauksesta ja sen nykytilanteesta. Esimerkiksi yleisimpien riskimaiden tunteminen toimii hyvänä perustana keskustelun aloittamiselle. Puheeksi ottajan tulee tiedostaa oman ammattinsa toimenkuva sekä suhde asiakkaaseensa. Asiakkaan ja ammattilaisen välinen luottamus on tärkeää, jotta ympärileikkauksesta olisi mahdollista keskustella avoimesti. (Jaeger – Cafilisch – Hohlfeld 2009: 29–30.) Puheeksi ottamisessa on myös tärkeää muistaa kulttuurisensitiivinen ja avoin lähestymistapa (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2015a). Asiaa tulee käsitellä neutraalisti ja kunnioittavasti (Terry – Harris 2013: 46). Omat tunteet ja asenteet on hyvä tunnistaa, mutta ne on syytä pitää taka-alalla asiaa käsiteltäessä. Ympärileikkauksesta puhuttaessa on tärkeää heti alussa selvittää vanhempien asenteet ympärileikkausta kohtaan sekä heidän taustakulttuurinsa perinteet, jotta puheeksiottaja ei perusta vasta-argumenttejaan vain oletukseen. Myös äidin omat mahdolliset ympärileikkaukseen liittyvät kokemukset tulee selvittää ja niistä tulee keskustella. Puheeksiottajan tulee valmistautua kohtaamaan äidin tai isän henkilökohtaiset kokemukset, mielipiteet ja arvot tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta. (Jaeger – Cafilisch – Hohlfeld 2009: 29–31.) Vanhemmille ja riittävän vanhalle lapselle tulee myös kertoa toimenpiteen terveyshaitoista ja riskeistä. Miehet tai edes ympärileikatut naiset ja tytöt eivät välttämättä täysin ymmärrä ympärileikkausta tai sen seurauksia. Kommunikaation vähäisyys miesten ja naisten kesken voi aiheuttaa etenkin vanhemman miessukupolven tietämättömyyttä ympärileikkauksen ongelmista. (Mölsä 2004: 14–15.) Perheelle tulee kertoa, että ympärileikkaus on Suomen rikoslain mukaan tuomittava teko, vaikka se toteutettaisiin ulkomailla, esimerkiksi lomamatkan aikana. Työntekijöiden tulee tuoda ilmi, että henkilökunnalla on velvollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus, mikäli heille herää epäily tytön ympärileikkauksesta. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus rikkoo myös kansainvälisiä ihmisoikeuksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Tyttöjen ja naisten ympärileikkausta ei pidetä enää yhtä suurena tabuna kuin aiemmin, jolloin avoin keskustelu aiheesta on mahdollista (HM Government 2016:30). Siitä kes-

kusteleminen voi kuitenkin tuntua vaikealta sekä ammattilaisen että asiakkaan kannalta. Monet ympärileikatut naiset eivät halua syyllistää omia vanhempiaan, sukuaan tai kulttuuriaan, etenkin tiedostaessaan toimenpiteen laittomuuden Suomessa. Monelle toimenpiteen kokeneelle teosta puhuminen länsimaisen kulttuurin edustajan kanssa voi olla hankalaa, sillä he saattavat kokea, että tekoa ei ymmärretä tai hyväksytä. (Mölsä 2004: 18–19.) Ympärileikkauksesta puhuttaessa on tärkeää käyttää oikeita käsitteitä. Tekoa kuvaavat termit vaihtelevat sekä kielen että yhteisöjen sisällä. Joissain kielissä ympärileikkausta vastaava termi käsittää ainoastaan infibulaation. Ympärileikkauksen muita muotoja, niin kutsuttuja lievempiä muotoja, ei välttämättä pidetä edes ympärileikkauksena. Usein saatetaan puhua sunna-leikkauksesta, jonka määritelmä on puhujasta riippuvainen. Esimerkiksi sitä voidaan käyttää viitatessa kaikkiin muihin ympärileikkauksen muotoihin kuin infibulaatioon. Sunna-leikkauksen laajuus voi siis olla veritipan vuodatuksesta jonkin naisen sukuelimen poistoon. (Mölsä 2004: 17.) Mölsän (2004: 17) mukaan moni ympärileikkausta vastustava saattaa puoltaa sunna-leikkausta. Tämän vuoksi ympärileikkauksesta keskusteltaessa onkin tärkeää selvittää, onko aikomuksena ympärileikata tai koskea ja vahingoittaa millään tavoin tytön sukuelimiä. Sama tulisi tehdä selvitettäessä jo tapahtunutta ympärileikkausta.

Kouluyhteisöiden olisi tärkeää järjestää ympärileikatuille tai perinnettä harjoittavista kulttuureista peräisin oleville tytöille esimerkiksi tapaamisia terveydenhoitajan kanssa. Ympärileikkaus voidaan ottaa puheeksi esimerkiksi kuukautisista keskusteltaessa. (Mölsä 2004: 19.) Jotkut vanhemmat voivat pyrkiä kieltämään tyttäreltään seksuaalikasvatuksen tai osallistumisen esimerkiksi koulun terveystiedon tunneille. Opettaja saattaa myös huomata, että tytön koulukirjasta on poistettu seksuaalisuutta tai sukupuolielimiä käsitteleviä sivuja. Tällaisiin tapauksiin koulun tulisi reagoida välittömästi. (HM Government 2016: 39; UK Government 2015: 19.) Lapsen kehitysvaihe tulee huomioida, kun keskustellaan lasten ja nuorten kanssa tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta. Alle 11-vuotiaiden kohdalla ympärileikkauskeskustelu tulisi käydä vanhempien tai huoltajien kanssa (Tiilikainen 2011: 26).

5 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme toteutettiin kehittämistyönä. Työmme tarkoituksena oli kuvata tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen riskitekijöitä sekä keinoja puheeksi ottamiseen. Näiden pohjalta laadimme tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen riskinarviointimallin (ks.

liite 3). Riskinarviointimalli sisältää yleisimpiä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen riskitekijöitä, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen voi hahmottaa helpommin tarpeen tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen puheeksi ottamiselle. Lisäksi malliin on koottu hyviä menetelmiä aiheen puheeksi ottamiseen ja ympärileikkauksesta keskustelemiseen. Ihmisoikeusliiton mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa esiintyy vielä epävarmuutta ympärileikkauksen puheeksi ottamisessa ja ympärileikkauksaikeisiin puuttumisessa (Tiilikainen 2011: 4). Samantapaisia tuloksia on saatu myös muissa Pohjoismaissa. Esimerkiksi Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisista suurin osa kertoi omaavansa riittämättömät tiedot toimenpiteestä tai sen ehkäisystä. Monet heistä toivoivat selkeämpiä ohjeita tyttöjen ja naisten ympärileikkaustapauksissa toimimiseen. (Tamaddon – Johnsdotter – Liljestränd – Essén 2006: 719.) Sairaanhoidajilla on tärkeä rooli ympärileikkauriskin tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa (Terry – Harris 2013: 47).

Suomessa tyttöjen ja naisten ympärileikkaus nousi ihmisten tietoisuuteen ensimmäisen kerran 1990-luvun alkupuolella, kun maahanmuuttajamäärät suurenivat nopeasti. Tämän jälkeen maahanmuuttajamäärät ovat yhä kasvaneet. (Akar – Tiilikainen 2009: 32–33.) Suomeen ulkomailta muuttavien määrä on lähes kaksinkertaistunut 2000-luvun aikana. Vuonna 2012 Suomessa asui hieman vajaa 200 000 ulkomaan kansalaista ja vuoteen 2014 mennessä luku oli kasvanut lähes 220 000 henkilöön. Vuoteen 2030 mennessä luvun uskotaan kasvavan noin 500 000 henkeen. (Työ- ja elinkeinoministeriö; Tilastokeskus.) Tilastokeskuksen (2014) mukaan esimerkiksi Etelä-Pohjanmaalla vuosien 2004–2014 aikana maahanmuuttajataustaisten määrä on kolminkertaistunut (ks. liite 2). Suurin osa Suomen maahanmuuttajaväestöstä asuu kuitenkin pääkaupunkiseudulla (Tilastokeskus 2014). Muutaman edeltävän vuoden aikana turvapaikanhakijoiden määrä on kasvanut erittäin suuresti. Tämä on johtanut uusien vastaanottokeskusten avaamiseen ympäri Suomea. (Punainen Risti 2015.) Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestön mukaan Suomeen saapuvista turvapaikanhakijoista noin 20 prosenttia tulee tyttöjen ja naisten ympärileikkausta harjoittavista maista (United Nations High Commissioner for Refugees 2013: 5). Näin ollen maahanmuuttajataustaisten määrä myös sosiaali- ja terveydenhuollossa kasvaa ja työntekijät kohtaavat yhä useammin myös ympärileikkauksuhan alla olevia tyttöjä ja naisia. On tärkeää, että ammattilaiset osaavat arvioida tytön tai naisen ympärileikkauksen riskiä ja ottaa asian puheeksi arvostavasti.

Työmme tavoitteena oli yksinkertaistaa maahanmuuttajataustaisten tyttöjen ja naisten parissa työskentelevien työntekijöiden toimintaa tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisemiseksi. Mallia hyödyntämällä voidaan arvioida maahanmuuttajataustaisten tyttöjen ja naisten riskiä ympärileikkaukselle sekä ennaltaehkäisevästi että jälkikomplikaatioiden tunnistamiseksi. Mallin avulla työntekijät voisivat helposti selvittää, onko tarpeellista tehdä lisäselvittelyjä tai järjestää lisätoimia asiakkaan ympärileikkauriskin suhteen. Sosiaali- ja terveysministeriön (2012) mukaan Suomeen tulisi kehittää selkeä ohjeistus ja järjestelmä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyyn sekä siihen puuttumiseen. Ohjeistus suojelisi myös lapsia ja saattaisi tekijät oikeudelliseen vastuuseen. Työmme on osa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Suomessa ja Euroopassa -hanketta. Hankkeen tarkoituksena on muun muassa tuottaa tietoa naisiin, lapsiin ja nuoriin kohdistuvan väkivallan ehkäisyn kehittämistyöhön (esimerkiksi EU:n Daphne-ohjelma) Suomessa ja Euroopassa. (Klemetti – Raussi-Lehto 2016: 16.) Tavoitteena oli myös lisätä työmme avulla omaa ymmärrystämme ympärileikattuja naisia ja tyttöjä kohtaan sekä pyrkiä saamaan valmiuden tulevaisuuden ammattilaisina arviomaan monikulttuuristen tyttöjen ja naisten ympärileikkauriskiiä.

Tutkimuskysymykset, joihin työllämme vastasimme, ovat:

1. Mitä riskitekijöitä ympärileikkaukselle on löydettävissä?
2. Millaisia puheeksi ottamisen keinoja on mahdollista käyttää tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisemiseksi?

6 Kehittämistyön menetelmät

6.1 Kehittämistyö

Kehittämistyöllä pyritään lisäämään tietoa, jota voidaan hyödyntää uusien palveluiden tai tuotantomenetelmien luomiseksi. Kehittämistyötä ja -toimintaa voi olla myös jo olemassa olevien palveluiden tai järjestelmien parantaminen. Yleisesti kehittämistyön päämääränä on kuitenkin uuden luominen. (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 21; Tilastokeskus 2015.)

Kehittämistyö alkaa alustavan kehittämiskohteen ja -tavoitteen määrittelystä. Tämän jälkeen aiheeseen perehdytään tarkemmin, jotta kehittämistavoite voidaan määrittää ja rajata tarkemmin. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 24–26.) Aloitimme työmme työstämisen katsomalla Ihmisoikeusliiton KokoNainen-videon, joka kertoo tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta. Tutustuimme lisäksi tarkemmin tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen ja mielestämme tarpeellinen kohde oli helpottaa maahanmuuttajataustaisten tyttöjen ja naisten parissa työskentelevien työntekijöiden ehkäisevää työtä ja puheeksi ottamista ympärileikkauksen saralla. Halusimme luoda yksinkertaisen mallin, jonka avulla sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset että kaikki maahanmuuttajataustaisten tyttöjen ja naisten parissa työskentelevät voisivat nopeasti arvioida tytön tai naisen ympärileikatuksi tulemisen riskiä. Koimme myös tarpeelliseksi koota yhteen puheeksi ottamisen keinoja.

Kehittämistyön kohteen ja tavoitteen määrittelyn jälkeen on tärkeää perehtyä kehittämisen kohteeseen tarkasti (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 25–26). Aloitimme teoreettisen viitekehyksen keräämisen selvittämällä Theseuksesta, millaisia opinnäytetöitä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta on viime vuosina tehty. Löysimme kolme mielestämme melko hyvin tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta yleisesti kertovaa työtä. Etsimme näiden opinnäytetöiden lähdeluettelosta oman työmme kannalta relevantteja lähteitä ja artikkeleita. Maaria Arran ja Johanna Nyyssölän kahden opinnäytetyön (2012; 2013) lähteiden perusteella päädyimme Ihmisoikeusliiton internetsivuille, josta löysimme aiheesta tehtyjä tutkimuksia sekä suosituksen sosiaali- ja terveysalan henkilökunnalle. Maailman terveysjärjestö WHO:n internetsivuilta löysimme aiheeseen liittyvää tietoa. Kehittämistyössä tutkimusaineisto on hyvin tärkeää mahdollisimman laajan ymmärryksen saavuttamiseksi aiheesta. Kehittämistyössä tiedonhaun tavoitteena on luoda aiheesta tietoperusta, joka kerää yhteen olennaisimmat tutkimustulokset ja teorit aiheesta. Tietoperustan tarkoituksena on määritellä aiheen käsitteet ja niiden väliset suhteet. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2009: 34–35.) Työmme tietoperustan keräsimme kirjallisuuskatsauksen avulla. Haimme kattavasti tietoa tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta Cinahl, Medic, Pubmed sekä Ovid -tietokannoista. Haimme sekä suomen- että englanninkielisiä materiaaleja, sillä ympärileikkauksia tehdään pääasiassa ulkomailla. Unicefin internetsivuilta löysimme tutkimuksen, jossa esitetään prosentuaalisia lukuja eri maiden ympärileikkaustilastoista. Sähköisten lähteiden lisäksi saatavilla oli myös kirjallisuutta ympärileikkauksista. Ne kuitenkin käsitelivät enemmän itse tekoa, tapaa ja syitä eivätkä juurikaan teon ehkäisyä tai ehkäisykeinoja. Sähköiset lähteet ovat usein myös painettua tietoa ajankohtaisempaa.

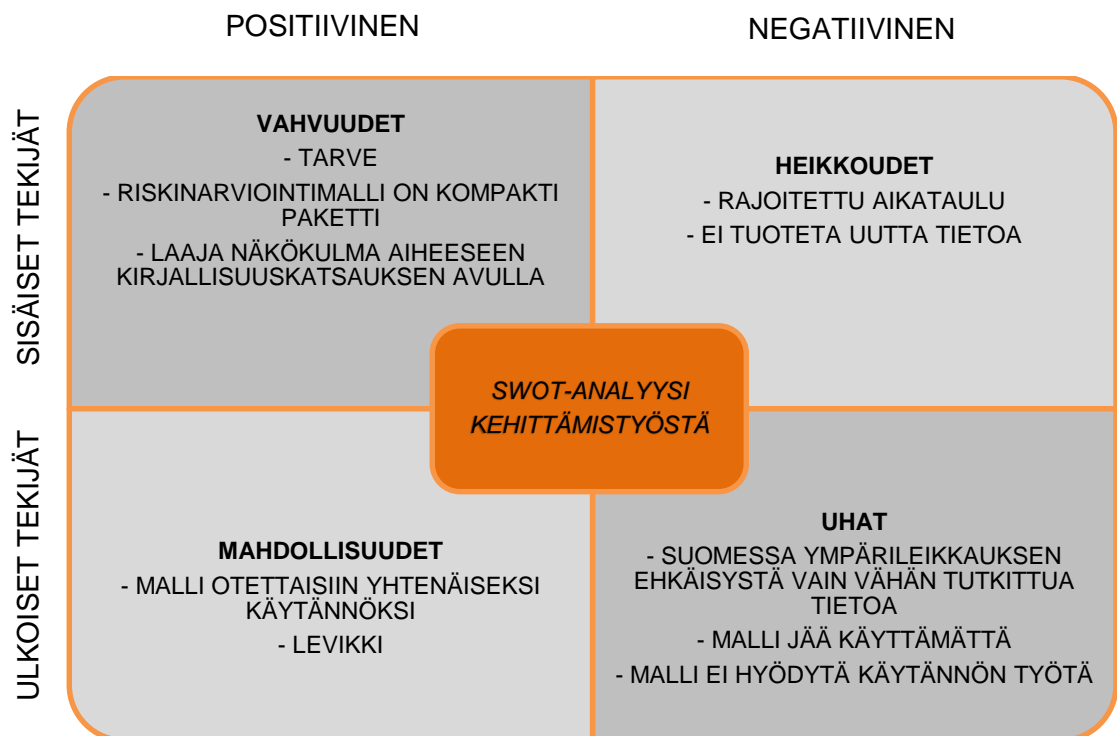
Aineistojen valintakriteerinä pidimme tieteellistä näkökulmaa artikkelissa, minkä pyrimme päättämään kirjoitustyylin ja lähteiden sekä tiivistelmän perusteella. Lisäksi kiinnitimme huomiota artikkelin julkaisupaikkaan. Artikkeleista haimme linkkiä nimenomaan tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyyn ja esiintyvyyteen. Päätimme, että työmme näkökulma keskittyisi lähinnä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisvään työhön Suomessa. Tarvitsimme kuitenkin tietoa syistä ja yleisimmistä maista, joissa toimenpidettä harjoitetaan. Aineiston keruun jälkeen emme analysoineet keräämäämme tietoa vaan tutustuimme siihen tarkemmin ja keräsimme sieltä tutkimuskysymyksiimme vastaavat asiat. Näiden pohjalta kehitimme mallin, johon on koottu tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen yleisimmät riskitekijät sekä keinoja sen puheeksi ottoon. Työmme tuloksissa käyttämämme aineistot ryhmittelimme taulukkoon (ks. liite 1).

6.2 SWOT-analyysi riskinarviointimallin kehittämistyöstä

Akronyymi SWOT tulee englannin kielestä; Strengths, Weaknesses, Opportunities ja Threats eli vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat (Opetushallitus). SWOT-analyysin avulla voidaan arvioida kohteen, kuten strategian tai kehitysidean, hyödynnettävyyttä tai toimivuutta (OK-opintokeskus). SWOT-analyysin avulla arvioimme yhdessä kehitystyötämme sekä siitä syntyvän tuotoksen hyödynnettävyyttä (ks. kuvio 3). Sen avulla pystyimme kiinnittämään huomiota työmme heikkouksiin sekä uhkiin ja ottamaan ne huomioon toteutuksessa. Koimme näiden huomioimisen vaikuttavan myös työmme luotettavuuteen positiivisesti. Myös vahvuuksien ja mahdollisuuksien havaitseminen edesauttoivat lopputuloksen kehittämistä. SWOT-analyysi on melko subjektiivinen tapa arvioida ja voikin olla, että kahden henkilön arviot eroavat suurestikin toisistaan. Se on kuitenkin helppo toteuttaa, joten se on hyvä tapa selvittää suuntaa antavia tekijöitä idean tai strategian kehittämiseen edelleen. (Opetushallitus.) Arvioimme kehittämissyötämme yhdessä, jolloin tulkintamme eivät juurikaan poikenneet toisistaan.

Analyysissa arvioinnin osa-alueet voidaan jakaa sisäisiin, vahvuudet ja heikkoudet, sekä ulkoisiin, mahdollisuudet ja uhat, tekijöihin (Opetushallitus). Tämä tarkoittaa sitä, että vahvuudet ja heikkoudet ovat itse kehitysideasta tai strategiasta lähtöisin. Ne voivat olla esimerkiksi idean tai strategian ominaispiirteitä tai rakenteita. (OK-opintokeskus.) Havaitsimme työmme heikkouksiksi rajallisen ajan ja sen, että emme työllämme tuottaneet uutta tietoa vaan hyödynsimme jo olemassa olevaa tietoa. Vahvuuksiksi koimme kehitystyöstä syntyvän tuotoksen tarpeellisuuden ja laajan näkökul-

man mahdollistumisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Koimme vahvuudeksi myös sen, että lopputuotoksestamme syntyi kompakti ja selkeä paketti. Mahdollisuudet ja uhat taas ovat ulkomaailmasta lähtöisin. Niitä voivat olla esimerkiksi yhteiskunnallinen kehitys tai väestötrendit. Mahdollisuuksia ja uhkia mietittäessä on myös hyvä pohtia, miten positiivista kehitystä voisi vahvistaa tai negatiivisia tekijöitä minimoida. (OK-opintokeskus.) Kehittämistyömme uhkana pidimme sitä, että Suomessa on melko vähän tutkittua tietoa tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisystä. Lopputuloksen uhkina taas pidimme sitä, että riskinarviointimalli jää käyttämättä tai, että se ei hyödytä käytännön työtä. Kehittämistyömme lopputuotoksen mahdollisuuksina pidimme mallin riittävää levikkiä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen avulla sekä sitä, että se otettaisiin yhtenäiseksi käytännöksi, esimerkiksi pääkaupunkiseudun terveydenhuollossa.



Kuvio 3. SWOT-analyysi kehittämistyöstämme

6.3 Kehittämistyön filosofinen perusta

Länsimainen tiede voidaan jakaa kahteen pääsuuntaukseen: galileiseen ja aristoteliiseen. Ne eroavat toisistaan käsityksessä tieteellisestä selityksestä sekä erilaisessa maailman käsitystavassa. Galileisen tieteenfilosofisen tradition mukaan tieto perustuu aistikokemukseen ja siitä tehtävät selitykset ovat kausaalisia. Tieto on siis määrällisesti

mitattavissa. Aristotelisen tieteenfilosofisen tradition mukaan ilmiöitä ja prosesseja tulisi tarkastella suhteessa lopputulokseen. Aristoteliseen tieteenfilosofiseen lähtökohtaan nojaavat tiedot ovat yleensä kvalitatiivisia. Aristotelisen tradition jatkajana voidaan pitää fenomenologis-hermeneuttista lähestymistapaa. Fenomenologiassa keskeistä on kokemuksen ymmärtäminen ja hermeneuttisessa tutkimuksessa tärkeää on tulkinta ja ymmärtäminen. On kuitenkin vaikeaa määritellä, mitä on ymmärtäminen ja, kuinka voidaan todistaa, että jokin ymmärtämällä löydetty todella on sitä, mitä ymmärretään. Merkitys on hermeneutiikassa keskeinen käsite. Tilanteella on aina merkitys subjektille ja asioiden merkitys on aina suhteessa muiden asioiden merkityksiin. Lisäksi merkitys koskee aina jotakin asiaa, josta on erotettavissa elementit ja merkitys. Huomattavaa on, että elementit ja merkitys ovat kaksi eri asiaa eivätkä ne aina ole yhtenäisiä. Hermeneuttisen näkemyksen mukaan onkin tärkeää, että tulkinnassa tutkittavasta ilmiöstä muodostetaan kokonaisvaltainen kuva ilman ennakko-oletuksia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tärkeää on huomioida ihminen yksilönä ja tämän tunteet henkilökohtaisina kokemuksina. Tämän vuoksi kehittämistä tulisikin ohjata asiakaskunnan tulkinta ja kokemukset aiheesta. (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 27–31.)

6.4 Riskinarviointimalli käsitteenä

Uhka on tapahtuma, jolla on mahdollisuus tuottaa harmia. Riski on todennäköisyys siitä, että tietynlainen haittavaikutus tapahtuu tietynlaisena aikana tai tietynlaisen tapahtuman seurauksena. Riski on siis yhdistelmä uhan todennäköisyyttä ja seurausta. Terveysthuollossa riskillä tarkoitetaan yleensä tutkimuksen, hoidon tai hoitokeskustelun epäsuotuisaa seurausta. Jokainen tunnistettu riski tulee arvioida, jotta voidaan löytää keinoja sen hallintaan. Riskinarvioinnissa tulisi edetä asteittain. Ensin tulee tunnistaa mahdolliset uhkatekijät ja sen jälkeen määrittää, keitä uhka koskee ja miten. Tämän jälkeen arvioidaan riskit ja mietitään toimia riskien minimoimiseksi. (National Patient Safety Agency 2007: 4–6.)

Koostimme riskinarviointimallimme (ks. liite 3) Työterveyslaitoksen riskinarviointiprosessiin perustuen. Riskinarviointiprosessi koostuu useasta vaiheesta. Se alkaa valmistelulla eli lähtötietojen keräämisellä. (Työterveyslaitos 2015.) Riskinarviointimallissamme prosessin valmistelulla tarkoitetaan asiakkaan mahdollista ympärileikkausuhan riskien arvioinnin tarvetta. Seuraavaksi arviointiprosessissa tulee pyrkiä tunnistamaan vaarat ja ongelmat (Työterveyslaitos 2015). Kehittämäämme malliin on koottu riskitilanteita ja maita, joissa tyttöjen ja naisten ympärileikkausten esiintyvyys on suurta. Tämän

jälkeen riskien suuruus ja merkitys arvioidaan. Näiden perusteella päätetään toimenpiteistä riskin minimoimiseksi. (Työterveyslaitos 2015.) Mallissamme ensisijainen toimenpide riskin pienentämiseksi on tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen puheeksi ottaminen ja siitä keskusteleminen asiakkaan kanssa, sillä puheeksi ottaminen on koettu parhaaksi tavaksi pienentää tytön tai naisen ympärileikkauksen riskiä (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b). Lopuksi riskinarviointimallissamme kehoitetaan mallin käyttäjää vielä arvioimaan jäljelle jäävää riskiä ja toimimaan sen mukaan, esimerkiksi tekemällä lastensuojeluilmoituksen.

7 Kehittämistyön prosessi

Aloitimme opinnäytetyömme alkusyksystä 2015 katsomalla Ihmisoikeusliiton vuonna 2004 julkaiseman KokoNainen-videon naisten ympärileikkauksesta. Videon avulla halusimme alustavasti tutustua aiheeseen, sillä etukäteen meillä ei ollut juurikaan tietoa siitä. Video herätti meissä paljon tunteita ja ymmärsimme valinneemme mielenkiintoisen ja tärkeän aiheen. Tämän jälkeen aloimme rakentaa opinnäytetyön runkoa ja miettiä näkökulmaa työllemme tutustumalla erilaisiin materiaaleihin, joista ensimmäisiä olivat Ihmisoikeusliiton KokoNainen-projektin Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa -julkaisu sekä aiheesta aiemmin tehdyt opinnäytetyöt. Huomasimme, että tytön tai naisen ympärileikkauksen jälkeistä hoitoa on käsitelty kirjallisuudessa enemmän kuin ehkäiseviä tekijöitä. Tämä vuoksi päätimme käsitellä työssämme tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyä ja sen tekoaikeisiin puuttumista Suomessa.

Olimme molemmat syksyn 2015 vaihto-opiskelemassa eri kohteissa, mistä johtuen suoritimme sekä aihe- että suunnitelmavaiheen seminaarit syksyn aikana kirjallisina. Alkusyksyn 2015 käytimme tiedonhaun toteuttamiseen. Tässä vaiheessa meidän oli vielä määrää toteuttaa opinnäytetyömme kokonaan kirjallisuuskatsauksena, joten käytimme paljon aikaa laajan aineiston keruuseen. Etsimme tutkimusartikkeleita Cinahl, Medic, PubMed, ja Ovid -tietokannoista käyttäen sekä suomen- että englanninkielisiä hakusanoja. Hakusanoina käytimme eri yhdistelmiä sanoista: female genital mutilation, female circumcision, prevalence, prevention, FGM, nursing, health care, risk, risk assessment, nainen, ympärileikkaus, ehkäisevä työ. Rajasimme aineistot vuonna 2005 tai sen jälkeen julkaistuihin. Löysimme kuitenkin yhden relevantin lähteen vuodelta 2004, jota päätimme myös hyödyntää työssämme. Tammikuussa 2016 jatkoimme tiedonhakuja ja osallistuimme tiedonhaun työpajaan varmistaaksemme toteuttavamme mahdoli-

simman laajaa tiedonhakua. Opimme työpajassa hyödyntämään lähteitä, joihin ei ollut suoraa linkkiä. Tiedonhakua toteutimme itsenäisesti, mutta tekstin ja lopputuloksen loimme yhteistyössä. Tapa vaati molemmilta paljon aikaa ja joustamista aikatauluissa, mutta näin varmistimme, että työstä muodostui juuri meidän näköisemme ja tasapuolisesti tuotettu. Helmikuun alussa tapasimme työmme ohjaajan keskustellaksemme työn toteutuksesta. Tällöin opinnäytetyömme menetelmä tarkentui kehittämistyöksi, jonka teoreettisessa viitekehyksessä hyödynsimme hakemaamme kirjallisuutta. Tämän ohjaustapaamisen jälkeen näkökulmamme toteutustapaan selkeni ja pääsimme eteneämään työssämme sujuvasti.

Olimme yhteydessä Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseen selvittääksemme heidän kiinnostustaan kehittämistyötämme kohtaan. Iloksemme aihe kiinnosti heitä ja sovimmekin tapaamisen heidän edustajiensa kanssa maaliskuulle. Alustavasti sovimme myös työmme julkaisusta Ajankohtaista seksuaali- ja lisääntymisterveydestä - uutiskirjeessä. Tapaamisessa kävimme läpi työmme näkökulmaa sekä pohdimme yhdessä työmme kehitettäviä kohtia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen edustajat toivat myös ilmi, millaiselle tiedolle heidän mielestään olisi tarvetta. Tapaamisen jälkeen ymmärsimme myös Ihmisoikeusliiton roolin tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen vastaisessa työssä ja päätimme selvittää myös heidän mielenkiintoaan työtämme kohtaan.

Jatkoimme opinnäytetyömme edistämistä tutustumalla keräämiimme aineistoihin ja kokosimme niistä vastauksia tutkimuskysymyksiimme. Keräämämme tiedot kokosimme yhteen ja niiden pohjalta aloimme suunnittelemaan työmme lopputulosta, riskinarviointimallia (ks. liite 3). Tässä vaiheessa kävimme tapaamassa opinnäytetyön ohjaajaamme uudestaan varmistaaksemme, että työmme vastaa sitä, mitä alun perin oli suunniteltukin. Huhtikuun alussa luetuimme työmme viestinnän opettajalta, joka tarkisti tekstin sujuvuuden sekä oikeinkirjoituksen. Palaute oli positiivista eikä korjattavia kohtia juurikaan ollut. Osallistuimme tietotekniikan työpajaan korjataksemme opinnäytetyömme muotoilua sekä liittääksemme tarvitsemamme kuvat ja liitteet työhön oikein. Tämän lisäksi osallistuimme myös oman tekstin työstöä -työpajaan hienosäätääksemme työmme sekä riskinarviointimallimme tekstiä. Käytimme työmme useaan otteeseen plagioinnin tarkistusohjelma Turnitissa, varmistaaksemme työmme olevan täysin omaa tekstiämme.

Huhtikuun puolivälissä vierailimme Ihmisoikeusliitossa keskustelemassa asiantuntijoiden kanssa opinnäytetyöstämme. Saimme Ihmisoikeusliiton edustajilta myönteistä pa-

lautetta sekä työstämme että riskinarviointimallistamme. Saimme heiltä myös joitakin parannusehdotuksia malliimme. Olimme yhteydessä myös muutamiiin vastaanottokeskuksiin Helsingissä, joista yhdestä osoitettiin kiinnostusta riskinarviointimalliamme kohtaan. Lupasimmekin lähettää valmiin mallin heidän käyttöönsä. Opinnäytetyön toteutusseminaari pidettiin huhtikuun puolivälissä ja saimme palautetta sekä ohjaajaltamme, opponijiltamme että muilta seminaariin osallistuneilta. Palautteet olivat positiivisia ja saimme myös joitakin kehitysehdotuksia, kuten että tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen terveysriskeistä olisi hyvä mainita mallissa. Koko seminaariryhmä koki aiheen tärkeäksi. Viime hetkellä saimme vielä Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta sekä World Visionin ohjelmajohtajalta kommentteja riskinarviointimallistamme ja muokkasimme näiden kommenttien perusteella malliamme vielä ennen työn lopullista palautusta. Valmiin opinnäytetyömme palautimme huhtikuun lopussa.

8 Tulokset

8.1 Riskinarviointimallin tarkoitus ja tavoitteet

Riskinarviointimallin (ks. liite 3) tarkoituksena on kuvata tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen riskitekijöitä sekä keinoja asian puheeksi ottamiseen. Riskinarviointimalliin keräsimme yleisimpiä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen riskitekijöitä, joiden avulla esimerkiksi sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilainen voi helposti arvioida tarvetta ympärileikkauksen puheeksi ottamiselle. Ihmisoikeusliiton mukaan työntekijöiden keskuudessa esiintyy yhä epävarmuutta puheeksi otossa ja ympärileikkauksaikeisiin puuttumisessa. (Tiilikainen 2011: 4). Samantapaisia tuloksia on saatu myös muissa Pohjoismaissa. Esimerkiksi Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisista suurin osa kertoi omaavansa riittämättömät tiedot tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisystä ja toivoivat selkeämpiä ohjeita tyttöjen ja naisten ympärileikkauksitapauksissa toimimiseen. (Tamaddon – Johnsdotter – Liljestränd – Essén 2006: 719.)

Riskinarviointimallin tavoitteena on helpottaa tyttöjen ja naisten ympärileikkausta ehkäisevää työtä. Mallia hyödyntämällä kaikki maahanmuuttajataustaisten tyttöjen ja naisten parissa työskentelevät voivat arvioida tytön tai naisen riskiä tulla ympärileikatuksi sekä tarvittaessa ottaa aiheen puheeksi. Sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja

lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaan kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon, päivähoiton, lastensuojelun, opetus- ja sivistystoimen, nuorisotoiminnan ja vastaanotokeskusten työntekijöillä on velvollisuus toteuttaa tarvittaessa tyttöjen ja naisten ympärileikkausta ehkäisevää työtä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a).

8.2 Riskinarviointimallin sisältö

Riskinarviointimallimme (ks. liite 3) alkaa mallia esittelevällä tekstillä sekä ohjeilla sen käyttämiseen. Siinä muistutetaan, että mallissa luetellut riskitekijät eivät ole ainoita olemassa olevia tekijöitä. Mallia ei voi myöskään tulkita mustavalkoisesti vaan se toimii vain tukena tyttöjen ja naisten ympärileikkausriskin tunnistamisessa ja arvioinnissa. Alkutekstissä on muistutettu vielä, että ympärileikkauksesta tulee keskustella avoimesti ja ilman ennakko-oletuksia sekä tytön että perheen kanssa (Terry – Harris 2013: 46). Asiaa käsiteltäessä tulee muistaa puolueeton suhtautuminen, sillä vaikka teko on bruttaali, on se tehty tytön parasta ajatellen (Jaeger ym. 2009: 27).

Ensimmäiseksi riskinarviointimalliimme on koottu maat, joissa ympärileikkauksia yleisimmin esiintyy, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ensimmäisen askel ympärileikkauriskin arvioinnissa on selvittää asiakkaan alkuperämaa. Tutkimiemme lähteiden mukaan suuren esiintyvyyden maita ovat Djibouti, Egypti, Eritrea, Guinea, Bali, Sierra Leone, Somalia sekä Sudan. Keskisuuren esiintyvyyden maita ovat Burkina Faso, Etiopia, Gambia, Liberia ja Mauritania. Kohtalaisen esiintyvyyden maita ovat Guinea-Bissau, Indonesia, Kenia, Nigeria, Norsunluurannikko, Tšad ja Senegal. Pienen esiintyvyyden maita ovat Benin, Ghana, Irak, Jemen, Kamerun, Keski-Afrikan tasavalta, Niger, Tansania, Togo sekä Uganda. (Unicef 2013; Unicef 2016.) Suomessa vuonna 2012 tehdyn Maamu-tutkimuksen mukaan etenkin somalialaistaustaisilla sekä kurdi-taustaisilla naisilla ympärileikkausta esiintyy merkittävästi (Castaneda – Rask – Koponen – Mölsä – Koskinen 2012: 142). Mallissamme muistutetaan, että ympärileikkauksen esiintyvyys voi vaihdella myös maarajojen sisäpuolella, eri etnisten ryhmien välillä (Abdulcadir ym. 2011: 131). Seuraavaksi riskinarviointimallissa on lueteltu ympärileikkauksen yleisimpiä riskitekijöitä, jotka ovat muotoiltu kysymyksiksi ammattilaiselle. Riskitekijöitä ovat muun muassa ympärileikattu äiti, sisar tai muu sukulainen, tytön ikä, tytön tai vanhempien alkuperämaa, haastava sopeutuminen suomalaiseen kulttuuriin, tytön tai perheen esille tuomat kulttuuri- tai uskontoidentiteetille tärkeät perinteet tai tytön terveystarkastuksista poisjäänti (HM Government 2016: 38–39; UK Government 2015: 19). On myös huomattu, että koulutusasteella on merkitystä ympärileikkauriskiin: kor-

keammin koulutetuilla ympärileikkaus esiintyy harvemmin (Jaeger ym. 2009: 32; Castaneda ym. 2012: 286). Näiden jälkeen malliimme on koottu tekijöitä, jotka vaativat välitöntä puuttumista: ammattilaisen tulee toimia välittömästi, mikäli käy ilmi, että tytölle ollaan tekemässä erityinen toimenpide tai pitämässä erityinen tilaisuus hänen naiseksi tulossaan (HM Government 2016: 39; UK Government 2015: 20). Tähän voi liittyä myös esimerkiksi korvakorujen saaminen (UK Government). Välitöntä puuttumista vaativat myös tytön suora avunpyyntö, tytön tai sukulaisen huolenilmaisu mahdollisesta toimenpiteestä sekä tytölle suunniteltu pitkä matka alkuperämaahan tai muuhun riskimaahan (HM Government 2016: 39; UK Government 2015: 20). Mallimme kääntopuolelle on koottu keinoja ympärileikkauksesta keskustelemisen avuksi. Ensimmäiseksi esitellään puheeksi ottamisen avaintekijöitä. Puheeksi ottamisessa tärkeää on tunnistaa omat asenteensa aihetta kohtaan sekä ottaa etukäteen selvää asiasta. Kulttuuri on moninainen asia, joten yleistäminen voi estää yksilöllisen hoidon. (Jaeger ym. 2009: 29; Norman – Hemmings – Hussein – Otoo-Oyortey 2009: 18; Williamson – Harrison 2010: 761; Costello 2015: 229.) Keskustelulle tulee aina valita rauhallinen ja yksityinen paikka sekä hankkia tulkki. Tulkkiä valitessa on hyvä selvittää tulkin suhtautuminen tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen sekä siihen, että asiakas on valmis keskustelemaan arkaluontoisistakin asioista tulkin läsnä ollessa. (Jaeger ym. 200: 29–30.) Naisten kanssa keskusteltaessa tulkin olisi hyvä olla naispuolinen, sillä seksuaalisuutta käsitteleviä aiheita pidetään usein sukupuolisidonnaisina (El Guindi 2006: 35; Jaeger ym. 2009: 29–30). Ympärileikkauksiaihetta tulee lähestyä avoimesti, mutta suoraan, kulttuurisensitiivisesti sekä ketään syyllistämättä (McCrae – Mayer 2015: 830; Terry – Harris 2013: 46; Costello 2015: 225). Ympärileikkauksiasia on hyvä ottaa puheeksi esimerkiksi kulttuurista, perinteistä tai kehon normaalitoiminnoista keskusteltaessa (Jaeger ym. 2009: 29–30; Norman ym. 2009: 18). Seuraavaksi malliin on jaettu keskustelua ohjaavat esimerkkilauseet erikseen keskusteluun vanhempien ja tytön kanssa. Esimerkkilauseiden avulla voi helposti ja luontevasti selvittää ympärileikkauksriskin kannalta tärkeitä taustatietoja. Asiaa voi lähestyä esimerkiksi tiedustelemalla vanhemmilta tai työltä, onko heidän perheessään joitakin erityisiä perinteitä naiseksi tulemisessa tai onko tyttö saamassa esimerkiksi korvakorut naiseksi tulemisen kunniaksi. Myös perheen loma-suunnitelmista voi kysellä. (HM Government 2016: 38.) Esimerkkilauseet ovat molemmissa keskusteluissa samankaltaisia, mutta niihin on otettu hieman erilaiset näkökulmat. Tytön kanssa keskusteltaessa lauseet ovat hieman hienovaraisempia ja keskustelussa tulee aina ottaa huomioon lapsen kehitysaste – alle 11-vuotiaiden kohdalla ympärileikkaukskeskustelu tulisi käydä vanhempien tai huoltajien kanssa. Vanhempien kanssa ympärileikkauksesta voi keskustella suuremmin. (Tiilikainen 2011: 26.) Lopuksi mal-

lissa muistutetaan, että käydyt keskustelut tulee kirjata asiakastietoihin jatkuvuuden turvaamiseksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Mallissamme myös muistutetaan jokaisen velvollisuudesta ottaa yhteyttä lastensuojeluun ja poliisiin, mikäli herää huoli tytön riskistä tulla ympärileikatuksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a; Costello 2015: 229; Lastensuojelulaki 417/2007 § 25).

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyömme päätulos oli kehittämämme tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen riskinarviointimalli (ks. liite 3), jonka sisältö voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen: yleisimpiin riskitekijöihin ja puheeksi ottamisen keinoihin. Aiempien tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla esiintyy yhä epävarmuutta tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyssä ja puheeksi ottamisessa (Tiilikainen 2011: 4; Tamaddon ym. 2006: 719). Mielestämme asiaa ei käsitellä riittävästi esimerkiksi kouluissa. Tämä kävi ilmi myös tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyn ammattilaisten kanssa keskusteltaessa. Halusimme, että kehittämämme malli vastaa tarpeeseen ja helpottaa aiheen esille ottamista. Mallin tuli myös olla helposti ymmärrettävissä, jotta se voitaisiin ottaa helposti osaksi maahanmuuttajataustaisten tyttöjen ja naisten kohtaamista. Riskinarviointimalliin kokosimme yleisimmät riskimaat tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen esiintyvyyden mukaisesti sekä riskin arviointia helpottavia tukikysymyksiä mallin käyttäjälle. Malli onkin nimenomaan työntekijän arviointia tukeva työväline eikä asiakkaalle täytettäväksi annettava lomake. Malliin koottuja yleisimpiä riskitekijöitä ei tule tulkita mustavalkoisesti vaan käyttää ympärileikkauksriskin arvioinnin tukena. Monesta lähteestä nousi esille, että jo pelkkä huoli on riittävä syy jatkotoimenpiteille. Mallin tehtävä onkin saada mallin käyttäjä kiinnittämään herkemmin huomiota mahdolliseen riskiin, jotta ennaltaehkäisy voisi toteutua. Mallin toiselle puolelle kerätyt puheeksi ottamisen keinot koimme itse hyvin tärkeiksi. Koemme, että omaakin tulevaa työtämme helpottaisivat konkreettiset esimerkkilauseet tyttöjen ja naisten ympärileikkauksiaiheen käsittelemiseksi. Monista lähteistä nousi esille kulttuurisensitiivinen ote sekä asiasta suoraan puhuminen, joihin perustuen pyrimme muodostamaan esimerkkilauseet. Tuloksemme olivat loppujen lopuksi melko helposti pääteltävissä, sillä samat tekijät toistuivat useimmissa lähteissä. Jouduimme kuitenkin pohtimaan, mitkä tekijät ovat Suo-

messa tehtävän ehkäisevän työn kannalta merkityksellisiä. Halusimme pitää mallin yksinkertaisena ja ytimekkäänä, minkä takia päätimme jättää muun muassa ympärileikkaukseen johtavat syyt sekä sen terveystaitat mallin ulkopuolelle. Perustelimme tätä sillä, että mallin tehtävänä on toimia tukevana työvälineenä riskinarvioinnissa. Toivomme, että malli herättää mallin käyttäjän perehtymään aiheeseen tarkemmin. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta on esimerkiksi saatavilla suomen kielellä pidempiä oppaita.

Huomasimme opinnäytetyötä tehdessämme, että tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta ja varsinkin sen ehkäisystä on Suomessa tehty melko vähän tutkimusta. Jatkossa ympärileikkausten ehkäisyn tutkiminen ja kehittäminen olisi tarpeellista ja erinomaisen tärkeää etenkin maahanmuuton yhä yleistyessä. Suomeen voisi mahdollisesti kehittää vertaistukiryhmiä ympärileikkausta harjoittavista kulttuureista kotoisin oleville uuteen kulttuuriin sopeutumisen tueksi. Keskustelu aiheesta voi herättää asianomaiset huomaamaan, että teko ei ole enää nykyaikana ja varsinkaan uudessa elinympäristössä sosiaalisesti tai taloudellisesti tärkeä. Keskusteleminen ja informaation levittäminen tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta on teon paras ehkäisykeino. Omissa sairaanhoitajaopinnoissamme ei käsitelty tyttöjen ja naisten ympärileikkausta lainkaan. Mielestämme se olisi myös kouluihin tärkeä läpikäytävä asia. Tiedon lisääminen myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisille olisi erinomainen keino tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisemiseksi.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee tutkimusta aina tarkastella kokonaisuutena, jossa eri osa-alueet ovat suhteessa toisiinsa. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista liikkuu monia erilaisia käsityksiä, joista johtuen tutkijan tulee valita oman tutkimuksensa kannalta tärkeät luotettavuuden tekijät. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 134, 140.) Kehittämistyömme poikkeaa hieman laadullisesta tutkimuksesta, toteutimme esimerkiksi aineiston keruun kirjallisuuskatsauksena. Kuitenkin osa laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereistä on sovellettavissa työhömmme. Luotettavuuden tärkeä tekijä on tutkimuksen uskottavuus, jonka osatekijöinä voidaan pitää totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraalisuutta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 138). Pyrkimyksemme työssä oli käyttää mahdollisimman totuudenmukaisia ja luotettavia lähteitä. Suoritimme laajan tiedonhaun saadaksemme aiheesta mahdollisimman paljon tietoa. Pyrimme valitsemaan mahdollisimman tuoretta tietoa aiheesta. Lähteitä valites-

samme arvioimme niin aineiston julkaisupaikkaa sekä tekijöitä kuin myös sisältöä kriittisesti saadaksemme luotettavaa tietoa. Tutkimusaineistoa kerätessä tärkeää onkin, miten ja millä perusteella aineisto valittiin. Aineiston keruusta tulee huomioida myös mahdolliset ongelmakohdat. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 140.) Tutkimusmenetelmiä arvioidessa tulee pohtia tutkimuksen validiteettia eli tutkittiinko sitä, mitä suunniteltiin (Tuomi – Sarajärvi 2009: 136). Tämä käy työstämme ilmi siten, että lopputuloksemme vastaa opinnäytetyön alussa määrittelemiimme tutkimuskysymyksiimme. Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen tuloksen toistettavuutta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 136). Lopputuloksemme, riskinarviointimallimme, väitteet tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen johtavista yleisimmistä riskitekijöistä ovat perusteltavissa useilla eri lähteillä. Samoihin lopputuloksiin voivat myös muut päästä. Koemme täten myös reliabiliteetin toteutuvan työmme kohdalla. Neutraalisuuden pyrimme huomioimaan työsämme mahdollisimman monipuolisella ja laajalla näkökulmalla aiheeseen sekä kulttuurisensitiivisellä työotteella. Toteutimme työmme puolueettomasti pyrkien ymmärtämään sekä länsimaiden että ympärileikkausperinnettä harjoittavien maiden kulttuurien näkökannat aiheesta. Tarkoituksenamme ei ollut kohdata tyttöjen ja naisten ympärileikkausta vain perinteen vastaisesta näkökulmasta vaan pyrkiä ymmärtämään myös kulttuurillisia eroja maiden välillä sekä syitä teon harjoittamiseen. Työmme tulos vastaa sisällöltään käyttämiemme lähteiden sisältöä, sillä tutustuimme aineistoihin huolella sekä pohdimme ja tarkastelimme yhdessä, mitkä tekijät nousivat esille aineistoista ja mitkä riskitekijät toistuivat lähteestä toiseen. Työn vastaavuutta voidaan pitää yhtenä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerinä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 138). Kehitystyössämme prosessia sekä lopputulosta arvioivat ulkopuoliset tekijät: opinnäytetyömme ohjaaja, työmme oponoijat sekä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen asiantuntijat Terveysten ja hyvinvoinnin laitokselta ja Ihmisoikeusliitosta. Ulkopuoliset arvioijat prosessille ja lopputulokselle lisäävät työn vakiintuneisuutta ja luotettavuutta. Tulosten siirrettävyys riippuu siitä, miten samankaltaisia tutkimusympäristö ja sovellettava tutkimusympäristö ovat. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 138–139.) Etsimme työhömmme tutkimusartikkeleita sekä aineistoa, joissa ehkäisyä on tutkittu nimenomaan maissa, joiden kulttuuriin ympärileikkaus ei perinteisesti kuulu. Työmme lopputuloksen, riskinarviointimallin, siirrettävyys olisi mahdollista siis lähinnä muissa länsimaissa, ei niinkään ympärileikkausta harjoittavissa maissa. Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole riittävästi tietoa toimenpiteestä eikä siitä, kuinka asia tulisi kohdata. Tämän vuoksi puheeksi ottamisessa tulisi huomioida kulttuurisensitiivinen ote.

Luotettavuus on yhteydessä myös työn eettisyyteen (Tuomi – Sarajärvi 2009: 127). Hyvä ja luotettava tutkimus on myös eettisesti hyvin toteutettu. Hyvä tutkimus taasen Mertonin (1957) määritelmän mukaan perustelee tietoväitteet epäpersoonallisin kriteerein, on tiedeyhteisössä julkinen, on lähtökohdiltaan puolueeton, ei pyri henkilökohtaiseen voittoon ja on järjestelmällisesti kriittisesti tarkasteltu. (Tuomi & Sarajärven 2009: 126 mukaan). Pyrimmekin suhtautumaan aiheeseen puolueettomasti ja jättämään omat mielipiteemme taka-alalle. Työmme tietoperusta on tutkimuksiin perustuvaa. Vaikka toivomme työmme lopputuloksen, riskiarviointimallin, tulevan laajempaan käyttöön, emme hae sillä minkäänlaista henkilökohtaista voittoa. Luovutamme mallin jokaisen käyttöön. Mallimme sisältöä on kriittisesti tarkasteltu monen eri tahon toimesta. Toteutimme itse jatkuvaa kritiikkiä työtä kohtaan, minkä lisäksi myös työmme ohjaaja kommentoi mallin rakennetta. Saimme myös tyttöjen ja naisten ympärileikkausaiheen asiantuntijoilta palautetta työstämme. Toteutimme työmme tiedonhaun mahdollisimman kokonaisvaltaisena ja pyrimme keräämään työhöme väitteitä, jotka nousivat esiin useammasta eri lähteestä. Myös tutkimusaiheen valinta voidaan nähdä eettisyyteen vaikuttavana tekijänä (Tuomi – Sarajärvi 2012: 129). Tarkastelimme tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyä työntekijän näkökulmasta. Pidimme kuitenkin läpi työn tärkeänä muistaa, että ympärileikkaus on henkilökohtainen kokemus ja suuri osa sitä harjoittavien yhteisöjen perinnettä. Halusimme painottaa työssämme kulttuurisensitiivisistä otetta asian käsittelyssä. Ympärileikkaus on jo itsessään eettisesti vaikea kysymys, sillä se kiertyy tiukasti moraalin ympärille. Oikean ja väärän määritelmät vaihtelevat eri kulttuurien välillä. Suomessa tyttöjen ja naisten ympärileikkaus ei ole osa kulttuuria ja sen terveyshaittoja pidetään hyötyjä suurempina. Monessa tekoa harjoittavassa maassa sitä kuitenkin harjoitetaan, sillä sillä halutaan taata naiselle hyvä tulevaisuus ja edistää sekä tytön että perheen sosiaalista ja taloudellista turvaa. Terveyshaittoista ei myöskään välttämättä aina tiedetä. Hoitotieteen paradigman mukaan meille tärkeitä arvoja ja tutkimusta ohjaavia lähestymistapoja ovat ihminen, ympäristö, terveys ja hoitotyö. Tähän perustuen halusimme edistää tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyä, sillä teko vaarantaa tyttöjen ja naisten terveyden eivätkä länsimaissa sen sosiaaliset tai taloudelliset edut ole huomattavia. Ihminen on kuitenkin meille myös tärkeä arvo, mistä johtuen koimme ymmärtävän ja arvostavan näkökulman tärkeäksi työssämme.

9.3 Työn julkistaminen

Työmme julkistettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisemassa Ajankohtaista seksuaali- ja lisääntymisterveydestä -uutiskirjeessä, jonka levikki kattaa noin 1400 sosiaali- ja terveysalan ammattilaista ympäri Suomen. Luovutimme riskinarviointimallimme (ks. liite 3) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen käytettäväksi ja levitettäväksi jatkossakin ja annoimme heille valtuudet tehdä muutoksia tarpeen mukaan. Lähetimme riskinarviointimallimme sähköpostiliitteenä Helsingin Punavuoren vastaanottokeskuksen johtavalle hoitajalle, joka oli kiinnostunut mallin hyödyntämisestä heidän työssään. Lähetimme mallin myös muutamiiin muihin vastaanottokeskuksiin ympäri Suomen. Valmis opinnäytetyömme ladattiin Theseus-tietokantaan, josta se on kaikkien luettavissa.

9.4 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Opinnäytetyöprosessi vahvisti tiimityöskentelytaitojamme. Työprosessin aikana oli tärkeää joustaa muun muassa aikatauluissa ja mielipiteissä. Huomasimme, että pystyimme hyväksymään toistemme mielipiteet ja vahvuutenamme olikin kompromissien teko ja kultaisen keskitien löytäminen. Vahvuuksiksemme koimme vastuunottamisen työstä sekä aikataulutuksen, jotta työ etenisi suunnitellusti. Opimme läpi työn tieteellisen tekstin kirjoittamista sekä huomasimme, kuinka paljon taustatyötä laajan työn tekeminen vaatii. Uusi tutkimusmenetelmä, kehittämistyö, loi aluksi epävarmuutta, sillä menetelmänä se oli molemmille uusi. Työn myötä kuitenkin huomasimme, että tämä menetelmä olikin meille juuri sopiva ja innostava. Koimme molemmat mielenkiintoiseksi sen, että pääsimme kehittämään jotain työelämää palvelevaa tuotetta. a

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus oli aiheena meille molemmille aluksi täysin vieras – sitä ei ollut käsitelty millään opintokurssilla aiemmin. Aiheeseen hieman tutustuttuamme ensimmäiset reaktiomme tekoa kohtaan olivat jyrkän tuomitsevat. Työmme loppuvaihetta kohden näkökulmamme aiheeseen on laajentunut; teko ei edelleenkään ole hyväksyttävä, mutta koemme, että on tärkeää myös ymmärtää syyt ympärileikkauksen takana. Se, että perheen tyttölapsi ympärileikataan, on osa maan ja yhteisön kulttuuriperinnettä. Perinnettä toteutetaan, sillä sen ajatellaan parantavan sekä tytön että tytön perheen tulevaisuutta, ja teon hyödyt koetaan haittoja suuremmiksi. Toisaalta olemme oppineet myös sen, että haitoista ei juurikaan tiedetä. Tämä opinnäytetyöprosessi alkuvaiheesta lopputuloksemme, riskinarviointimallin, viimeistelyyn on lisännyt ymmär-

rystämme tyttöjen ja naisten ympärileikkausta kohtaan. Tämän työprosessin aikana olemme ymmärtäneet sen, että asiaa tulee lähestyä toisen kulttuuria kunnioittaen, ymmärtäen ja syylistämättä, mutta kuitenkin puhua suoraan ja tuoda teon terveyshaitat ja laittomuus ilmi. Koemme aiheen erittäin tärkeäksi. Mielestämme tämä tulisi ottaa kiinteäksi osaksi opetussuunnitelmaa, etenkin sosiaali- ja terveysalan opiskelijoiden koulutuksessa. Koemme, että työmme on edistänyt omaa ammatillista kasvuamme. Tulevaisuudessa meillä on valmiudet sairaanhoitajina tunnistaa riskissä oleva tyttö tai nainen sekä puuttua asiaan. Koemme myös pystyvämme toimimaan jo ympärileikattujen tyttöjen ja naisten auttamiseksi.

Lähteet

- Abdulcadir, Jasmine – Margairaz, Christiane – Boulvain, Michel – Irion, Olivier 2011. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Medical Weekly* 140. 131–137.
- Akar, Sylvia – Tiilikainen, Marja 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestötietosarja 20. Laura Lipsanen (toim.). Loimaa: Newprint Oy. Saatavilla myös sähköisesti <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/3888590eab7cb5d8330ae4c9bae6b815/1457965147/application/pdf/373235/Islam09_LR.pdf>.
- Castaneda, Anu E – Rask, Shadia – Koponen, Päivikki – Mölsä, Mulki – Koskinen, Seppo (toim.) 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Verkko-dokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL_RAP2012_061_verkko.pdf?sequence=1>. Luettu 4.4.2016.
- Costello, Susan 2015. Female genital mutilation/cutting: risk management and strategies for social workers and health care professionals. *Risk Management and Healthcare Policy* 8 (24). 225–233.
- El Guindi, Fadwa 2006. "Had This Been Your Face, Would You Leave It as Is?" Female Circumcision Among Nubians of Egypt. Teoksessa Abusharaf, Rogaiia Mustafa (toim.): *Female Circumcision: Multicultural Perspectives*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 27–46.
- European Institute for Gender Equality. 2015. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union. Raportti. Verkkodokumentti. <http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0215093ENN_Web.pdf>. Luettu 15.3.2016.
- Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. *Tutkiva kehittäminen*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- HM Government. 2016. Multi-agency statutory guidance on female genital mutilation. Ohjekirja. Verkkodokumentti. <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/512906/Multi_Agency_Statutory_Guidance_on_FGM_-_FINAL.pdf>. Luettu 3.4.2016.
- Ihmisoikeusliitto 2010. Selvitys maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten lähettämisestä vanhempien kotimaahan tai toiseen maahan väliaikaisesti kasvatettavaksi tai asumaan. Verkkodokumentti. <<http://ihmisoikeusliitto.fi/julkaisu-selvitys-maahanmuuttajataustaisten-lasten-ja-nuorten-lahettamisesta-vanhempien-kotimaahan-tai-toiseen-maahan-valiaikaisesti-kasvatettavaksi-tai-asumaan-iol-2010/>>. Luettu 4.4.2016.
- Ihmisoikeusliitto. Tyttöjen ympärileikkauksen ennaltaehkäisy Suomessa. Verkkodokumentti. <<http://ihmisoikeusliitto.fi/toiminta/kokonainen/>>. Luettu 21.3.2016.

Jaeger, Fabienne – Cafilisch, Marianne – Hohlfeld, Patrick 2009. Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *European Journal of Pediatrics* 168 (1). 27–33.

Johnsdotter, Sara – Essén, Birgitta 2015. Cultural change after migration: Circumcision of girls in Western migrant communities. <[http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934\(15\)00195-9/pdf](http://www.bestpracticeobgyn.com/article/S1521-6934(15)00195-9/pdf)>. Luettu 11.3.2016.

Kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskeva yleissopimus. 1986. Finlex. <<http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1986/19860068>>. Luettu 21.3.2016.

Klemetti, Reija – Raussi-Lehto, Eija (toim.) 2016. Edistä, ehkäise ja vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2016. Tampere: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>>.

Lastensuojelulaki 417/2007. Annettu Helsingissä 1.1.2008.

McCrae, Niall – Mayer, Felicity 2015. The role of nurses in tackling female genital mutilation. *International Journal of Nursing Studies* 51 (6). 829–832.

Mulongo, Peggy – McAndrew, Sue – Hollins Martin, Caroline 2014. Crossing borders: Discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *International Journal of Mental Health Nursing* 23 (4). 296–305.

Mölsä, Mulki 2004. Ajat ovat muuttuneet. Selvitys tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen liittyvistä asenteista ja aikeista pääkaupunkiseudulla asuvien maahanmuuttajien keskuudessa. Helsinki: Ihmisoikeusliitto. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/10/ajatovatmuuttuneet.pdf>>.

National Patient Safety Agency 2007. Healthcare risk assessment made easy. Verkkodokumentti. <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60138&type=full&servicetype=Attachment>>. Luettu 7.4.2016.

Norman, Kate – Hemmings, Joanne – Hussein, Eiman – Otoo-Oyortey, Naana 2009. FGM is always with us. Verkkodokumentti. <http://www.intact-network.net/intact/cp/files/1284970099_2-%20FGM%20is%20Always%20with%20us-%20Report%20%282009%29.pdf>. Luettu 2.4.2016.

OK-opintokeskus. Swot-analyysi. Verkkodokumentti. <<http://ok-opintokeskus.fi/swot-analyysi>>. Luettu 30.3.2016.

Opetushallitus. Swot-analyysi. Verkkodokumentti. <http://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi>. Luettu 30.3.2016.

Punainen Risti. 2015. Punainen Risti avaa uusia vastaanottokeskuksia. Verkkodokumentti. <<https://www.punainenristi.fi/uutiset/20150722/punainen-risti-avaa-uusia-vastaanottokeskuksia>>. Luettu 21.3.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012–2016. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla myös sähköisesti

Tamaddon, Leila – Johnsdotter, Sara – Liljestrand, Jerker – Essén, Birgitta 2006. Swedish Health Care Providers' Experience and Knowledge of Female Genital Cutting. *Health Care for Women International* 27 (8). 709–722.

Terry, Louise – Harris, Kate 2013. Female genital mutilation: a literature review. *Nursing Standard* 28 (1). 41–47.

Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Tiedä ja toimi. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116826/THL_Tied%C3%A4%20ja%20toi_mi_Tytt%C3%B6jen_ymparileikkaus_web.pdf?sequence=1>. Luettu 17.3.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalisuus-ja-vakivalta/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkaus>>. Luettu 21.3.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Ehkäisevä työ. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalisuus-ja-vakivalta/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/ehkaiseva-tyo>>. Luettu 13.3.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Äitiys- ja lastenneuvolassa. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalisuus-ja-vakivalta/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/ehkaiseva-tyo/aitiys-ja-lastenneuvolassa>>. Luettu 13.3.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Lainsäädäntö ja ihmisoikeudet. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalisuus-ja-vakivalta/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/lainsaadanto-ja-ihmisoikeussopimukset>>. Luettu 21.3.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Lastensuojelun käsikirja. Tyttöjen ympärileikkaus. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalisuus-ja-vakivalta/tyttojen-ja-naisten-ymparileikkausten-fgm-ehkaisy/ehkaiseva-tyo/aitiys-ja-lastenneuvolassa>>. Luettu 5.4.2016.

Tiilikainen, Marja (toim.) 2011. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. 3. painos. Kajaani: Ihmisoikeusliitto ry. Saatavilla myös sähköisesti <http://ihmisoikeusliitto.fi/wp-content/uploads/2014/05/Tyttojen_ja_naisten_ymparileikkaus_Suomessa_Suositus_sosiaali_ja_terveydenhuollon_henkilostolle_IOL_2011.pdf>.

Tilastokeskus. 2014. Maahanmuuttajat väestössä. Verkkodokumentti. <<https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa>>. Luettu 29.3.2016.

Tilastokeskus. 2015. Tutkimus- ja kehittämistoiminta. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html>. Luettu 11.2.2016.

Tilastokeskus. Ulkomaan kansalaiset. Verkkodokumentti.

<<https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/index.html/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaan-kansalaiset>>. Luettu 29.3.2016.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Työ- ja elinkeinoministeriö. Maahanmuutto kasvaa ja monipuolistuu. Verkkodokumentti. <http://www.kotouttaminen.fi/kotouttaminen/kotouttaminen/kotouttamistyon_tustaa/maahanmuutto_kasvaa_ja_monipuolistuu>. Luettu 21.3.2016.

Työterveyslaitos. 2015. Kokonaisvaltainen riskinarviointimalli. Verkkodokumentti. <http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/riskien_hallinta/kokonaisvaltainen_riskinarviointi/sivut/default.aspx>. Luettu 7.4.2016.

UK Government. Department of Health. Female Genital Mutilation. The Facts. <http://www.cscb-new.co.uk/downloads/resources_and_leaflets/Female%20Genital%20mutilation%20-%20the%20facts.pdf>. Luettu 11.4.2014

UK Government. 2015. Department of Health. Female Genital Mutilation Risk and Safeguarding. Guidance for professionals. Verkkodokumentti. <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/418564/2903800_DH_FGM_Accessible_v0.1.pdf>. Luettu 4.4.2016.

Unicef. 2005. Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting. Verkkodokumentti. <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm_eng.pdf>. Luettu 2.4.2016.

Unicef. 2013. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. Verkkodokumentti. <http://www.unicef.org/publications/index_69875.html>. Luettu 20.1.2016.

Unicef. 2016. Current Status + Progress. Verkkodokumentti. <<http://data.unicef.org/child-protection/fgmc.html>>. Luettu 11.4.2016.

United Nations High Commissioner for Refugees. 2013. Too Much Pain. Female Genital Mutilation & Asylum in the European Union. A Statistical . Verkkodokumentti. <<http://www.unhcr.org/531880249.html>>. Luettu 28.1.2016.

United Nations Population Fund. 2015. Female genital mutilation (FGM) frequently asked questions. Verkkodokumentti. <http://www.unfpa.org/resources/female-genital-mutilation-fgm-frequently-asked-questions#banned_by_law>. Luettu 2.4.2016.

Valtioneuvoston asetus lapsen oikeuksia koskevan yleis sopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta 60/1991. Annettu Helsingissä 16.8.1991.

Williamson, Moira – Harrison, Lindsey 2010. Providing culturally appropriate care: A literature review. International Journal of Nursing Studies 47 (6). 761–769.

World Health Organization. 2008. Eliminating Female genital mutilation: An interagency statement. Verkkodokumentti.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43839/1/9789241596442_eng.pdf>. Luettu 15.1.2016.

World Health Organization. 2010. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. Verkkodokumentti.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70264/1/WHO_RHR_10.9_eng.pdf>. Luettu 5.1.2016.

World Health Organization. 2016. Female genital mutilation. Verkkodokumentti.
<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>>. Luettu 20.8.2015.

YK:N yleissopimus lapsen oikeuksista. Unicef. Verkkodokumentti.
<https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/LOS_A5fi.pdf>. Luettu 21.3.2016.

Opinnäytetyön tuloksissa käytettyjen aineistojen analyysikehys

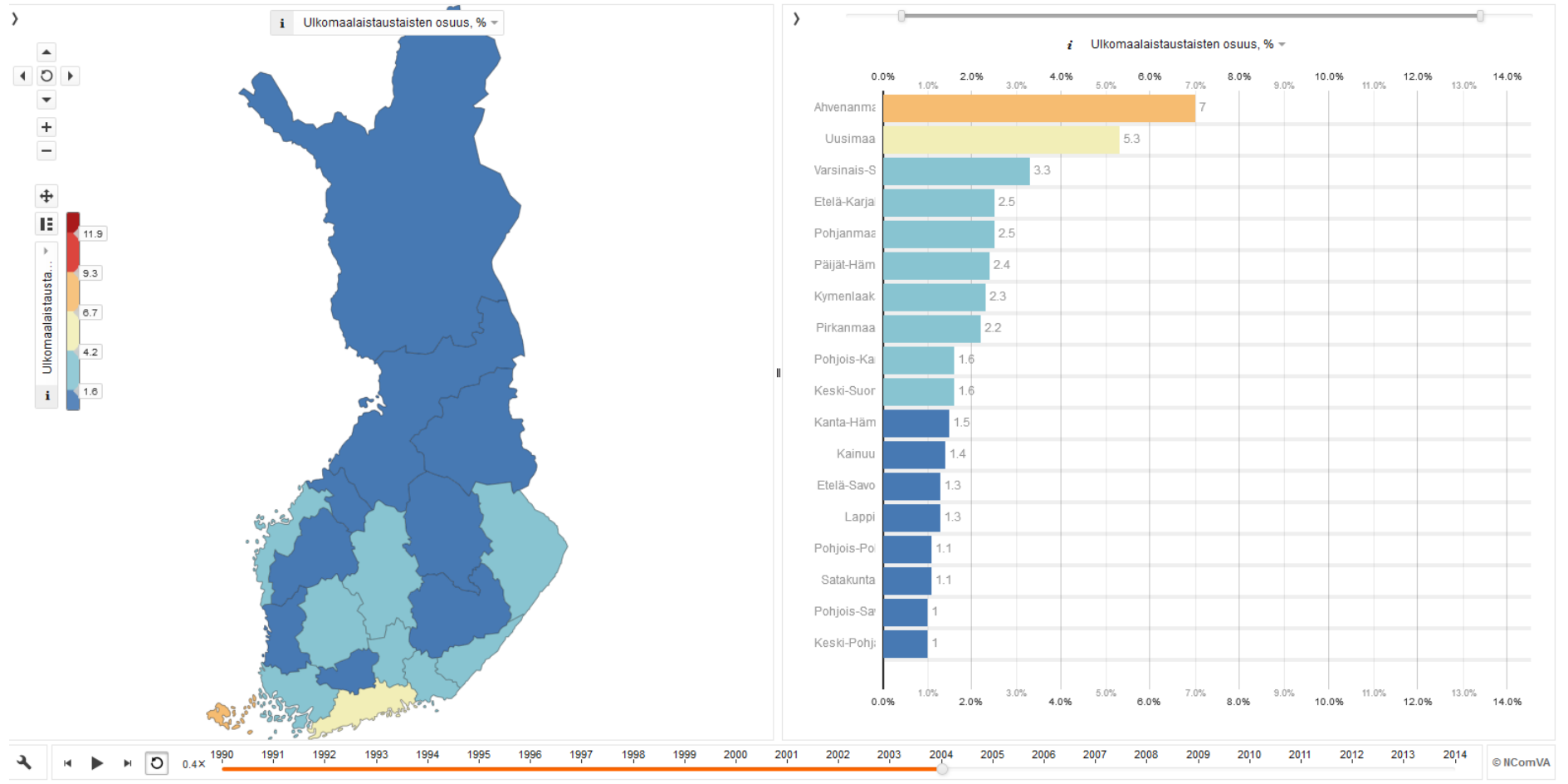
Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutkimus on tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
Anu E Castaneda, Shadia Rask, Päivikki Koponen, Mulki Mölsä, Seppo Koskinen (toim.), 2012, Suomi	Tuottaa laaja-alaista tietoa maahanmuuttajien terveydentilasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä	3000 18–64 -vuotiasta venäläis-, somalialais- ja kurditaustaista maahanmuuttajaa Suomessa	Haastattelu ja terveys-tarkastus	Kurdi- ja venäläis-taustaiset kokivat terveytensä muita huonommaksi, somalialaistaustaiset naiset käyttivät vähiten luotettavia raskauden ehkäisymenetelmiä ja synnyttivät eniten, kurditaustaisista jopa 80 % oli kokenut traumaattisia tapahtumia kotimaassaan. Somalialais- ja kurditaustaisista naisista huomattavalle osalle oli tehty ympärileikkaus.
Fabienne Jaeger, Marianne Caflisch, Patrick Hohlfeld, 2009, Sveitsi	Tarjota informaatiota tyttöjen ja naisten ympärileikkauksien lähestymiseen		Kirjallisuuskatsaus	Avoin ja neutraali lähestyminen asiaan, puhumisen voi aloittaa puhumalla vastasyntyneestä, synnytyksestä tai perinteistä.
HM Government, 2016, Englanti	Tarjota informaatiota tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta sekä neuvoja ja tukea ammattilaisille, muodostaa toimintaohje ympärileikkauksista			Tietopaketti tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta sekä selkeät ohjeet sen ehkäisevään työhön.

Kate Norman, Joanne Hemmings, Eiman Hussein, Naana Otoo-Oyortey, 2009, Englanti	Kerätä korkean tyttöjen ja naisten ympärileikkaesiintyvyyden maista kotoisin Westminsterin alueella asuvien naisten näkemyksiä, uskomuksia ja kokemuksia ympärileikkauksesta	30 yli 25-vuotiasta naista Westminsterin alueelta, jotka olivat kotoisin Sudanin, Somaliain tai Eritrean alueelta	Haastattelu, temaattinen sisällönanalyysi	Työntekijät eivät tunnne ympärileikatun naisen tarpeita tai kulttuurieroja, kieli-muuri aiheuttaa vaikeuksia, työntekijöiden heikot kommunikaatiotaidot saavat ympärileikatut naiset tuntemaan itsensä epänormaaleiksi.
Louise Terry, Kate Harris, 2013, Englanti	Kuvata tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen esiintyvyyttä ja asenteita sitä kohtaan, ympärileikattujen naisten kokemuksia sekä heihin kohdistuvaa hoitotyötä	Artikkelit sähköisistä tietokannoista, 13 tutkimusta	Kirjallisuuskatsaus	3 miljoonaa tyttöä vuosittain Afrikassa ovat vaarassa tulla ympärileikatuiksi, Englantiin tulevista naisturvapaikanhakijoista 50 % oli todennäköisesti ympärileikattu, suurin osa naisista kokee, että ympärileikkaus on vaikuttanut elämään negatiivisesti, terveydenhuollon ammattilaisille tarvitaan koulutusta, sillä sairaanhoitajat eivät tiedä tarpeeksi toimenpiteistä.
Moira Williamson, Lindsey Harrison, 2010, Australia	Kuvata, kuinka kulttuuri määrittää ja millaisia suosituksia kulttuurisesti arvostavaan hoitoon on tehty	Artikkelit sähköisistä tietokannoista mukaan lukien Medline, Cinahl, Sociofile, Expanded Academic Index	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Kaksi lähestymistapaa kulttuuriin: kognitiivisiin näkökulmiin keskittyvä ja sosiaaliseen asemaan keskittyvä.
Niall McCrae, Felicity Mayer, 2015, Englanti	Kuvata sairaanhoidajien roolia tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisyssä Englannissa	Artikkelit ja oppaat		Puheeksi ottaminen ja asian esille tuominen ovat ensiarvoisen tärkeitä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisemiseksi.

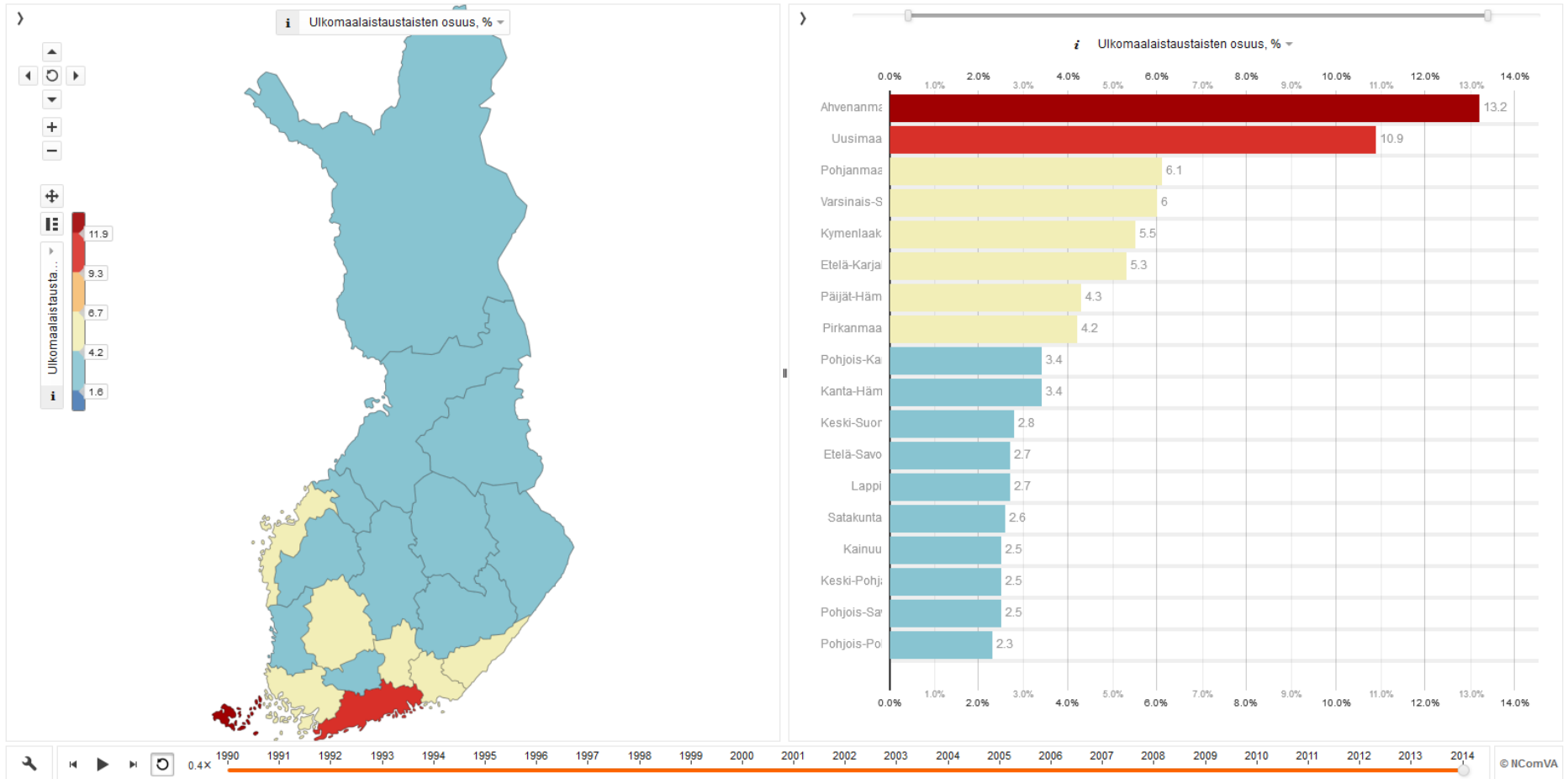
Susan Costello, 2015, Australia	Kuvata tyttöjen ja naisten ympärileikkauriskin hallintaa ja menetelmiä siihen		Katsaus	Monista estämishojelmista yhtä monet tytöt ovat riskissä tulla ympärileikatuksi, terveysalan ammattilaisten tulee olla paremmin tietoisia toimenpiteestä, sensitiiviseen puheeksi ottamiseen tulee kehittää menetelmiä.
UK Government, 2015, Englanti	Tarjota ympärileikkauriskissä olevien tyttöjen ja naisten parissa työskenteleville tukea arviointiin ja ehkäisevään työhön	Riskinarviointimallit ja artikkelit tyttöjen ja naisten ympärileikkauksesta	Kirjallisuuskatsaus	Opas tyttöjen ja naisten ympärileikkauriskin arviointiin ja toimimiseen huolen herätessä.
Unicef, 2013, Yhdysvallat	Saada aikaan perusteellinen ymmärrys tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen, jota voidaan hyödyntää käytäntöjen ja ohjelmien kehittämiseen	Tytöt ja naiset yli 70 maassa Afrikassa ja Aasiassa	Katsaus yli 70 maan tilastoihin ja analyysiin tyttöjen ympärileikkauksesta	Yli 125 miljoonaa tyttöä tai naista on ympärileikattu jollain tavoin 29 maassa, 30 miljoonaa tyttöä on vaarassa tulla ympärileikatuksi seuraavan vuosikymmenen aikana, tarkkaa lukua ei tiedetä, ympärileikkauksen on lähes maanlaajuinen perinne Somaliassa, Guineassa, Djiboutissa ja Egyptissä, ympärileikkauksen esiintyvyys on pienentynyt lähes kaikkialla.

Ulkomaankansalaisten osuus Suomen väkiluvusta (Tilastokeskus 2014.)

Vuonna 2004



Vuonna 2014



Riskinarviointimalli

Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisy Riskinarviointimalli

Tämän malli tarkoitus on helpottaa kaikkia maahanmuuttajataustaisten tyttöjen ja naisten parissa työskenteleviä arvioimaan tyttöjen ja naisten ympärileikkauriskia sekä sen puheeksi ottamista. Mallia voi hyödyntää esimerkiksi kouluterveydenhuollossa, neuvoloissa tai vastaanottokeskuksissa. Mallin tavoitteena on toimia ehkäisevän työn apuvälineenä. Mallia ei ole tarkoitettu asiakkaan täytettäväksi. Mallin etusivulta löytyy yleisimpiä riskitekijöitä ja kääntöpuolelta puheeksi ottamisen keinoja. Mallissa esitety riskitekijät eivät ole ainoita olemassa olevia tekijöitä, vaan riskit voivat vaihdella yhteisöstä ja kulttuurista riippuen. Muista myös, että yksittäiset riskitekijät eivät suoraan tarkoita, että tyttö ympärileikataan. Ympärileikkauksesta keskusteleminen vaatii luottamuksellisen suhteen asiakkaaseen. Aiheesta tulee aina keskustella avoimesti ja ilman ennako-oletuksia.

Riskimaat

- **Maita, joissa tyttöjen ja naisten ympärileikkausten esiintyvyys on suuri (>80 %):**
Djibouti, Egypti, Eritrea, Guinea, Mali, Sierra Leone, Somalia, Sudan
- **Maita, joissa tyttöjen ja naisten ympärileikkausten esiintyvyys on keski-suuri (51–80 %)**
Burkina Faso, Etiopia, Gambia, Liberia, Mauritania
- **Maita, joissa tyttöjen ja naisten ympärileikkausten esiintyvyys on kohtalainen (26–50 %)**
Guinea-Bissau, Indonesia, Kenia, Nigeria, Norsunluurannikko, Tsäd, Senegal
- **Maita, joissa tyttöjen ja naisten ympärileikkausten esiintyvyys on pieni (10–25 %)**
Benin, Ghana, Irak, Jemen, Kamerun, Keski-Afrikan tasavalta, Niger, Tansania, Togo, Uganda

Esiintyvyys voi vaihdella maan sisällä etnisestä ryhmästä riippuen.

Työvälineitä riskin arviointiin

- Onko tytön äiti, vanhempi sisar tai muu sukulainen ympärileikattu?
- Onko tyttö alle 15-vuotias? Huomioi myös, että teko voidaan suorittaa myös vanhemmalla iällä.
- Onko tytön, vanhempien tai toisen vanhemman kotimaa jokin edellä mainituista riskimaista?
- Onko perheen sopeutuminen suomalaiseen kulttuuriin ollut vaikeaa tai onko perhe eristäytynyt omasta kulttuuristaan?
- Tuovatko tyttö, vanhemmat tai muu sukulainen ilmi ympärileikkauksen perinteen tärkeyden kulttuuri- tai uskontoidentiteetille?
- Jättääkö tyttö käymättä ikäryhmäänsä kuuluvissa terveystarkastuksissa?

Toimi heti, mikäli

- tytölle ollaan tekemässä erityinen toimenpide tai pitämässä erityinen tilaisuus tullakseen naiseksi
- tyttö ollaan viemässä pitkäksi ajaksi alkuperämaahansa tai muuhun riskimaahan (ks. kohta 1)
- tyttö tai sukulainen ilmaisee huolensa mahdolliselle toimenpiteelle
- tyttö pyytää apua.

Keinoja keskusteluun

Puheeksi ottaminen

1. Tunnista omat asenteesi ja ota selvää aiheesta.
2. Hanki tulkki keskustelua varten.
3. Valitse rauhallinen ja yksityinen paikka keskustelulle.
4. Pyri rakentamaan luottamuksellinen suhde asiakkaaseesi.
5. Lähesty asiaa avoimesti, kulttuurisensitiivisesti ja syyllistämättä.
6. Ota asia puheeksi kulttuureista, perinteistä tai naisen kehon normaalitoiminnoista keskusteltaessa.
7. Kerro ympärileikkauksen terveyshaitoista.

Vanhempien kanssa keskusteltaessa

Huomioi keskustelussa sekä äiti että isä

- "Onko teidän kulttuurissanne erityisiä perinteitä tytön naiseksi tulemisessa?"
- "Jotkut samasta kulttuurista tulevat ympärileikkaavat tyttölapsensa. Onko teidän suvussanne samanlaista perinnettä?"
- "Oliko teillä ongelmia raskauden tai synnytyksen aikana?" (Äidin mahdollisen ympärileikkauksen selvittäminen.)
- "Oletteko suunnitelleet vievänne tyttärenne tutustumaan kotimaanne kulttuuriin?"
- "Tiedättekö, että tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on Suomessa rangaistava teko?"

Tytön kanssa keskusteltaessa

Ennen keskustelua pohdi tytön kehitystasetta, noin yli 11-vuotiaan kanssa voi keskustella aiheesta avoimesti

- "Onko teidän kulttuurissanne erityisiä perinteitä naiseksi tulemisessa? Oletko saamassa esimerkiksi korvakorut tai osallistumassa johonkin seremoniaan naiseksi tulemisen kunniaksi?"
- "Onko sinulle puhuttu tyttöjen ympärileikkauksista?"
- "Onko teillä matkasuunnitelmia, esimerkiksi kesälomalle?"

Muista kirjata käydyt keskustelut asiakkaan tietoihin.

Kaikilla on velvollisuus ilmoittaa epäilystä lastensuojeluun ja poliisille.

Opinnäytetyö 2016
Sairaanhoidajaopiskelijat
Pilvi Hongisto ja Emma Kahelin
Metropolia Ammattikorkeakoulu



Lähteet:

- Abdulcadir, Jasmine – Margairaz, Christiane – Boulvain, Michel – Irion, Olivier 2011. Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Medical Weekly* 140. 131–137.
- Costello, Susan 2015. Female genital mutilation/cutting: risk management and strategies for social workers and health care professionals. *Risk Management and Healthcare Policy* 8 (24). 225–233.
- HM Government 2016. Multi-agency statutory guidance on female genital mutilation.
- Jaeger, Fabienne – Caffisch, Marianne – Hohfeld, Patrick 2009. Female genital mutilation and its prevention: a challenge for paediatricians. *European Journal of Pediatrics* 168 (1). 27–33.
- McCrae, Niall – Mayer, Felicity 2015. The role of nurses in tackling female genital mutilation. *International Journal of Nursing Studies* 51 (6). 829–832.
- Norman, Kate – Hemmings, Joanne – Hussein, Eiman – Otoo-Oyortey 2009. FGM is always with us.
- Terry, Louise – Harris, Kate 2013. Female genital mutilation: a literature review. *Nursing Standard* 28 (1). 41–47.
- Unicef 2013. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change.
- UK Government. 2015. Department of Health. Female Genital Mutilation Risk and Safeguarding. Guidance for professionals.
- Williamson, Moira – Harrison, Lindsey 2010. Providing culturally appropriate care: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 47 (6). 761–769.