

---

**SOMALIALAISNAISTEN SEKSUAALIOIKEUKSIEN  
TOTEUTUMINEN TERVEYDENHOITAJIEN  
ARVIOIMANA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, 11.05.2012

Askola Heini

Aura Titta

Hirvonen Heini

---

HÄMEENLINNA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystenhoitotyö

---

<b>Tekijät</b>	Heini Askola, Titta Aura ja Heini Hirvonen <b>Vuosi</b> 2012
<b>Työn nimi</b>	Somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien toteutuminen terveydenhoitajien arvioimana

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata somalialaisten maahanmuuttajanaisten seksuaalioikeuksien toteutumista terveydenhoitajien arvioimana. Tavoitteena oli selvittää millaisia asioita somalialaisnaiset määrittelevät seksuaalioikeuksikseen sekä miten määritelmien toteutuminen näkyy heidän arjessaan. Työn perustana olivat Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton määrittelemät seksuaalioikeudet, joiden pohjana ovat vapaus, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo ja yksityisyys.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisella menetelmällä. Tutkimusaineisto kerättiin terveydenhoitajien yksilöhaastatteluiden avulla. Haastatteluja tehtiin yhteensä kolme. Aineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysia.

Terveydenhoitajien arvioiden mukaan somalialaisnaisten seksuaalioikeudet toteutuvat Suomessa hyvin. Suomen kulttuurin positiivinen vaikutus seksuaalioikeuksien toteutumiseen nousi esiin haastatteluissa, ja arjessa somalialaisnaiset saivat päättää monista itseensä ja omaan seksuaalisuuteensa liittyvistä asioista. Terveydenhoitajien mukaan he voivat toteuttaa seksuaalisuuttaan erilaisten roolien kautta sekä tuoda naisellisuuttaan esiin. He saavat päättää perhesuunnitteluun liittyvistä asioista ja avioitumisesta.

Opinnäytetyöhön liittyi terveydenhoitotyön kehittämistehtävä, johon saatiin idea opinnäytetyötä varten tehdyistä haastatteluista. Kehittämistehtävänä toteutettiin tukimateriaali terveydenhoitajille maahanmuuttajien kohtaamiseen.

**Avainsanat** Seksuaalioikeudet, monikulttuurinen hoitotyö, somalialaisnainen

**Sivut** 58 s. + liitteet 19 s.

HÄMEENLINNA  
Degree programme in Nursing  
Public health nursing

---

**Author** Heini Askola, Titta Aura, Heini Hirvonen **Year** 2012

**Subject of Bachelor's thesis** Somali Immigrant Women's Fulfilment of Sexual Rights Evaluated by Public Health Nurses

---

ABSTRACT

The purpose of the Bachelor's thesis was to describe Somali immigrant women's fulfilment of sexual rights evaluated by public health nurses. The aim was to analyse what kind of things Somali women define as their sexual rights and how are these definitions achieved in their daily living. The thesis was based on International Planned Parenthood Federation's sexual rights which are based on the concepts of freedom, self-determination, equality and privacy.

The research method was qualitative. The material was collected by interviewing public health nurses individually. Three interviews were made. The material was analysed by deductive content analysis.

Somali women's sexual rights are achieved well in Finland based on public health nurses' evaluations. The positive influence of Finnish culture concerning the achievement of sexual rights showed in the interviews. In everyday life Somali women had the right to decide many things concerning themselves and their own sexuality. According to public health nurses Somali women can fulfill their sexuality through different roles and bring out their femininity. They can decide about family planning and whether they get married or not.

The thesis involved also a development assignment for public health nursing. It was based on the research results. As a development assignment a support material of interaction with immigrants for public health nurses was produced.

**Keywords** Sexual rights, multicultural nursing, Somali woman

**Pages** 58 p. + appendices 19 p.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS .....	2
2.1	Seksuaalisuus ja sen ulottuvuudet .....	2
2.2	Naisen roolit yhteiskunnassa .....	3
2.3	Eri tahot seksuaalikasvatuksen antajina .....	4
3	SEKSUAALIOIKEUDET .....	6
3.1	Seksuaalioikeuksien julistus .....	6
3.2	Seksuaalioikeuksien toteutumista suojaavat tekijät .....	7
4	SOMALIALAISET MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA .....	10
4.1	Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys .....	10
4.2	Seurustelu, avioliitto ja perhe somalialaisessa kulttuurissa .....	11
4.3	Seksuaalioikeuksien toteutuminen somalialaisten keskuudessa .....	13
5	TERVEYDENHOITAJA JA MAAHANMUUTTAJA-ASIAKKAAT .....	15
5.1	Somalialais syntynyt maahanmuuttajanainen terveystyöntekijänä .....	15
5.2	Maahanmuuttajan ja terveydenhoitajan vuorovaikutuksen toteutuminen terveydenhoitajan vastaanotolla .....	16
5.3	Terveydenhoitajan kulttuuriset taidot maahanmuuttajan kohtaamisessa .....	17
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	19
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN .....	20
7.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä .....	20
7.2	Aineiston keruumenetelmä .....	21
7.3	Laadullinen sisällönanalyysi .....	23
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	25
8.1	Somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien määritelmät .....	25
8.1.1	Vapauden ja itsemääräämisoikeuden määritelmä .....	26
8.1.2	Yksityisyyden määritelmä .....	26
8.1.3	Tasa-arvon määritelmä .....	27
8.2	Somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien toteutuminen arjessa .....	30
8.2.1	Vapauden ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen arjessa .....	30
8.2.2	Yksityisyyden toteutuminen arjessa .....	32
8.2.3	Tasa- arvon toteutuminen arjessa .....	34
9	POHDINTA .....	38
9.1	Opinnäytetyöprosessi .....	38
9.2	Tulosten tarkastelu .....	40
9.3	Opinnäytetyön eettisyys .....	42
9.4	Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet .....	44
	LÄHTEET .....	45
Liite 1	Teemahaastattelurunko terveydenhoitajille	
Liite 2	Terveydenhoitotyön kehittämistehtävä	

## 1 JOHDANTO

Suomessa vuonna 2010 asuneista ulkomailta muuttaneista ihmisistä valtaosa tuli naapurimaistamme Virosta, Venäjältä tai Ruotsista. Neljänneksi suurin maahanmuuttajaryhmä olivat somalialaiset. Heitä oli vuonna 2010 kaikista maahanmuuttajista 3,9 prosenttia eli 6593 henkeä. Vuoteen 2009 verrattuna heidän lukumääränsä kasvoi 18,4 prosenttia. (Tilastokeskus 2011.) Tilastokeskuksen kartoituksen mukaan somalialaisten maahanmuuttajien määrä on nousussa, joten heitä tulee enemmän myös terveydenhuollon asiakkaiksi.

Me olemme sivuaineenamme opiskelleet monikulttuurista hoitotyötä ja olemme opiskelijavaihdossa Vietnamin. Muilla opiskelijoilla koulutusohjelman monikulttuurinen sisältö on melko olematonta. Harjoittelujaksoilamme olemme kuulleet terveydenhoitajilta ja kokeneet myös itse, että koulutus ei sisällä riittävästi tietoa maahanmuuttajien kanssa toimimiseen, ja tämän vuoksi kiinnostuimme aiheesta. Muslimikulttuurissa seksuaalisuutta käsittelevistä asioista ei mielellään puhuta perheen sisällä, eikä myöskään ulkopuolisille. (Hallenberg 2008, 91–92.) Terveydenhoitajilla on erityisoikeus lähestyä potilasta myös hyvin intiimeissä asioissa, sen vuoksi päätimme kerätä tietoa haastattelemalla terveydenhoitajia heidän kokemuksistaan maahanmuuttajien seksuaalikäsityksistä (Brusila 2008, 9).

Työmme perustana ovat Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton määrittelemät seksuaalioikeudet. Ne ovat maailmanlaajuisia ja kuuluvat jokaisen yksilön ihmisoikeuksiin, joiden perustana vapaus, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo ja yksityisyys. (IPPF 2008.) Näitä käsitteitä käytämme ohjaavina teemoina opinnäytetyössämme.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kuvata somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien määritelmiä ja niiden toteutumista arjessa terveydenhoitajien kokemusten pohjalta. Halusimme aiheemme liittyvän seksuaalioikeuksien toteutumiseen, koska niitä ei ole aiemmin tutkittu. Pyrimme, että työmme avulla terveydenhoitajat pohtisivat seksuaalioikeuksien toteutumista ja sen merkitystä asiakkaidensa hyvinvoinnin kannalta. Itse halusimme saada opinnäytetyömme kautta uusia näkökulmia ja työvälineitä terveydenhoitotyöhön maahanmuuttajien parissa.

Opinnäytetyömme kehittämistehtävän teimme haastatteluista nousseen idean pohjalta. Toteutimme Suomen terveydenhoitajaliiton Uudenmaan piirin internetsivuille materiaalin terveydenhoitajan ja maahanmuuttajan välisen vuorovaikutuksen tueksi.

## 2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

Ihmisen seksuaaliterveys on hyvin kokonaisvaltaista ja sen horjuminen vaikuttaa ihmiseen monilla eri tavoin. Seksuaaliterveyteen ja seksuaalisuuteen sisältyy paljon enemmän kuin seksi, sukupuolitaudit ja ehkäisy. Jos seksuaalisiin kokemuksiin liittyy syrjintää, väkivaltaa ja pakottamista, se vaikuttaa seksuaaliterveyteen negatiivisesti. Tämä huonontaa ihmisen elämänlaatua. Seksuaaliterveyteen kuuluvat seksuaalioikeudet, jotka sisältyvät ihmisoikeuksiin. (Bildjuschin & Ruuhilahti 2010, 19–20.)

Suomen terveyspolitiikan yksi osa-alue on seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden osa-alueita ovat perhesuunnittelu, raskausajan hoitotyö, synnytysajan hoitotyö, lapsivuodeaikana tapahtuva äidin ja perheen hoitotyö, perinnöllisyysneuvonta, hoitotyö naistentautien poliklinikalla, hoitotyö naistentautien osastolla ja rintasyöpää sairastavan naisen hoitotyö. Seksuaaliterveyttä edistämällä edistetään myös lisääntymisterveyttä ja päinvastoin lisääntymisterveyttä edistämällä edistetään myös seksuaaliterveyttä. Naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä seurataan terveystutkimuksilla, rekistereillä ja tilastoilla. Niiden keruusta vastaa esimerkiksi Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes), Kansanterveyslaitos (KTL), Kansaneläkelaitos (Kela) ja Tilastokeskus. ( Ihme & Rainto 2008, 10–11.)

### 2.1 Seksuaalisuus ja sen ulottuvuudet

WHO eli maailman terveysjärjestö määrittelee seksuaaliterveyden ihmisen kokonaisvaltaisena hyvinvoinnin tilana ja osana ihmisyyttä. Seksuaalisuus sisältää paljon muutakin kuin yhdyntää ja orgasmeja. Seksuaalisuus on ominaisuus, joka ohjaa toimintaamme, tunteitamme ja ajatuksiamme. Henkisen ja ruumillisen hyvinvoinnin voi saavuttaa terveen seksuaalisuuden toteuttamisen kautta. (WHO 2002.)

Seksuaalisuutta on mahdotonta määritellä yleisesti. Jokainen yksilö on seksuaalinen riippumatta iästä tai fyysisestä ja henkisestä terveydestä. (Hallenberg 2008,74.) Yksilön seksuaalisuus ei pysy samana läpi elämän, vaan muuttuu elämän muutosten, kokemusten sekä kulttuurin vaikutuksen myötä. Yksilön seksuaalisuutta ei voi määritellä kukaan muu kuin hän itse. Joillekin se on tärkeä ja olennainen osa minuutta, kun jollekulle toiselle se on seksiä ja sukupuolitaudeilta välttymistä. Ihmisen täytyy tiedostaa itsensä ja oma sukupuolensa, minkä jälkeen hän voi saavuttaa seksuaalista mielihyvää ja nautintoa sekä saada kokemuksia. Seksuaalisuus ei tarkoita ainoastaan yhdyntää, vaan kokonaisvaltaista seksuaalista mielihyvää tuottavaa toimintaa sekä osaa persoonasta. Turvallinen ja ihmisoikeuksia kunnioittava seksuaalisuuden toteuttaminen edistää yksilön terveyttä sekä ehyen minäkuvan kehitystä. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 13, 16–18, 137; WHO 2002.)

Jokaisella yksilöllä on oikeus ja vastuu päättää omasta seksuaalisesta toiminnastaan. Kun tarkastellaan tervettä oman seksuaalisuuden toteuttamis-

ta, voidaan karkeasti sanoa, että kaikki teot, jotka eivät vahingoita itseä, seksin mahdollista toista osapuolta tai ulkopuolisia, ovat sallittuja. Seksuaalisuus on niin monimuotoinen asia, että normaalin ja epänormaalin eroa on mahdotonta tarkasti määrittää. (Aho, Kotiranta-Ainamo, Pelander. & Rinkinen 2008, 29.) Laki, moraalit ja eettisyys määrittelevät yhteiskunnassamme rajat terveelle seksuaalisuudelle. Laki on hyvin selkeä linjaus, mutta muut edellä mainituista ovat häilyviä. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 15–16.)

Sukupuolisuus ja seksuaalisuus ovat yleensä ihmisille merkittäviä ja arvokkaita asioita. Ne liittyvät yhteiskunnan perusrakenteisiin ja vallankäyttöön. Seksuaalisuuteen liittyy myös erilaisia tabuja ja myyttejä. Jokainen kulttuuri, yhteiskunta ja uskonto ovat luoneet kieltoja, tapoja ja lakeja säädelläkseen jäsentensä seksuaalista käytöstä. Kulttuurin muuttuessa, myös seksuaalisuutta säätelevät normit ja asenteet muuttuvat. Myytit ovat laajalle levinneitä, sitkeitä ja virheellisiä uskomuksia sukupuolisuudesta ja seksuaalisuudesta, jotka ohjaavat ihmisten seksuaalista käyttäytymistä ja kertovat mikä on hyväksyttävää ja mikä kiellettyä. Oman kulttuurinsa sisällä olevia myyttejä voi olla vaikea itse nähdä. (Ilmonen & Nissinen 2006, 24–25.)

Nuorten kehittyessä heidän tulisi pohtia omaa seksuaalisuuttaan, jotta heistä kasvaisi hyvinvoivia aikuisia (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 21). Nuori oppii oman kulttuurinsa seksuaaliset normit ja tavat eläessään yhteiskunnassa. He kehittävät psyykkistä seksuaalisuuttaan vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Yleensä nuori voi käsittää seksuaalisuutta samalla tavalla kuin aikuinen ihminen vasta nuoruusiän loppuvaiheessa eli noin 20–22 vuoden iässä. Seksuaalinen identiteetti, itsetunto ja minäkuva tarvitsevat aikaa kehittyäkseen vielä aikuisiälläkin. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 35–36; Nummelin 1997, 23–26.)

Seksuaalinen itsemääräämisoikeus on jokaisen ihmisen perusoikeus. Toiset ihmiset kuitenkin käyttävät seksuaalista valtaansa väärin. Seksuaalinen väkivalta voi olla psyykkistä tai fyysistä. Ihminen pakotetaan seksuaalisiin tekoihin tai raiskataan. Seksuaalisesta väkivallasta koituu uhrille aina trauma. Uhrin voi olla vaikea puhua tapahtuneesta kenelläkään, etenkin jos tekijä on läheinen hänelle. Hän voi kokea syyllisyyden ja häpeän tunteita. Hän saattaa pelätä myös, ettei kukaan usko häntä tai joutua itse syytetyksi tapahtuneesta. (Bildjuschkin & Ruuhilahti 2010, 117.)

## 2.2 Naisen roolit yhteiskunnassa

Suomessa viime vuosikymmenien aikana käytyjen sukupuolikeskustelujen myötä vanhasta naiseuskäsityksestä on pyritty pääsemään eroon. Naiseuden määritteli ennen äitiys, lasten kasvattaminen, puolison rooli ja työn tekeminen perheen hyväksi. Nainen oli riippuvainen miehestään talouden ja asemansa vuoksi. Nykynainen rakentaa elämäänsä myös kodin ulkopuolella. Hän on itsenäinen, käy töissä ja harrastuksissa, vie lapset päiväkotiin sekä kehittää itseään esimerkiksi kouluttautumalla. Kotona pyritään jakamaan kotityöt mahdollisen puolison kanssa tasapuolisesti. Naisen ei tarvitse uhrautua miehensä ja lastensa vuoksi, mutta on vieläkin äitejä, jotka

elävät omasta halustaan tai tahtomattaan kotiäitinä eivätkä luo työuraa. (Alajoki 2005, 13–14.) Tilastokeskuksen (2009) tekemän tutkimuksen mukaan 20–59-vuotiaiden äitien työllisyysaste oli vuonna 2009 noin 76 prosenttia. Äitiyden vastuun jakamisen katsotaan myös kuuluvan äitiyteen. Harvat äiti-lapsi -suhteet voivat hyvin ilman ulkopuolisia sosiaalisia suhteita. (Rotkirch & Saloheimo 2008, 74.)

Äitiys on osa naisen identiteettiä. Jos naisella ei ole omia lapsia, hän voi olla kuitenkin tekemisissä heidän kanssaan esimerkiksi lastenohjaajana, sosiaalityöntekijänä tai tuttavien kautta. Äitiyteen liittyy paljon iloa, mutta myös surua ja huolta. Äitinä nainen kasvaa koko ajan naisena, oppii uutta, kypsyy ja saa varmuutta äitiyteen. (Alajoki 2005, 52.)

Avioliittojen pysyvyys ja arvostus ovat myös laskeneet viimeisten vuosikymmenien aikana. Suomalaiset eivät ole enää niin pidättyväisiä, ja omaa seksuaalisuuttaan toteutetaan myös ennen avioliittoa. (Alajoki 2005, 14.) Monelle miehelle avioliitto on elämän kuntoon järjestämistä. Vaimon, lasten ja kodin kautta he saavat perusturvallisuutta. Naiset taas kiinnittävät paljon miehiä enemmän huomiota suhteessa vallitsevaan tunnetasoon ja pyrkivät emotionaalisesti tyydyttävään suhteeseen. Tästä syystä naiset ovat miehiä useammin tyytymättömiä suhteessaan. (Alajoki 2005, 60.) Naiset odottavat äitiyteen myös tukea puolisoiltaan (Rotkirch & Saloheimo 2008, 74).

Naiseus voi olla voimavara, keino, nautinnon lähde ja mahdollisuuksien antaja, mutta se voi myös olla rajoittava tekijä, joka voi aiheuttaa surua ja riittämättömyyden tunnetta. Naisena oleminen tuo mahdollisuuden pukeutua naisellisesti, laittaa itseään kauniiksi meikein ja koruin sekä mahdollisuuden seksuaalisiin suhteisiin. (Gordon 2001, 10, 16.) Sukupuoli tulee näkyväksi yleensä tekemisen kautta. Nainen tuo naiseutta esille erilaisilla eleillä, asennoilla, ilmeillä ja liikkeillä. (Pirinen 2001, 142, 147.)

### 2.3 Eri tahot seksuaalikasvatuksen antajina

Seuraavassa luvussa käsittelemme seksuaalikasvatusta ja sitä antavia tahoja. Pääasiallinen vastuu seksuaalikasvatuksesta on nuoren perheellä, opettajilla ja kouluterveydenhoitajalla. Suomalaisessa kulttuurissa seksuaalikasvatuksen antamisen ajatellaan kuuluvan lähinnä koulun tehtäviin. Sen sijaan monissa muissa kulttureissa vastuu seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelystä nuoren kanssa on enemmänkin perheellä tai suvulla.

Lapsuus vaihtuu nuoruudeksi yksilön ollessa noin 10–12-vuotias ja jatkuu aina noin 22 ikävuoteen saakka. Puberteetti eli murrosikä on nuoruuden vaihe, jolloin nuori kehittyy nopeasti sekä fyysisesti, psyykkisesti että seksuaalisesti. Nuoruus on tärkeintä seksuaalisen kehityksen aikaa. Vaikka yksilön seksuaalisuus muokkautuu läpi elämän ympäristön ja yksilön kokemusten mukana, suurimmat muutokset koetaan aikuiseksi kasvettaessa. (Aho ym. 2008, 12–13,17.)

Seksuaalikasvatusta ei tarkoita seksin opettamista, vaan se on tärkeä osa kasvatustyötä. Se lisää nuoren elämänhallinnan taitoja. Sen tavoitteena on



opettaa tietoa, taitoa, tasa-arvoa, asenteita sekä lisätä seksuaaliterveyttä. Nuori ymmärtää paremmin itsessä tapahtuvia muutoksia kasvun ja kehityksen myötä, hänen ihmissuhdetaitonsa kehittyvät, seksuaali-identiteetti rakentuu, nuori oppii hallitsemaan paremmin tunteitaan ja itsetunto kehittyy. (Apter, Eskola, Säävälä & Kettu, 2009.)

Hyvää seksuaaliterveyttä voidaan edistää ja pitää yllä seksuaalikasvatuksella. Paras hyöty saavutetaan, kun tieto kohdennetaan oikein ja tarjotaan laadukkaita seksuaaliterveyspalveluita. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 18, 96.) Terveydenhoitaja toimii seksuaaliterveydenasiantuntijana koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa, hyvinvointi-, ehkäisy- ja äitiysneuvoloissa. 1972 voimaan tullut Kansanterveyslaki velvoittaa kunnan pitämään yllä terveysneuvontaa, johon sisältyy esimerkiksi valistus raskauden ehkäisyä. (Nurmi 2000, 82–83.)

Lukuvuonna 2003–2004 terveystieto, johon seksuaalikasvatus sisältyy, tuli itsenäiseksi oppiaineeksi yläkouluun ja samalla opettajien vastuu seksuaalikasvattajina lisääntyi. Myös muualla Euroopassa opettajien roolia seksuaalikasvattajina on vahvistettu uusien standardien myötä. Seksuaalikasvatukseen käytettävien oppituntien määrää on vähitellen lisätty, mikä osaltaan kertoo vastuun siirtämisestä perheeltä koululle. (Pojjärvi 2010.)

Kodin ja perheen, joskus koko suvun sisäiset seksuaalisuuteen liittyvät käsitykset ja toimintamallit määrittävät nuoren kasvua ja seksuaalisuuden kehittymistä. Huolimatta siitä, että seksuaalisuuteen liittyviä asioita käsitellään koulussa suhteellisen paljon, ovat vanhemmat merkittävin nuoren seksuaalisuuteen vaikuttava taho. Kotona opitut arvot ja asenteet näyttävät nuoren seksuaalisen kehityksen suunnan. (Koti – perhe – suku.)

Perheestä huolehtiminen katsotaan islamissa yhdeksi aikuisen tärkeimmistä tehtävistä (Muhammed 2011, 162). Somalialaisessa kulttuurissa äidillä mutta myös koko somaliyhteisöllä on suuri rooli lapsen kasvattamisessa. Suomessa monissa kasvatuksellisissa asioissa korostetaan sen sijaan yksinomaan biologisten vanhempien ja viranomaistahojen vastuuta. (Tiilikainen 2007, 274.) Tyttölasten ohjaaminen ja opettaminen moraalisesti oikeaan elämään on useimmiten perheen äidin ja suvun naisten tehtävä. Perinteiset roolit ovat edelleen kasvatuksen perustana: naiset hoitavat pääasiassa kodin ja lapset. (Akar & Tiilikainen 2004, 11–12.)

Maahanmuuton myötä monet islamilaiset suurperheet hajoavat, ja ydinperheet ovat yhä yleisempiä. Tämä muuttaa myös tututtua tapaa jakaa tietoa perheen sisällä. Seksuaalikasvatus on perinteisesti islamissa ollut lähinnä isovanhempien, tyttöjen kohdalla isoäidin tehtävä. Suurperheiden jakautumisen myötä seksuaalivalistuksen antajan rooli siirtyy esimerkiksi yhteiskunnallisille tahoille tai omille vanhemmille. (Akar & Tiilikainen 2004, 12.)

### 3 SEKSUAALIOIKEUDET

#### 3.1 Seksuaalioikeuksien julistus

Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestöjen liitto on määritellyt seksuaalioikeudet Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeusjulistukseen pohjautuen. Seksuaalioikeudet kuuluvat kaikille ihmisille ja niiden perustana ovat **taasa-arvo, vapaus, yksityisyys ja itsemääräämisoikeus** liittyen esimerkiksi avioliittoon, seksuaaliterveyspalveluihin sekä omaan kehoon. Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton laatimien seksuaalioikeuksien pohjalta on tehty erikseen nuoria koskevat ohjeet. (Cacciatore 2006, 424–425; IPPF 2008.)

Seksuaalioikeuksien tulisi turvata sekä yksilöille että pareille päätäntävalta omista seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Näiden oikeuksien toteutumisesta pyritään varmistamaan laeilla ja säädöksillä. (IPPF 2008.) Kaikkialla maailmassa ihmisoikeuksia ja niihin kuuluvia seksuaalioikeuksia ei pidetä itsestään selvyyksinä ja hyväksyttävänä. Yksi syy tähän on, että oikeudet nähdään länsimaalaisten keksiminä. Ne ovat ristiriidassa myös eri uskontojen arvojen kanssa. Esimerkiksi näiden oikeuksien tekemiseen osallistui kuitenkin merkittävä islamilainen henkilö, ja islamin maat ovat allekirjoittaneet ja liittyneet ihmisoikeussopimuksiin. Silti useat heistä miettivät oikeuksien hyväksymisen olevan luopumista omista laista ja antautumista länsimaalaisten arvoille. (Abdelhamid 2009, 72–73.)

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa yksilön omia päätöksiä ja hänen tahdon vapauttaan. Tämä tarkoittaa myös sitä, että maahanmuuttajalla on oikeus omiin valintoihin riippumatta terveydenhoitajan mielipiteestä. Monessa kulttuurissa naisen puolesta päätöksen tekee perheen tai suvun miespuoliset edustajat, esimerkiksi aviomies tai isä. Suomessa asiakkaalla on oikeus tietää totuus hänen terveydentilaansa koskevista asioista halutessaan. Jos terveydenhoitaja salaa tietoja asiakkaalta, niin hän rikkoo tämän itsemääräämisoikeutta. Asiakkaalla on myös oikeus olla tietämättä asioita, jos hän niin haluaa. Joissakin kulttuureissa vältellään esimerkiksi kuolemasta puhumista asiakkaalle, koska sen ajatellaan jouduttavan tämän kuolemaa. (Abdelhamid 2009, 86–90.)

Jokaisella naisella tulisi olla oikeus yksityisyyteen. Terveystiedot ovat luottamuksellisia ja tulee itse saada päättää kenelle tietoja jaetaan. Kukaan ulkopuolinen ei saa saada tietoa naisen käynnistä terveystieteiden palvelujen asiakkaana. Yksityisyys tarkoittaa myös jokaisen fyysisistä ja psyykkistä koskemattomuutta sekä tunnetta olla arvokas omana itsenään. Jokaisella naisella on oikeus olla yksin ja estää toisten mahdollisten henkilöiden kuuluvuus omaan elämäänsä. Yksityisyyden suoja koskevista keskeisistä määräyksistä on kirjattu Suomen 1.3.2000 voimaan tulleeseen perustuslakiin ja tietosuojaa koskevat määräykset sisältyvät vuoden 1999 henkilötietolakiin. (Yksityisyyden suoja.)

Sukupuolten välinen tasa-arvo tarkoittaa, että sekä miehellä että naisella on samat oikeudet ja velvollisuudet. Seksuaalioikeuksien toteutumisen tulisi olla kaikkien muidenkin ihmisoikeuksien tavoin sukupuolesta riippumaton. Yhteiskunnassa huonommassa asemassa ovat naiset. Toisissa maissa naisten asema on vuosien saatossa kohentunut, mutta erityisesti kehitysmaissa tilanne on edelleen huono. Täysin tasavertaisessa asemassa sukupuolet eivät ole vielä missään maassa. (Kehitys ei toteudu ilman tasa-arvoa.)

Vapaus määritellään esteiden puuttumisena ja oikeutena tehdä omia valintoja. Seksuaalinen vapaus tarkoittaa yksilön oikeutta toteuttaa seksuaalisuuttaan täydesti, kuitenkin lakien asettamissa rajoissa. (IPPF 2008). Ihmistä ei saa pakottaa sterilisaatioon, aborttiin tai raskauteen ilman hänen omaa suostumustaan. Jokaisella on vapaus valita itse, miten haluaa toimia lait huomioon ottaen. (Korhonen, Lipsanen & Yli-Räisänen 2009, 31–32.)

Kun seksuaalioikeuksia ja niiden toteutumista tarkastellaan maailmanlaajuisesti, miehet käyttävät usein naisia enemmän valtaa. Erityisesti kehitysmaissa sukupuolien väliset erot seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä ovat huomattavia. Naiset elävät hyvin erilaista elämää kuin miehet. Nainen on avioliittoa solmittaessa monissa kulttuureissa kauppatavara. Hänestä maksetaan sovittu summa, joka velvoittaa häntä tietynlaiseen käytökseen aviomiestään ja tämän vanhempia kohtaan. (Kekäläinen & Roos 2006, 15.)

Maahanmuuttajan syy muuttaa Suomeen voi olla myös seksuaalioikeuksien toteutuminen. Joissakin maissa seksuaalinen väkivalta on yksi sodankäynnin muoto, ja naisten vapautta voidaan rajoittaa radikaalisti. Maahanmuuttajaryhmät, joissa on koettu seksuaalista hyväksikäyttöä ja väkivaltaa ovat yleensä suojelevia oman ryhmänsä naisia kohtaan eivätkä helposti hyväksy ryhmän ulkopuolisten miesten kanssa seksisuhteita tai aviointumista. Miehen halu rajoittaa naisen sukupuolisuutta voi pahimmillaan johtaa liikkumisen rajoittamiseen, hyväksikäyttöön, aborttiin pakottamiseen tai sen estämiseen, ehkäisyn kieltoon ja myös koko seksuaaliterveys-tiedon kieltämiseen. (Apter ym. 2009.)

### 3.2 Seksuaalioikeuksien toteutumista suojaavat tekijät

Lait ovat yksi niistä keinoista, joilla suojataan seksuaalioikeuksien toteutumista. Jokaisen Suomessa asuvan henkilön tulee noudattaa Suomen lakia. Suomessa oleskelevia ulkomaalaisia koskevat samat velvollisuudet kuin suomalaisia lukuun ottamatta asevelvollisuutta. Perustuslaki on pohjana kaikille Suomen laeille. Perustuslaissa määrätään muun muassa ihmisten tasavertaisuudesta lain edessä. (Kaljunen & Kanervo 2007, 61, 64, 101.)

Suomessa ulkomaalaislaki (301/2004) astui voimaan vuonna 2004 kumoten vuoden 1991 säädöksen. Laki koskee henkilöitä, jotka eivät ole Suomen kansalaisia. Laissa määrätään ulkomaalaisten Suomeen tulosta, Suomessa oleskelusta määräaikaaisesti tai pysyvästi sekä Suomesta lähtemisestä. (Ulkomaalaislaki 1: 1 §.)

Tasa- arvolaki tuli Suomessa voimaan 1987. Sen tarkoitus on suojata naisten sukupuolista syrjimistä etenkin työelämässä. Yhdenvertaisuuslaki tuli voimaan 2004, ja sen tarkoituksena on edistää ja turvata yhdenvertaisuuden toteutumista sekä tehostaa syrjinnän kohteiksi joutuneiden oikeussuojaa. (Mäkelä & Puhakainen 2008, 12.)

Suomessa avioliittolain (234/1929) mukaan molempien henkilöiden on halettava avioliittoa, jotta heidät voidaan vihkiä. Jos toinen aviopareista haluaa eroa, hänellä on oikeus erota puolisostaan harkinta-ajan jälkeen tai kahden vuoden erillään asumisen jälkeen. Tämä kietoutuu Seksuaalioikeuksissa olevaan itsemääräämisoikeuteen. Seksuaalioikeuksissa teemaksi ottamamme tasa-arvo liittyy myös avioliittolakiin. Molempien puolisoiden täytyy ottaa kykyjensä mukaan osaa perheensä talouteen ja kummankin henkilökohtaiset tarpeet on saatava tyydytettyä näillä varoilla. (AOL 1: 1–2 §, 6: 25–26 §.)

Laki raskauden keskeyttämisestä (239/1970) määrittelee naisen oikeutta tehdä abortti, jos raskauden jatkaminen tai synnyttäminen vaarantaa hänen terveydentilansa tai lapsen tiedetään olevan vaikeasti sairas syntyessään. Jos nainen on tullut raskaaksi raiskauksen tuloksena, voi hän keskeyttää raskauden. Mikäli nainen on ollut alle 17-vuotias raskaaksi tullessaan tai yli 40-vuotias, voidaan raskaus keskeyttää. Ennestään neljä lasta synnyttänyt nainen voi myös vaatia aborttia. Raskauden keskeytyksen saa myös tehdä, jos perheen elämäntilanteelle lapsen hoito olisi huomattava rasitus. Abortin saa helpoiten ja varmimmin ennen 12 raskausviikkoa, jonka jälkeen raskaus voidaan keskeyttää vain painavin perustein 20 raskausviikkoon asti Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston luvalla. (Aborttilaki. 1–3, 5 §.)

Nainen voidaan sterilisoida siten, ettei hän enää voi tulla raskaaksi. Suomen sterilisointilain (283/1970) mukaan toimenpide voidaan tehdä naiselle, jos hän on yli kolmekymmentä vuotta ja synnyttänyt kolme lasta tai hänellä on yhteensä aviomiehensä kanssa kolme alaikäistä lasta. Sterilointi voidaan myös tehdä, jos raskaaksi tuleminen vaarantaisi naisen terveyden. Nämä lain pykälät liittyvät seksuaalioikeuksien itsemääräämisoikeuteen ja vapauteen. (Sterilisointilaki 1 §.)

Suomen rikoslain luvussa 20 (24.7.1998/563) on määritelty tuomittavat seksuaaliset teot sekä niiden seuraamukset. Niitä ovat raiskaus eli pakottaminen sukupuoliyhteyteen, pakottaminen muuhun seksuaaliseen toimintaan, seksuaalinen hyväksikäyttö, lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö, seksin myyntiin ja ostoon liittyvät rikkomukset sekä parittaminen. Myös lapsen houkuttelemisen seksuaalisiin tekoihin ja lapsen koskemattomuutta loukkaavan esityksen seuraaminen on määritelty tässä luvussa. (RL 20.1–9 §.) Joidenkin maahanmuuttajien keskuudessa esiintyy ympärileikkauksia. Perinteisesti tytön ympärileikkaus on siirtymäriitti työstä naiseksi, ja tytöt saattavat jopa itse vaatia tätä. (Kekäläinen & Roos 2006, 16.) Suomessa ympärileikkauksen katsottaisiin olevan törkeä pahoinpitely, josta voisi saada enimmillään kymmenen vuoden vankeusrangaistuksen. (Mölsä 2006, 128.)

Rikoslain 20. luvun määritelmät täyttäviä seksuaalirikoksia kävi poliisille ilmi vuonna 2009 2205 kappaletta. Luku on noin 700 pienempi kuin edellisvuonna. Kokonaisuudessaan seksuaalirikosten määrä on kasvanut reilusti 2000-luvun aikana. Etenkin seksuaalisen hyväksikäytön määrä on lisääntynyt. (Honkatukia, Kainulainen & Niemi 2010, 100.)

Seksuaalioikeuksilla pyritään parantamaan ihmisten seksuaaliterveyden tilaa kaikkialla maailmassa. Lait ovat ehkä näkyvin ja tärkein keino ylläpitää seksuaalioikeuksien toteutumista yhteiskunnassa. Lakien ohella sekä kansalliset että valtion sisäiset kehittämisprojektit koskien terveyspalveluita, ammattilaisten koulutusta ja kansalaisten tietoutta seksuaalisuudesta, parantavat seksuaalioikeuksien toteutumista. (Valkama 2006, 13–14.)

Ilman riittävää tietoa seksuaalioikeuksien toteutuminen ja omista oikeuksista huolehtiminen on vaikeaa. Myös elinympäristön tulee olla suotuista, jotta seksuaalioikeudet voivat toteutua. (Korhonen ym. 2008, 8.) Maissa, joissa naisilla on mahdollisuus kouluttautua ja saada tietoa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, myös seksuaalioikeudet toteutuvat paremmin (Valkama 2006, 19). Tarjolla tulisi olla seksuaaliterveyspalveluita sekä tarvittavat välineet, joilla on mahdollista itse säädellä lasten hankintaa sekä raskaudenehkäisyä (Korhonen ym. 2008, 8). Asiantuntijoiden tietämystä pyritään hyödyntämään, ja eri ammattien edustajia verkostoidaan toisiinsa. He tarjoavat erilaista neuvontaa sekä hoitoa erityisestä ennalta ehkäisten. (Valkama 2006, 15.) Perhesuunnittelupalveluiden takaaminen kaikille maailman ihmisille on kuitenkin haastavaa, sillä erityisesti köyhissä maissa väestönkasvu on nopeaa, ja palveluita on vaikea tuottaa riittävästi ja tasapuolisesti (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila maailmassa 2004, 2–3).

## 4 SOMALIALAISET MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA

Maahanmuuttovirasto määrittelee maahanmuuttajan henkilöksi, joka muuttaa maasta toiseen mistä tahansa syystä. Maahanmuuttaja tarkoittaa siis käytännössä ulkomailla syntynyttä henkilöä. Maahanmuuttajat eroavat maan valtaväestöstä taustansa tai ulkonäkönsä vuoksi. Maahanmuuttajat ovat tulleet maahan esimerkiksi turvapaikanhakijana, työn tai rakkauten vuoksi. (Emas 2006, 77–79.) Puhekielessä ei ole määritetty, milloin syntymaastaan toiseen maahan muuttanut ei enää ole maahanmuuttaja. Tämän vuoksi sana saattaa leimata henkilön. (Maahanmuuttaja/ maasta-muuttaja; Martikainen & Tiilikainen 2007, 17–18.)

### 4.1 Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveys

Monessa kulttuurissa ajatellaan seksin kuuluvan vain avioliittoon. Naisilla ei välttämättä ole minkäänlaisia seksuaalisia oikeuksia, eikä valtaa toteuttaa seksuaalisuuttaan, päättää ehkäisyn käytöstä eikä lapsien hankinnasta. Seksistä ei välttämättä ole lupaa nauttia ja se koetaan vain velvollisuutena. Jokaisen naisen ihmisoikeuksiin tulisi kuitenkin kuulua seksuaalinen itsemääräämisoikeus. Naisella pitäisi olla oikeus päättää kenen kanssa haluaa harrastaa seksiä ja koska haluaa tehdä lapsia. Sukupuolten välinen tasa-arvo ei aina toteudu, naisiin saattaa kohdistua väkivaltaa eivätkä miehet välttämättä osallistu kotitöihin ja lapsien hoitoon. (Emas 2006, 83–86.)

Väestöliitto on tehnyt vuonna 2009 kyselyn ja myös haastatellut maahanmuuttajajärjestöjä ja muita alan asiantuntijoita. Tässä tutkimuksessa on selvinnyt, ettei seksuaali- ja lisääntymisterveysasioista mielellään puhuta, vaan ne kielletään kotona ja kaveripiirissä. Tutkimuksen mukaan monet maahanmuuttajat pelkäävät länsimaalaistumista ja heillä on ennakkoluuloja länsimaalaisia kohtaan. Tämän takia myös seksuaalikasvatusta saatetaan pitää tarpeettomana ja haitallisena. Asiantuntijat kertovat myös, että monissa kulttuureissa vanhemmuus on naiseuden ja miehuuden mitta, minkä takia ehkäisyä ei käytetä. Monet kieltäytyvät esimerkiksi kondomin käytöstä vain siksi, koska sen katsotaan kuuluvan avioliiton ulkopuolisiin seksisuhteisiin. Maahanmuuttajilla on todettu suomalaisiin verrattuna enemmän HI-virusta ja aidsia, he ovat kokeneet enemmän seksuaalista väkivaltaa, myös ei-toivottuja raskauksia sekä abortteja on enemmän useimmissa maissa. (Apter ym. 2009.)

Poliisiammattikorkeakoulun tutkimuksen mukaan vuonna 2005 poliisille tehtiin rikosilmoitus kokonaisuudessaan 1254 maahanmuuttajanaisten tai -tytön kokemasta väkivaltatapauksesta. Näistä uhreista 152 oli ilmoittanut kokeneensa seksuaalista väkivaltaa. Kun luvusta poistetaan alaikäisten vanhemmat, Suomessa syntyneet mutta ulkomaalaisen äidin omaavat sekä suomalaiset uhrit, jotka olivat valikoituneet mukaan rikosten joukkoluontoisuuden vuoksi, jäljelle jää 79 maahanmuuttajanaisten kokemaa seksuaalirikosta. Luvut vaikuttavat pieniltä, mutta suuri osa seksuaali- ja väkivaltarikoksista etenkin maahanmuuttajien keskuudessa jää ilmoittamatta syy-

lisyden, häpeän ja tiedonpuutteen vuoksi. (Ellonen & Korhonen 2007, 30–31, 54.)

Kunnallisen sektorin seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut ovat käytävissä myös aikuiselle maahanmuuttajanaiselle. Erityisen tärkeää on myös heille seksuaalitiedon saatavuus maassamme, erityisesti jos he eivät ole saaneet perustietoa omassa maassaan. (Apter ym. 2009.)

Johtuen varhaisesta naimisiinmenoiästä, tyttöjen koulutus jää usein etenkin kehitysmaissa kesken. Viime vuosina rajoja on muokattu, mutta edelleen monet koulut kieltävät tyttöjen opiskelun heidän ollessaan raskaana. Tästä syntyy hyvin negatiivinen kierre, sillä koulutuksen puute ja köyhyys ovat pääasiallisia syitä seksuaalioikeuksien toteutumattomuuteen. Tytöt eivät saa riittävää ja totuudenmukaista seksuaalivalistusta tai lisääntymisterveyspalveluita, minkä vuoksi perinteiset naisten oikeuksia loukkaavat tavat pysyvät käytössä. (Kekäläinen & Roos 2006, 16–17) Terveydenhoitajan on tärkeää kertoa nuorelle puberteetti- iässä olevalla tytölle tietoa hänen kehonsa rakenteesta ja sen toiminnoista (Juntunen 2009, 212). Suomessa yleinen oppivelvollisuus koskee kaikkia suomen kansalaisuuden saaneita, ja näin myös maahanmuuttajatytöt saavat peruskoulutuksen. Heillä on oikeus myös uskontokuntansa mukaiseen opetukseen. (Oppivelvollisuus ja koulupaikka 2010.)

Nyt maahamme muuttaneet lapset ja nuoret, jotka aloittavat koulun oppilaitoksissamme ovat nuorina aikuisina paljon tietäväisempiä sukupuoli- ja seksuaaliasioista kuin aikuisena maahamme tulevat maahanmuuttajat. Väestöliiton vuonna 2009 tekemässä tutkimuksessa on huomattu maahanmuuttajanuorten vetäytyminen seksuaalikasvatustunneilta, koska he pitävät seksuaalisuuteen liittyviä asioita tabuina. (Apter 2009.) Islamilaisten maiden kouluissa ei anneta minkäänlaista sukupuoli- ja seksuaalivalistusta. Ainoa tieto voi tulla kavereilta, ja sekin voi olla vääristynyttä. (Hallenberg 2008, 91–92.)

Somalialaiset ovat Suomen maahanmuuttajista suurin yksittäinen muslimiryhmä. Heitä oli maassamme 6593 eli 3.9 % vuoden 2010 tilastojen mukaan. Suomen kansalaisuuden sai vuonna 2010 131 somalia. (Ulkomaisten kansalaiset 2011.) Valtaosa somalialaisista on sunnimuslimeita, ja uskonto määrää pitkälti heidän toiminta- ja ajattelutapansa maassa (Mölsä & Tiilikainen 2007, 451). Sunna on muslimin ainoa oikea tapa toimia. Profeetta Muhammed levitti seuraajilleen tätä tapaa, jolla hän tulkitsi koraania. Koraani on islamin pyhä kirja, joka sisältää lakeja ja oppeja. Se sisältää satojen vuosien takaa jumalan sanaa, jonka ymmärtäminen ja tulkinta on kuitenkin kehittynyt ja muuttunut. (Hämeen-Anttila 2006, 20–22, 78–79; Islamopas.)

#### 4.2 Seurustelu, avioliitto ja perhe somalialaisessa kulttuurissa

Somalialaiset perheet ovat pääasiassa uskonnoltaan muslimeja, ja perheolajaalius on heille ominaista. Transnationaaliset perheet eli maantieteelliset rajat ylittävät perheet ovat nykypäivää maahanmuuton vuoksi. Sosiaalista turvaa haetaan usein suvun kautta. (Somalialainen kulttuuri ja kasvatus

Suomessa ja Somaliassa 2005, 8.) Somalitytöille avoin ja luottamuksellinen suhde äitiin on tärkeä, koska tytöt kohtaavat Suomessa ristiriitaisia odotuksia ja oletuksia seksuaalisuudesta (Isotalo 2006, 118).

Seurustelukulttuuria ei muslimien keskuudessa ole, vaan intiimimmistä ja merkityksellisistä kanssakäymisestä tyttöjen ja poikien välillä pidättydytään niin sosiaalisesti kuin fyysisesti. Poikkeuksia toki löytyy esimerkiksi maahanmuuttajien ja uskontoa laveammin noudattavien keskuudesta. Neitsyyden menetys on kuitenkin häpeä lähes kaikkien muslimien keskuudessa, ja saattaa pilata tytön mahdollisuudet päästä koskaan naimisiin. (Lipsanen 2009, 21–23.) Vaikka Suomessa syntyneiden somalityttöjen neitsyyttä ei enää varmisteta ympärileikkauksella, on neitsyydellä kuitenkin suuri merkitys uskonnollis-kulttuurisena ihanteena. (Isotalo 2006, 118).

Muslimiavioliitto on virallinen sopimus, johon molempien osapuolien on suostuttava omasta tahdostaan. Monet avioliitoista ovat kuitenkin nuorten vanhempien järjestämiä. (Lipsanen 2009, 18.) Etenkin naisten naimattomuus muslimimaissa on harvinaista, koska avioliitto on heille uskonnollinen suositus (Hallenberg 2008, 89). Tällöin liittoon saatetaan suostua painostuksen vuoksi. Islamilaisessa avioliitossa miehellä ja naisella on tietyt tehtävät. Mies tekee suuret, perhettä koskevat päätökset sekä toimii perheen pääasiallisena elättäjänä ja edustajana. Vaimo toimii avioliitossa miehensä päätösten mukaan lakia ja uskontoa mukaillen. Perinteisten sukupuoliroolien merkitys on yhä suuri, mutta niiden toteutuminen on muokkautunut yhteiskunnan ja maahanmuuton lisääntymisen mukana. Usein myös vaimo käy töissä, ja toisinaan hänen on jopa helpompi saada töitä. Tämä saattaa aiheuttaa paineita ja syyllisyyttä miehellä, jonka tulisi olla ensisijainen elättäjä. (Lipsanen 2009, 18, 21.)

Islam sallii polygamian eli avioliiton useamman vaimon kanssa, kuitenkin korkeintaan neljän. Vaimoilla on kuitenkin oikeus tasapuoliseen elämään, ja he voivat vaatia avioliiton mitätöimistä mikäli kokevat tulevansa huonosti kohdelluiksi moniavioisessa liitossa. Suomen laissa avioliitto on määritelty vain yhden miehen ja naisen väliseksi, mutta toisinaan muslimit harjoittavat moniavioisuutta myös Suomessa. Musliminainen voi naida ainoastaan muslimimiehen, mutta muslimimies voi naida myös muuta uskontoa harjoittavan tämän tarvitsematta kääntyä muslimiksi. (Lipsanen 2009, 23, 25.)

Muslimiperheet ovat usein suuria ryhmiä, joihin kuuluu ihmisiä useasta eri sukupolvesta. Pakolaisuuden tai muun maahanmuuton vuoksi suuret perheet ovat hajonneet, mutta suurperheitä pyritään kuitenkin vaalimaan. Tässä auttavat nykyaikaiset yhteydenpitomahdollisuudet. Perhe tukee jäseniään niin sosiaalisesti kuin taloudellisesti, tämän vuoksi yksin eläminen onkin muslimien keskuudessa harvinaista. Vanhempia ihmisiä kunnioitetaan, ja heidän kuntonsa laskiessa nuoremmat suvun jäsenet huolehtivat heistä. Myös lapsia arvostetaan muslimikulttuurissa, sillä he turvaavat perheen tulevaisuuden. (Lipsanen 2009, 13, 15–16.) Äidit saattavat toivoa tytärtä avuksi kotitöihin ja poikaa vahvistamaan sukulinjaa. Äidit yleensä opettavat tyttärilleen kulttuurin tavat ja arvot sekä antavat neuvoja. Tytöt alkavat



vähitellen opetella naiselle kuuluvia tehtäviä kotona ja tulevana vaimona. (Akar & Tiilikainen 2004, 8–9.)

Tytöt ovat useimmiten muslimiperheissä yhtä toivottuja lapsia kuin pojat, mutta heidän roolinsa on erilainen. Tyttöjen koulutusta pidetään tärkeänä, mutta pääasiassa heidän paikkansa on kotona, missä he auttavat vanhempiaan erilaisissa kotitöissä. Monissa maissa tyttöjen koulutettavuus onkin poikia alhaisempi. Suomalainen koulujärjestelmä takaa nuorille muslimitytöille yhtä hyvät puitteet kouluttautumiseen. (Lipsanen 2009, 17.)

Muslimit eivät suosi avioeroa, mutta se on kuitenkin mahdollinen (Lipsanen 2009, 25). Avioerot ovat nykyään melko yleisiäkin. Ei ole epätodennäköistä, että parit menevät vielä kuitenkin uudelleen naimisiin. (Akar & Tiilikainen 2004, 13.) Erossa molemmille jää oma omaisuutensa, ja lapset jäävät useimmiten äidin hoitoon. Somaliassa alle 10-vuotiaat pojat ja alle 15-vuotiaat tytöt hoitaa äiti, tätä vanhemmat lapset isä. (Lipsanen 2009, 25.)

#### 4.3 Seksuaalioikeuksien toteutuminen somalialaisten keskuudessa

Muslimit kokevat seksuaalisuuden positiivisena ja terveyttä edistävänä asiana. Sitä tulisi kuitenkin toteuttaa ainoastaan naisen ja miehen välisen avioliiton sisällä. Esiaviollinen seksi on kielletty, eikä avioliiton ulkopuolisia suhteita hyväksytä. Suhtautuminen itsetyydytykseen vaihtelee, usein se hyväksytään naimattomilla nuorilla, sillä se on parempi keino toteuttaa seksuaalisuuttaan kuin seksin harrastaminen ennen avioliittoa. Islamin säännöistä huolimatta myös muslimien keskuudessa tapahtuu pettämistä ja seksiä harrastetaan ennen avioliittoa. (Lipsanen 2009, 38–39.)

Seksuaalisuuden toteuttamista esimerkiksi vaattein, elein tai puheen kautta ei hyväksytä kodin ulkopuolella. Islamin maissa seksuaalisiksi tilanteiksi voidaan kokea kaikki vieraan ja vastakkaista sukupuolta olevan ihmisen kanssa tapahtuva kontakti, jopa pelkkä kättely tai katseiden kohtaaminen. (Hallenberg 2008, 81–82.) Joidenkin islamin suuntausten mukaan naisten tulee peittää vartalonsa aina kokonaan eikä esimerkiksi viettelevän tuoksuja hajuvesiä saa käyttää. Hiusten peittäminen ei kaikkien muslimiryhmien mielestä ole välttämätöntä, mutta kaikkien muslimien on pukeuduttava säädyllisesti. Suomessa musliminuoret saattavat pukeutua hyvin samanlaisiin asuihin kuin suomalaisetkin nuoret peittäen lisäksi hiuksensa. (Hallenberg 2008, 82; Lipsanen 2009, 39, 41.)

Homoseksuaalisuus on islamissa tuomittu ja vaiettu teema. Useissa muslimimaissa siitä voi olla tuomiona sakko, vankeusrangaistus tai jopa kuolema. Toisissa maissa homoseksuaaliset suhteet hyväksytään tai niihin suhtaudutaan melko välinpitämättömästi, kun taas homoseksuaalista identiteettiä muslimien on vaikea ymmärtää. Kuitenkin ainoastaan miehen ja naisen välille voidaan solmia avioliitto. Maahanmuuttajien ja länsimaalais-tuneiden muslimien suhtautuminen homoseksuaalisuuteen on vapaampaa. (Lipsanen 2009, 42–43.)

Seksuaalioikeudet toteutuvat hyvin vaihtelevasti musliminaisten välillä. Naisen keho on enemmän keino ylläpitää suvun jatkuvuutta ja yhteisöllisyyttä kuin väline, jolla nainen voi ilmaista omaa seksuaalisuuttaan. Seksuaalioikeuksia rikkovia tapoja ja säädöksiä muslimien keskuudessa ovat esimerkiksi avioliittoon painostaminen, seksuaalisuuden toteuttamisen rajoittaminen, avioliitossa tapahtuvien raiskausten väheksyminen ja raiskauksen häpeällisyys sekä ongelmat seksuaalivalistuksessa. (Lipsanen 2009, 44–45.) Naisen ja miehen epätasa-arvo näkyy perheissä sekä myös yhteiskunnallisella tasolla. Vuonna 1981 Euroopan islamilainen neuvosto julkaisi islamilaisen version YK:n ihmisoikeuksien julistuksesta. Siinä sanotaan esimerkiksi, että mies on naisen pää ja miehellä on oikeus valvoa, rajoittaa ja kurittaa tottelematonta vaimoaan. (Hallenberg 2008, 78–79.)

Periaatteessa raiskaus on muslimimaissa erittäin paheksuttu rikos, mutta ei kovin yksiselitteinen. Koska naisen ruumis on koko suvun omaisuutta, raiskaus on häpeällinen asia ennen kaikkea naisen perheelle. Muslimimaissa raiskauksen uhri saattaa saada tekonsa anteeksi yhteiskunnan ja perheen silmissä, jos nai raiskaamansa naisen. Tässä tilanteessa nainen joutuukin rangaistuksi. Naisen voidaan myös ajatella olevan syyppää raiskaukseen, mikäli tämä on käyttäytynyt väärin. Raiskaus avioliiton sisällä ei ole muslimimaissa rikos, sillä naisen tulee perinteen mukaan toteuttaa miehensä toiveet. (Hallenberg 2008, 91; Lipsanen 2009, 46.)

## 5 TERVEYDENHOITAJA JA MAAHANMUUTTAJA-ASIAKKAAT

### 5.1 Somalialaissyntyinen maahanmuuttajanainen terveystalveluiden käyttäjänä

Terveydenhoitaja kohtaa maahanmuuttajanaisia esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolapalveluissa sekä uusissa hyvinvointineuvoloissa. Hyvinvointineuvoloiden tavoitteena on entistä paremmin tukea vanhemmuutta ja koko perheen hyvinvointia. Näissä neuvoloissa terveydenhoitaja ja lääkäri ovat yhteistyössä perheen kanssa raskausajan alusta lapsen kouluikään asti. Hyvinvointineuvolat painottavat ennaltaehkäisevää terveydenhoitotyötä ja ongelmiin pyritään puuttumaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Terveydenhoitajalla ja lääkäriellä on Tampereen kaupungilla tukena työtiimi, johon heidän lisäksi kuuluu sosiaalityöntekijä, neuvolapsykologi, perheneuvolan työntekijä ja kaksi perhetyöntekijää. (Hyvinvointineuvola 2010.)

Somalialaiset maahanmuuttajat on Suomessa suurin Afrikasta tullut muslimitaustainen ryhmä. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu somalien sairauksien ja niiden hoitamiseen liittyvien suomalaisista eriävien käsitysten vaikuttavan heidän Suomessa saamaansa hoitoon. Myös koko terveydenhoitojärjestelmä eroaa heidän kotimaastaan merkittävästi. Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto on valtaosalle somaleista täysin vieras käsite, mutta Suomeen tullessaan he arvostavat sitä, että terveystalveluita on saatavilla ja he käyttävät niitä monipuolisesti. Aikataulujen tarkka noudattaminen terveystalveluissa voi olla somaleille vaikeaa, sillä siihen ei ole kotimaassa totuttu. Somalit kokevat puhutun tiedon kirjoitettua tärkeämmäksi eivätkä välttämättä edes osaa lukea, joten merkittävät asiat on syytä käydä somaliasiakkaiden kanssa läpi myös suullisesti. (Mölsä & Tiilikainen 2007, 452–453.)

Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja -väitöskirjan mukaan, merkittävimpänä terveyteen liittyvänä asiana somalialaiset pitivät ajatusta, että terveys on Jumalan lahja. Tutkimuksen pääaineisto koottiin haastattelemalla 55 somalialaista ja kuutta terveydenhuollossa toimivaa henkilöä. Yleisesti somalialaiset olivat tyytyväisiä saamiinsa terveystalveluihin, mutta toivoivat hoitohenkilökunnalta iloisempaa työtettä, parempaa paneutumista heidän vaivoihinsa sekä tasa-arvoista kohtelua muiden asiakkaiden kanssa. Suomessa somalialaisten hyvinvointiin vaikuttavat selkeästi stressitekijät kuten syrjintä, leimaaminen, korkea työttömyys ja etnisyyden vuoksi alemmassa yhteiskuntaluokassa oleminen. Terveyden edistämässä pitäisi ottaa paremmin huomioon nämä asiat ja hoitohenkilökunnan tulisi parantaa ihmislähtöistä työtettä, yhteisölähtöisyyttä ja lisäksi moniammatillisuutta tulisi hyödyntää somalien auttamisessa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.)

Terveydenhuollon palveluita käyttävän maahanmuuttajan tarpeet saattavat erota suomalaisen asiakkaan tarpeista. Myös erilaiset terveys- ja yksilöllisyyskäsitykset saattavat vaikuttaa terveydenhuoltotyöhön. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 10.) Monissa yhteisöissä ajatel-

laan, ettei raskausaika tarvitse mitään erityistä seurantaa, koska se kuuluu heidän mielestään normaaliin tilaan naiseudessa (Juntunen 2009, 232). Suomessa kaikilla on tasapuolisesti oikeus hyvään ja asiakaslähtöiseen hoitoon. Terveydenhoitajan tulee olla ennakkoluuloton ja ajatella maahanmuuttajaa omana arvokkaana yksilönä. (Emas 2006, 77.) Asiakkaan arvoja, tapoja ja uskomuksia tulee kunnioittaa ja kuunnella hänen toiveitaan hoitoon liittyen (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 10). Monessa kulttuurissa alastomuus vieraan ihmisen nähden ei ole hyväksyttyä. Kouluterveydenhoitajan tarkastaessa esimerkiksi oppilaan ryhtiä, nuorta pyydetään ottamaan vaatteita pois. Tässä tilanteessa terveydenhoitajan tulee perustella hyvin toimintansa ja toimia hienotunteisesti. (Juntunen 2009, 218.)

Somalialaisessa kulttuurissa perhe saattaa toisinaan vahvasti rajoittaa tai muuten vaikuttaa terveydenhuollon asiakkaana olevan jäsenensä hoitoon. Kulttuurisia piirteitä tulee ymmärtää, mutta huolehtia myös asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 12.)

## 5.2 Maahanmuuttajan ja terveydenhoitajan vuorovaikutuksen toteutuminen terveydenhoitajan vastaanotolla

Onnistunut ja asiakkaalle mielekäs terveydenhoitotyö rakentuu vuorovaikutukselle ja ymmärrykselle. Vieraskielisten asiakkaiden terveystottumusten ja tapojen selvittäminen voi olla vaikeaa ja hidasta yhteisen kielen puuttumisen vuoksi. Tarjolla on kuitenkin tulkkipalveluita, joita tulisi käyttää mikäli tämä edistää yhteisymmärrystä asiakkaan ja terveydenhoitajan välillä. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 11.) Tulkin käyttö tulee yleistymään Suomessa maahanmuuttajien lukumäärän kasvaessa. Terveydenhoitajan tulisi käyttää ammattitulkkia aina, kun hänellä ja asiakkaalla ei ole yhteistä kieltä. Vaikka arjessa kielitaito olisi riittävä, terveydenhuollossa sanasto saattaa olla liian vaativaa. Kaikki eivät myöskään osaa lukea lainkaan. (Juntunen 2009, 149–151.)

Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulussa vuonna 2005 tehdyssä opinäytetyössä selvitettiin somaliäitien kokemuksia neuvolapalveluista ja saamastaan sosiaalisesta tuesta. Tutkimukseen osallistui kuusi äitiä ja he olivat tyytyväisiä neuvolapalveluihin. Palveluiden käytössä kieliongelmat tulivat esille. Aviomiestä käytettiin usein tulkkina ja näin ollen naisten oli mahdotonta keskustella seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvistä asioista. Lisäksi esitteet ja ohjevihot olivat lähes aina suomen kielellä, mikä teki niiden ymmärtämisestä hankalaa. Toivottiin, että tulkkia käytettäisiin enemmän ja esitteitä voisi kääntää myös somalian kielelle. Erittäin positii-visena äidit kokivat sen, että terveydenhoitaja tunsu somalikulttuuria jo hieman ennalta. Sosiaalinen tuki, jota äidit kokivat neuvolasta saaneensa, oli pääosin tiedollista, vain harva oli saanut lisäksi emotionaalista tukea. (Kauppi 2005, 28.)

Tulkin käyttöönkin liittyy usein ongelmia. Hän ei välttämättä ymmärrä asiaa, joka pitäisi tulkata asiakkaalle ja viesti vääristyy. Terveydenhoitaja ei kuitenkaan voi kyseenalaistaa tulkkia ja hänen on uskottava, että asiakas

saa kaiken hänelle kuuluvan tiedon. Asiakas voi myös salata asioita tulkitta, etenkin jos tulkkinä toimii omainen, jonka tietoon hän ei halua asioita. Maahanmuuttajavanhemmat saattavat usein käyttää lapsiaan tulkkeina, jolloin heidän vanhemman velvollisuutensa on salata joitakin aikuisten asioita lastensa korviltä. Tulkki voi myös pitää velvollisuutenaan salata asioita asiakkaalta, jos hänen kulttuuriinsa liittyy esimerkiksi vakavien sairauksien kertomatta jättäminen asiakkaalle. Tulkkia hankkiessa terveydenhoitajan tulee kiinnittää huomiota tulkin sukupuoleen, koska joissakin kulttuureissa naisten terveyteen liittyvistä asioista keskustellaan vain naisten kesken. Terveydenhoitajan on hyvä kertoa asiakkaalle tulkkia koskevasta vaitiolovelvollisuudesta. (Juntunen 2009, 149–151.)

Kielen lisäksi asiakkaan kulttuurin tunteminen edistää hoidon vaikuttavuutta. Koska kaikkia kulttuureja ei voi tuntea, on erittäin tärkeää kuunnella asiakasta ja näin oppia. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 11.) Väestöliiton vuonna 2009 toteuttamasta Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen -tutkimuksesta selviää, että naiset saattavat pelätä tulkin juoruavan, koska usein tulkki edustaa samaa vähemmistöä kuin itse on ja piirit ovat pienet. Tulkille itselleenkin tulkattavat asiat saattavat olla yhtä vieraita kuin asiakkaalle eikä kielestä löydy suoraa vastaavaa sanaa, joten voi syntyä väärinkäsityksiä. (Apter ym. 2009.)

### 5.3 Terveydenhoitajan kulttuuriset taidot maahanmuuttajan kohtaamisessa

Terveydenhoitajan kohdatessa potilaita vieraasta kulttuurista keskeisiä eettisiä näkökohtia ovat ihmisyyden, ihmisarvo ja sen kunnioitus sekä tasaver-taisuus. Maahanmuuttajilla saattaa olla kielteisiä kokemuksia terveyspalveluista eivätkä he ehkä ole tottuneet keskustelemaan seksuaalisuudesta vieraan henkilön kanssa eivätkä myöskään ole saaneet tarpeeksi tietoa seksuaalisuudesta. (Ryttyläinen & Valkama 2010, 200.)

Yhdysvaltalainen Campinha-Bacote (2002) on määritellyt kulttuurisen kompetenssin viiden eri osa-alueen kautta. Niistä muodostuu jatkuva prosessi, jonka kautta työntekijä kehittää kulttuurista osaamistaan. Näitä osa-alueita ovat muuta kulttuureja koskevien omien ennakkokäsitysten ja -asenteiden tiedostaminen, kulttuurinen taito, eri kulttuureihin liittyvien faktojen hallinta, eri kulttuureja edustavien ihmisten kohtaaminen sekä oma motivaatio ja halu tehdä työtä eri kulttuureja edustavien ihmisten kanssa. Näiden osa-alueiden avulla hoitotyöntekijä pystyy tarkastelemaan kulttuurista pätevyyttään ja kehitystään.

Monikulttuurisessa hoitotyössä asiakkaan näkemyksiä tulee kuunnella ja arvostaa, mutta vetää rajat siihen mikä suomalaisessa terveydenhuollossa lakien ja arvojen puitteissa on hyväksyttävää. Omat ennakkoluulot tulisi sivuuttaa. Tulee muistaa, ettei terveydenhuolto vain ohjaa ja opeta vieraita kulttuureista tulevia, vaan myös maahanmuuttajat voivat opettaa suomalaisille esimerkiksi yhteisöllisyyttä ja avata uusia näkökulmia. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 12–13.)

Yhteiskunnassa kaikkialla, kuten myös hoitotyössä, esiintyy syrjintää, ja hoitajilla on paljon ennakkoluuloja. Ennakkoluulot ovat ihmisen suojamekanismi kaikkea uutta ja erilaista kohtaan. Terveydenhoitajankin olisi hyvä päästä mahdollisista ennakkoluuloista eroon, koska eettiset ongelmat nousevat yleensä juuri erilaisen ihmisen kohtaamisesta. Hoitotyössä rasismi esiintyy peitettynä esimerkiksi etäisenä suhtautumisena asiakkaaseen tai epäkohteliaana puhutteluna. Maahanmuuttaja-asiakkaat nähdään yleensä ongelmana ja yhden perheen vaikeuksia saatetaan yleistää ja liittää asiat myös muihin samasta maasta kotoisin oleviin. Terveydenhoitajan tulisi kohdata maahanmuuttajat niin kuin muutkin terveydenhuollon palvelujen käyttäjät ja keskittyä erilaisuudessa esimerkiksi siihen kuinka asiakas osaa hoitaa itseään ja hakeutua hoitoon tarvittaessa. (Abdelhamid & Koskinen 2009, 95–97).

Maahanmuuttajan tullessa asiakkaaksi, on hänen kulttuurinen taustansa hyvä selvittää. Hän voi esimerkiksi käsittää sairauden ja terveyden aivan eri tavalla kuin me suomalaiset. Terveydenhoitajan on vältettävä tekemästä omia johtopäätöksiä esimerkiksi maahanmuuttajan pukeutumistyylin vuoksi. Häneltä tärkeitä kysyttäviä tietoja ovat uskonto ja suhde uskoon, biokulttuuriset vaihtelut, esimerkiksi kalpeus näkyy ruskealla iholla keltaisuutena, sopeutuminen meidän kulttuuriimme, yksilöllisyys/yhteisöllisyys, sukupuoliroolit sekä kieli, kommunikointi ja viestintätyylit. Asiakas voi luulla terveydenhoitajan käytöstä jopa aggressiiviseksi heidän erilaisten kommunikointi ja viestintätyyliensä takia. (Abdelhamid 2009, 108–120.)

Terveydenhoitajan tulee pystyä käsittelemään myös arkoja aiheita asiakkaiden kanssa. Somaliassa yli 75 prosenttia naisista on ympärileikattuja (Mölsä 2008, 117). Ennaltaehkäisyssä tärkeää on kertoa ympärileikkauksen terveysriskeistä. Suomessa tehdään avausleikkauksia ympärileikatuille eikä teini-ikäinen tyttö tarvitse siihen vanhempien lupaa. Suomessa synnytyksen jälkeen kiinniommeltua äitiä ei saa ommella uudelleen kiinni. (Emas 2006, 88.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajien näkemyksiä somalialaisten maahanmuuttajanaisten seksuaalioikeuksia koskevasta tiedosta ja oikeuksien toteutumisesta.

Opinnäytetyön tehtävät

1. Millaisia asioita terveydenhoitajat arvioivat somalialaisnaisten määrittelevän seksuaalioikeuksikseen?
2. Miten seksuaalioikeuksien toteutuminen näkyy somalialaisten maahanmuuttajanaisten arjessa terveydenhoitajien arvioimana?

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Teoreettisen viitekehyksen kokoaminen alkoi syksyllä 2011. Opinnäytetyömme väliseminaarivaiheessa tammikuussa 2012 suunnittelimme aikataulun, jossa aioimme työmme toteuttaa. Tarkoituksenamme oli saada opinnäytetyölupa tammikuun aikana, suorittaa opinnäytetyön haastattelut viimeistään helmikuun loppuun mennessä. Tämän jälkeen oli tarkoitus tehdä sisällönanalyysi, viimeistellä työ ja pitää loppuseminaari maaliskuun aikana. Aikataulumme oli kuitenkin liian tiukka, ja osittain haastateltavien terveydenhoitajien löytämisen vaikeus hidasti opinnäytetyöprosessimme etenemistä. Meidän oli myös vaikea löytää yhteistä aikaa työn tekemiseen harjoitteluidemme vuoksi. Luvan opinnäytetyön haastatteluiden tekemiseen saimme maaliskuun alussa ja haastattelut suoritimme maaliskun ja huhtikuun aikana. Analysointi ja työn viimeistely tehtiin huhtikuun aikana ja loppuseminaari ajoittui toukokuun alkuun.

### 7.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Tutkimuksella on oltava aina jokin tehtävä tai tarkoitus. Tutkimus voi olla selittävä, kuvaileva, kartoittava tai ennustava. Tutkimusongelman mukaan valitaan tutkimusmenetelmä ja analyysitapa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 127.) Tutkimuksen tavoitteen saavuttamisen kannalta ei ole oleellista valitaanko kvalitatiivinen vai kvantitatiivinen menetelmä (Metsämuuronen 2008, 7).

Valitsimme oman opinnäytetyömme tutkimusmenetelmäksi laadullisen eli kvalitatiivisen menetelmän. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa saadaan määrällistä tutkimusmenetelmää syvällisempi kuva ihmisten, tässä tapauksessa terveydenhoitajien, kokemuksista. Lähtökohtana on kuvata todellista elämää. (Hirsjärvi ym. 2001, 152.) Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää niitä syitä, miksi ihminen toimii tietyllä tavalla. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä ei yritetä selittää kaikkien yksilöiden toimintaa, samankaltaisuuksien lisäksi myös poikkeavuuksista ollaan kiinnostuneita. (Vilkkä 2005, 50.) Laadullinen lähestymistapa sopi hyvin opinnäytetyöhömme, koska olimme kiinnostuneita seksuaalioikeuksien toteutumisesta yksityiskohtaisesti, emme niinkään yleisesti (Metsämuuronen 2008, 14.)

Laadullisessa tutkimuksessa yritetään aina vastata vähintään yhteen miksi-kysymykseen, jotta tutkija ei tekisi tutkimuksessaan valintoja vain kahden asian väliltä, vaan miettisi myös kolmatta ja neljättä vaihtoehtoa. Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena ei ole totuuden löytäminen tutkittavista asioista. Sen sijaan tutkimuksen aikana muodostuneiden tulkintojen avulla on tarkoitus pystyä näyttämään jotakin, mikä on välittömän havainnon tavoittamattomissa. (Vilkkä 2005, 98.) Laadullisella tutkimuksella saavutetaan enemmänkin subjektiivista kuin objektiivista tietoa (Hirsjärvi ym. 2001, 152). Opinnäytetyömme tarkoituksena oli saada tietoa terveydenhoitajien omista käsityksistä maahanmuuttajien seksuaalioikeuksiin liittyen. Halusimme saada terveydenhoitajien omakohtaisia näkemyksiä yleispätevien ja yksiselitteisten käsitysten sijaan.



Laadullisen tutkimuksen tulisi olla *emansipatorinen* eli tutkimuksen olisi tarkoitus lisätä tutkittavien tietoa ja ymmärrystä asiasta ja sen myötä myös vaikuttaa tutkittavien tutkittavaa asiaa koskeviin toiminta- ja ajattelutapoihin. Emansipatorisuus motivoi tutkittavia haastatteluun osallistumiseen, sillä näin tutkittavat eivät ole vain välineitä tiedonhankkimiseen vaan he hyötyvät tutkimukseen osallistumisesta itsekkin. (Vilkkä 2005, 101.) Tavoitteenamme oli, että haastattelemamme terveydenhoitajat alkaisivat haastattelumme avulla pohtia enemmän omaa toimintaansa maahanmuuttajien kanssa työskennellessään sekä tietouttaan heidän seksuaalioikeuksien toteutumisesta.

Opinnäytetyöprosessia ja tiedonkeruuta suunniteltaessa tulee huomioida lupiin liittyvät seikat. Tutkimusluvan on oltava hyväksyttyä viimeistään silloin, kun tutkimuksen aineistoa aletaan kerätä. Kun opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys oli hyväksytty, ohjaava opettajamme allekirjoitti tutkimusluvan. Tämän jälkeen lupahakemus lähetettiin yhteistyötahollemme tarkastettavaksi ja allekirjoitettavaksi. Lupahakemuksen yhteydessä lähetimme myös senhetkisen teoriapohjamme yhteistyökumppanimme luettavaksi, jotta hän sai tietoa tulevasta opinnäytetyöstämme. Hakemuksia täytettiin kokonaisuudessaan kolme kappaletta, joista yksi jäi meille, yksi yhteistyötahollemme ja yksi ammattikorkeakoulun arkistoon.

Eettiset periaatteet huomioimme työssämme teoreettista viitekehystä rakentaessamme, aineiston keruumenetelmää suunnitellessamme ja toteuttaessamme sekä aineiston analysointivaiheessa. Valitsimme lähteemme kriittisesti ja pyrimme käyttämään monipuolista aineistoa. Aineiston analysoinnissa pyrimme siihen, etteivät terveydenhoitajien asiakkaat tule tunnistetuksi opinnäytetyössämme eikä terveydenhoitajienkaan henkilöllisyys selviä. Terveydenhoitajille lähetettiin saatekirje haastattelua koskien, jossa kerrottiin haastattelujen luottamuksellisesta käsittelystä, aineiston hävittämisestä sekä mahdollisuudesta jättäytyä pois opinnäytetyöstä missä vaiheessa tahansa. Kertasimme nämä asiat haastatteluiden alussa, jolloin varmistimme vielä luvan haastattelujen äänittämiseen.

## 7.2 Aineiston keruumenetelmä

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineiston keräämiseen on monta tapaa. Valitsimme opinnäytetyönaineistoksi terveydenhoitajien kokemukset puheen muodossa ja päädyimme keräämään tutkimustiedon haastatteluina. Yksilöhaastattelu soveltui hyvin tiedonkeruumentelmäksemme henkilöiden omakohtaisen ja kokemusperäisen tiedon hankkimiseksi. (Vilkkä 2005, 100.) Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavien kanssa. Haastattelu on myös joustava tapa kerätä tietoa. Haastattelun kulkuun voi vaikuttaa tilannekohtaisesti. Haastateltavat ovat usein hyvin sitoutuneita haastatteluun, ja heidät on helppo tavoittaa myös jatkossa, mikäli asioita täytyy tarkentaa. (Hirsjärvi ym. 2001, 191–192.) Aiheena maahanmuuttajien seksuaalioikeudet oli monitahoinen ja erilaisia ajatuksia herättävä, jolloin haastattelu sopi tiedonkeruumentelmäksi. Haastateltavat antoivat meille

mahdollisuuden ottaa yhteyttä heihin, mikäli haluaisimme tarkentaa haastatteluissa ilmi tulleita asioita.

Vaikka haastattelu onkin paras menetelmä tutkimuksemme tiedonkeruuseen, liittyy siihen myös pulmallisia asioita. Haastattelu on menetelmänä aikaa vievä, sillä keskustelu saattaa rönsyillä pääteemoista kauaskin. (Hirsjärvi ym. 2001, 193.) Haastattelijoina varauduimme siihen, että saatamme joutua motivoimaan haastateltaviamme, jotta saamme riittävästi tarvitsemaamme tietoa (Metsämuuronen 2008, 39).

Valitsimme haastattelun muodoksi teemahaastattelun eli puolistrukturoidun haastattelun (Liite1), koska mielestämme avoimien kysymysten käyttö haastattelussa toisi meille parhaiten tietoa laaja-alaisesta tutkimusalueestamme. Teemahaastattelu perustuu tutkijoiden ennalta valitsemiin teemoihin, ja tutkimusaineistoa kerätään näiden teemojen avulla. (Metsämuuronen 2008, 41.) Päädyimme tekemään haastattelut yksilöhaastatteluna, koska siten pääsimme kuulemaan parhaiten yksilöiden omakohtaisia kokemuksia ja mielipiteitä. Meillä haastattelijoina oli tärkeä rooli pitää keskustelua annetuissa teemoissa ohjailematta kuitenkaan haastateltavien vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2001, 192; Metsämuuronen 2008, 41.) Keskeisiksi haastatteluteemoiksi muotoutuivat tutkimuksessamme seksuaalioikeuksiin kiinteästi liittyvät tasa-arvo, vapaus, yksityisyys ja itsemääräämisoikeus. Haastattelurungon suunnitteluvaiheessa päätimme yhdistää itsemääräämisoikeuden ja vapauden, koska ne ovat käsitteinä niin lähellä toisiaan. Näiden käsitteiden ympärille rakensimme puolistrukturoidun haastattelumme.

Haastattelun toteutuksesta ja aikataulusta sovimme haastateltavien kanssa hyvissä ajoin (Hirsjärvi ym. 2001, 198). Olimme ajatelleet haastatella 3–4 terveydenhoitajaa. Suomen terveydenhoitajaliiton kautta löysimme kolme opinnäytetyöhön osallistumisesta kiinnostunutta terveydenhoitajaa. Yksi haastateltavista kuitenkin koki, ettei hänellä ollut riittäviä valmiuksia vastata somalialaisnaisia koskevaan haastatteluun. Kahdelta muulta

haastateltavalta saimme sellaisten terveydenhoitajien yhteystietoja, jotka työskentelevät somalialaisnaisten kanssa. Heidän suosittelemistaan terveydenhoitajista saimme kolmannen haastateltavan. Kaikki terveydenhoitajat työskentelivät Uudenmaan alueella.

Haastattelut suoritimme terveydenhoitajien omissa työpisteissä ja yhden haastattelutilanteen kesto oli noin tunti. Haastateltavien luvalla saimme äänittää kaikki keskustelut, jotka tuhosimme heti analysointivaiheen jälkeen. Päädyimme jakamaan työtehtävät siten, että kaikissa haastatteluissa yksi toimi kirjurina ja hoiti äänityksen ja kaksi vei keskustelua eteenpäin ennalta sovitun rungon mukaisesti. Roolit haastatteluissa kiersivät, jolloin kaikki saivat toimia kaikissa tehtävissä.

Pyrimme saamaan opinnäytetyöhömmme kokemuksia terveydenhoitajilta somalialaisten naisten seksuaalioikeuksien toteutumisesta eri työkentiltä ja ikäryhmistä. Haasteenamme oli terveydenhoitajien kertomusten ainutlaatuisuus eli se, ettemme voi olla koskaan varmoja ettei uutta tietoa enää tule

esiin. Kolmannen haastattelun jälkeen totesimme, että opinnäytetyömme tehtävien kannalta tietoa on riittävästi emmekä kokeneet tarvitsevamme enempää haastateltavia. Samat asiat tulivat esiin useamman kerran haastateluissa, ja tapahtui niin kutsuttu *saturaatio* eli aineiston kylläntyminen. (Hirsjärvi ym. 2001, 169.)

### 7.3 Laadullinen sisällönanalyysi

Analysointi, tulkinta ja johtopäätösten teko ovat tutkimuksen tärkeimpiä vaiheita. Näihin asioihin tähtäsimme jo silloin, kun aloitimme tutkimuksemme tekemisen. Sisällönanalyysin myötä tutkimuksen tehtäviin tai ongelmiin saadaan vastauksia. Joskus tässä vaiheessa selviää, että tehtävät ovatkin jotain muuta, kuin miten tutkija on ne työtä aloittaessaan asetellut. (Hirsjärvi 2001, 207.) Aineiston analysoinnin valinta ei ole yksinkertaista tai säännönmukaista. Analysointivaiheessa on tärkeää, ettei tutkijalla ole tutkimustuloksista vahvoja ennako-oletuksia, jotka sitten ohjaisivat tutkimustulosten suuntaa. (Metsämuuronen 2008, 47.)

Kvalitatiivista sisällönanalyysia päädytään käyttämään, kun tutkimuksella pyritään ymmärtämään jotakin ilmiötä tai asiaa (Hirsjärvi 2001, 210). Laadullisessa tutkimuksessa kerättyä aineistoa ei ole mahdollista esittää numeerisena vaan sanallisesti (Vilkkä 2005, 140). Opinnäytetyömme aiheena oli kuvata terveydenhoitajien kokemuksia somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien toteutumisesta, joten koimme että laadullisella analyysitavalla saamme tulokset helpommin esitettävään muotoon. Koimme, että opinnäytetyön tehtävien vastauksia ei olisi ollut mahdollista esittää numeerisesti kysymysten asetteluun ja pienen otantakoon vuoksi.

Sisällönanalyysin voi toteuttaa joko teorialähtöisenä tai aineistolähtöisenä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissa tutkimuksen pohjalla on aiemmin luotu teoria tai ajattelumalli. Analysointia siis tukee vanha malli, mutta mallia pyritään uudistamaan tai soveltamaan uudenlaisessa asiayhteydessä. Teorialähtöisessä eli deduktiivisessä analyysissa teorian ja saadun tutkimusaineiston välille luodaan suhde, jonka kautta uusi tieto saadaan esille. (Vilkkä 2005, 140–141, 145.) Valitsimme deduktiivisen sisällönanalysointitavan, koska opinnäytetyömme lähtökohtana oli valmis teoreettinen pohja. Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton määrittelemät seksuaalioikeudet, joiden perustana ovat vapaus, tasa-arvo, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys olivat työmme analysointia ohjaavina teemoina.

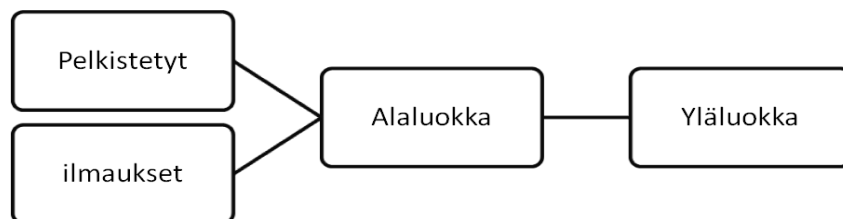
Ennen kuin haastattelumateriaalia pystyy pelkistämään ja ryhmittelemään, on saatettava se sellaiseen muotoon, josta aineiston käsitteleminen on mahdollista. Haastattelu on tallennettava sitä tehtäessä, ja jälkeenpäin se kirjoitetaan puhtaaksi eli *litteroidaan*. Aineiston voi kirjoittaa joko sanasta sanaan, tai valikoidusti eli vain osat, jotka ovat tutkimustehtävien kannalta oleellisia, litteroidaan. (Metsämuuronen 2008, 48.) Päädyimme kirjoittamaan haastatteluaineistomme kokonaisuudessaan auki, jotta kaikki oleellinen tieto tulisi käsiteltyä.

Informaation ollessa esimerkiksi haastattelulla kerätty, se tarkistetaan mahdollisten virheellisyyksien tai puutteellisuuden varalta. Kun aineisto oli mielestämme riittävä ja melko virheetön, aloitimme aineiston järjestämisen. Tässä vaiheessa teimme tutkimuksen kannalta tärkeimmän ja myös kaikkein raskaimman työn. Aloitimme aineiston analysoinnin heti, kun olimme tehneet kaikki kolme haastattelua. Tällöin aineistoa oli helppo käsitellä, kun haastattelut olivat vielä hyvin muistissa ja aineisto innosti meitä sen käsittelyyn. (Hirsjärvi 2001, 207–209.)

Tutkimusaineiston pelkistäminen oli analysoinnin seuraava vaihe. Siinä pyrimme jättämään kaiken epäoleellisen tiedon pois tutkimusaineistosta, mutta kuitenkin säilyttämään kaiken tarpeellisen tiedon. Jotta meidän oli mahdollista karsia aineistoa, piti se tiivistää ja erotella osiin. Tutkimuksen tehtävät ohjasivat aineistomme tiivistämisprosessia. Tiivistämisen jälkeen tutkimusaineisto tuli saada johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi, joten se piti ryhmitellä uudelleen.

Ryhmittelyä teimme opinnäytetyömme kysymykset mielessä pitäen. Ryhmittelyssä muodostimme ryhmiä valmiiksi päättämienne yläluokkien alle, jotka olivat vapaus ja itsemäärämisoikeus, yksityisyys sekä tasa-arvo. Yläluokkien alle muodostimme haastatteluissa mainituista sanoista ja lauseista eli pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia, jotka lopulta antoivat tutkimustuloksia opinnäytetyömme kysymyksiin. (Vilka 2005, 140.) Tällaista aineiston hajottamista ja uudelleen kokoamista voidaan kutsua myös *abstrahoinniksi*. Näin esimerkiksi haastattelun kertomukset voidaan irrottaa yksittäisistä tapahtumista ja henkilöistä siirtäen ne yleiselle tasolle. (Metsämuuronen 2008, 48.)

Apuna ryhmittelyssä käytimme liimattavia muistilappuja. Laput oli helppo liimata seinälle ja niitä pystyi siirtelemään vaivatta. Kirjoitimme yksittäisille lapuille haastatteluista nostamiamme ilmauksia ja sanoja, joista ryhmittelimme suurempia kokonaisuuksia. Opinnäytetyön tuloksiamme tukena käytämme kuvia, joissa ryhmittelyä on kuvattu yläluokkien, alaluokkien ja pelkistettyjen käsitteiden avulla.



Kuvio 1. Esimerkki tulosten esittämisestä.

## 8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa käymme läpi opinnäytetyömme tulokset opinnäytetyön tehtävien mukaisessa järjestyksessä. Ensin käsittelemme terveydenhoitajien arvioita siitä, miten somalialaisnaiset määrittelevät seksuaalioikeuksia. Sen jälkeen tarkastelemme seksuaalioikeuksien toteutumista heidän arjessaan. Tuodaksemme tuloksia esille luotettavasti ja selkeästi, käytämme aineistolainauksia ja kuvia tekstin tukena. Litteroitua materiaalia meille keriyi kolmesta noin tunnin pituisesta haastattelusta hieman yli kolmekymmentä A4-arkkia.

Haastattelimme yhteensä kolme terveydenhoitajaa, joista kaksi työskenteli äitiys- ja lastenneuvolassa ja yksi terveydenhoitajana muulla työkentällä, jossa asiakkaana oli ainoastaan ensimmäisen polven maahanmuuttajia. Terveydenhoitajan ja hänen asiakkaidensa anonymiteetin turvaamiseksi emme voi tarkemmin määritellä hänen työpaikkaansa.

Ensimmäinen haastateltavamme oli erittäin kokenut maahanmuuttajien kohtaamisessa. Hän oli työskennellyt pitkään terveydenhoitajana. Yksinomaan maahanmuuttajia hän oli kohdannut yli kaksikymmentä vuotta. Hän koki asiakassuhteen rakentamisen maahanmuuttajien kanssa helpoksi.

*”Ne on vahvoja naisia. Ne luottaa suomalaiseen terveydenhuoltoon. Ne on avoimia, positiivisia, hirveen puheliaita. Mutta nuoret naiset on ujoja. Se riippuu iästä ja toki myös persoonasta.”*

Toinen terveydenhoitaja oli työskennellyt 12 vuotta äitiys- ja lastenneuvolassa. Siellä hän oli kohdannut vaihtelevasti maahanmuuttaja-asiakkaita. Kyseisessä neuvolassa asioivat maahanmuuttajaperheet ohjautuivat pääosin hänelle. Myös kyseinen terveydenhoitaja koki asiakassuhteen luomisen somalialaisnaisten kanssa helpoksi.

*”Mul ei oo mitään ennakkokäsityksiä tai ajatuksia. Eli varsinki jos he osaavat suomea ni sillan se on hyvinki helppoo lähtee rakentaan.”*

Kolmas terveydenhoitaja oli työskennellyt alalla 12 vuotta, ja kohdannut somalilaisperheitä äitiys- ja lastenneuvolassa vain muutamia. Hänen mielestään somalialaisasiakkaiden kohtaamisessa on omat haasteensa, jos tapaamisessa esimerkiksi käytetään tulkkia tai puhutaan miehen välityksellä.

### 8.1 Somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien määritelmät

Terveydenhoitajat määrittivät somalialaisnaisten seksuaalioikeuksia monin eri tavoin, mutta heillä oli myös yhteneviä mielipiteitä. He kokivat kysymykset haastavina, mutta osasivat kuitenkin hyvin vastata niihin. Yläluokkina käytimme Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton seksuaalioikeuksien määritelmästä nousseita käsitteitä vapaus, itsemääräämisoikeus, yksityisyys ja tasa-arvo. Olemme kuvanneet analyysin tuloksia graafisesti kuviossa 2.

### 8.1.1 Vapauden ja itsemääräämisoikeuden määritelmä

Terveydenhoitajien vastauksien perusteella he arvioivat somalialaisnaisten määrittelevän vapauttaan ja itsemääräämisoikeuttaan naiseen itseensä liittyvien asioiden kautta. Niihin liittyivät naisellisuuden toteuttaminen ja vapaus päättää omasta terveydestään. Vapautta ja itsemääräämisoikeutta määriteltiin myös seksistä päättämisen kautta, sitoutumiseen liittyvillä valinnoilla sekä oikeudella osallistua perheen sisäisten päätösten tekemiseen. Kuviossa 2 vapauden ja itsemääräämisoikeuden yläluokan alle muodostuivat alaluokat, jotka olivat naiseen itseensä liittyvät asiat, seksin harrastaminen, sitoutuminen sekä perheen sisäiset asiat. Alaluokat koottiin haastatteluiden sanoista tai lauseista eli pelkistetyistä ilmauksista.

Naisellisuuden terveydenhoitajat kokivat tärkeänä osana vapautta ja itsemääräämisoikeutta. Naisellisuutta toteutetaan pukeutumisen ja ulkonäköön panostamisen kautta myös somalialaisessa kulttuurissa. Somalialaisessa kulttuurissa naisellisuus yhdistetään kauniisiin vaatteisiin, ulkonäöstä huolehtimiseen sekä hillittyyn ja hyveelliseen käytökseen.

*”He ovat naisellisia. Tuovat sitä seksuaalisuuttaan pukeutumisen kautta, toiset taas sen oman puolison kautta.”*

Somalialaiset arvostavat neitsyyttä ja itsensä säästämistä avioliittoon. Tämä on monen somalialaisnaisen ihanne, jonka mukaan moni pyrkii elämään. Suomessa on kuitenkin myös sellaisia somalialaisnaisia, jotka ovat valinneet länsimaalaisemman tavan elää ja aloittaneet seksielämän ennen avioliittoa. Yhden terveydenhoitajan mukaan somalialaisnaisilla on mahdollisuus kieltäytyä seksistä ja valita seksikumppaninsa.

*”Mitä mä oon ymmärtänyt niin nainen voi sanoa ei...”*

Terveydenhoitajat määrittivät somalialaisnaisten itsemääräämisoikeutta mahdollisuudella päättää omasta sitoutumisestaan. He saavat valita kumppaninsa ja kenen kanssa avioituvat. Sopivan kumppanin löydettyään he myös haluavat mennä nopeasti naimisiin. Somalialaisnaisilla on oikeus hakea avioeroa näin halutessaan.

Somalialaisnainen päättää viime kädessä monista perheen sisäisistä asioista. Haastatteluissa vapaudeksi määriteltiin myös somalialaisnaisen oikeus tehdä itseensä ja perheeseensä liittyviä päätöksiä. Asioiden hoitaminen helpottuu suomenkielen osaamisen myötä, ja näin myös itsemääräämisoikeus ja vapaus toteutuvat paremmin.

*”...itseensä liittyvistä asioista... ja kaikesta mitä kotona tapahtuu perheen sisällä.”*

### 8.1.2 Yksityisyyden määritelmä

Yksityisyyttä terveydenhoitajat arvioivat somalialaisnaisten määrittelevän pitkälti sosiaalisen verkoston kautta. Myös itsenäisyys liitettiin yksityisyyden määritelmään. Kuviossa 2 yksityisyyden yläluokan alle muodostuivat

haastatteluista ilmi tulleista pelkistetyistä ilmauksista alaluokat, jotka olivat oma sosiaalinen verkosto ja itsenäisyys.

Haastatteluissa tuli ilmi, että monilla somalialaisnaisilla on oma tiivis yhteisönsä, jonka kanssa puidaan sellaisia asioita, joita ei jaeta välttämättä miehenkään kanssa. Toisten somalialaisnaisten tuki koetaan tärkeänä ja yksityisyyttä lisäävänä tekijänä. Omassa yhteisössään somalialaisnaisella on oikeus myös vaieta henkilökohtaisista asioistaan näin halutessaan, mutta toisaalta hänen on helppo jakaa asioitaan ja kysyä neuvoja toisilta naisilta.

Kaksi haastateltavista katsoi asiaa itsenäisyyden kautta: kun somalialaisnainen kotiutuu Suomeen ja tutustuu uuteen yhteiskuntaan paremmin, riippuvaisuus muista vähenee ja nainen itsenäistyy. Somalialaisnainen on hyvällä tavalla itsenäinen. Hän luottaa esimerkiksi suomalaiseen terveydenhuoltoon ja terveydenhoitajiin, mutta ei kuitenkaan ole riippuvainen muista.

*”Mun silmissä somalinainen on itsenäinen nainen.”*

### 8.1.3 Tasa-arvon määritelmä

Terveydenhoitajien haastatteluissa tasa-arvoa määriteltiin pääasiassa miehen ja naisen välillä, ja naisen erilaisia rooleja sivuttiin keskusteluissa. Yhteisöllisessä kulttuurissa suvulla on tärkeä merkitys, ja se tuli ilmi haastatteluissa. Kuviossa 2 tasa-arvon yläluokan alle muodostuivat haastatteluista nousseista pelkistetyistä ilmauksista alaluokat, jotka olivat sukupolvien välinen hierarkia ja työnjako.

Erilaiset roolit nousivat esiin terveydenhoitajien kuvaillessa somalialaisnaisten käsitystä tasa-arvosta. Rooleiksi terveydenhoitajat nimesivät äidin, puolison ja minä itse -naisen roolit. Somalialaisnaiset koettiin hyvin pitkälle perheeseensä sidottuina, ja ehkä sen vuoksi rooliajattelu jäi yksipuoleiseksi.

*”...he on aika lailla äitejä, mut kyl sieltä se vaimo ja se minä itse – nainenki löytyy...”*

Koska kahdella haastattelemaamme terveydenhoitajalla ei ollut kokemusta eri ikäluokista, he eivät osanneet arvioida kuinka somalialaisnaiset määrittelisivät sukupolvien välisiä valtasuhteita. Yhdellä haastattelemaamme terveydenhoitajalla oli selkeä käsitys siitä, että heillä on tietty sukupolvien välinen hierarkia, jossa vanhempaa kunnioitetaan aina.

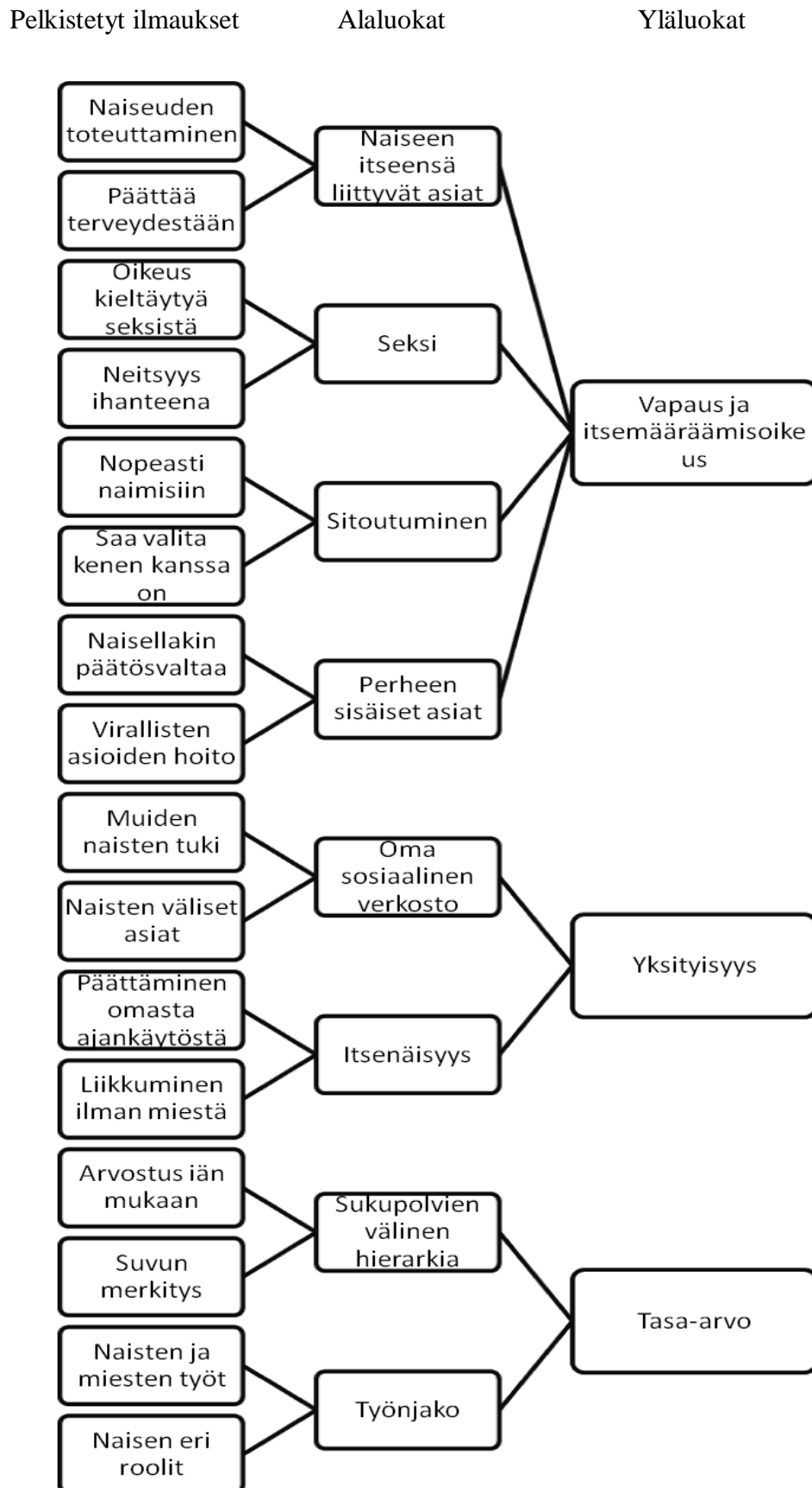
*”Siin on tietty hierarkia mun mielestä, vanhempaa kunnioitetaan aina.”*

Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että somalialaisnaiset määrittelevät miehen ja naisen välistä tasa-arvoa töidenjaon kautta. Kaikki uskoivat, että työt jaetaan melko tasapuolisesti, vaikka perhekohtaisia eroja tietysti on. Yhden haastateltavan mukaan suomalainen kulttuuri on vaikuttanut suotuisasti tasa-arvon kehitykseen. Ansiotyön saaminen vaikuttaa

myös töiden jakamiseen: Suomessa sen osapuolen on mentävä töihin, joka töitä saa.

*”...heil on kuitenkin se katsanto, et he on hyvinki tasa-arvosia.”*





Kuvio 2. Somalialaisnaisten määritelmät seksuaalioikeuksistaan terveydenhoitajien arvioimana

## 8.2 Somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien toteutuminen arjessa

Toisena opinnäytetyömme tehtävänä oli somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien toteutuminen arjessa. Tähän tehtävään liittyviin kysymyksiin vastaamisen terveydenhoitajat kokivat helpommaksi kuin seksuaalioikeuksien määrittämisen. Myös tämän osion analysoinnissa käytimme yläluokkina itsemääräämisoikeutta ja vapautta, yksityisyyttä sekä tasa- arvoa. Olemme kuvanneet analyysin tuloksia graafisesti kuviossa 3.

### 8.2.1 Vapauden ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen arjessa

Terveydenhoitajat arvioivat somalialaisnaisten vapauden ja itsemääräämisoikeuden toteutumista arjessa pukeutumisen, seksuaaliterveyden, seurustelun, avioliiton, avioeron ja lapsia koskevien päätösten kautta. Nämä käsitteet nousivat selkeästi esille tekemissämme haastatteluissa. Kaikkien terveydenhoitajien näkemykset edellämainituista asioista olivat melko yhteneviä. Kuviossa 3 yläluokan vapaus ja itsemääräämisoikeus alaluokaksi muodostuivat pukeutuminen, seksuaaliterveys, ihmissuhteet ja lapsia koskevat päätökset. Alaluokat koottiin haastatteluiden pelkistetyistä ilmauksista.

Pääosa haastateltavien terveydenhoitajien somalialaisasiakkaista pukeutuu omaa uskontoaan kunnioittaen täyshuntuun, jossa kasvot ja kädet ovat näkyvissä. Pään peittäminen on erityisesti tärkeää. Somalialaisnaiset eivät paheksu suomalaista pukeutumistyyliä, mutta kokevat oman uskontonsa tärkeäksi ja haluavat pukeutua sen mukaisesti huntuun.

*”...kaikilla on täyshunnutus paitsi kasvot on näkyvissä.”*

Haastateltavilla terveydenhoitajilla on myös somalialaisasiakkaita, jotka pukeutuvat suomalaisittain. Haastatteluissa tuli ilmi, että pidempään Suomessa asuneet ja nuorena tänne muuttaneet pukeutuvat todennäköisemmin länsimaalaisittain. Jotkin asiakkaat tuovat seksuaalisuuttaan esille pukeutumisen kautta ja pukeutuvat hieman provosoivastikin perinteiseen somalialaiseen pukeutumiskulttuuriin verrattuna.

*”...meillä on myös paljon somalialaisnaisia, jotka ovat pukeutunut ihan suomalaisittain.”*

Seksuaaliterveys on asia, joka liittyy oleellisesti seksuaalioikeuksiin ja niiden toteutumiseen. Terveydenhoitajien mukaan somalialaisnaiset pystyvät vaikuttamaan melko vapaasti omaa seksuaaliterveyttään tukeviin asioihin. Haastatteluista nousivat esiin oikeus ehkäisy- ja seksuaaliterveyspalveluiden käyttöön. Suomalaisen kulttuurin ja olosuhteiden vaikutus näkyi terveydenhoitajien mukaan myös näistä asioista päätettäessä. Yhden haastateltavan mukaan somalialaiskulttuurissa ehkäisy on uskonnon mukaan sallittu sairauden tai hyvin painavan syyn vuoksi. Suomessa ehkäisyyn suhtaudutaan suvaitsevaisemmin, koska lapsien kasvattaminen on haastavampaa asuinolosuhteiden ja taloudellisten syiden vuoksi.

*”...kun alkaa tulla useampi lapsi, niin he haluaa jo Suomessa ehkäisyä, täällä on niin paljon vaikeampi hoitaa lapsia...”*

Suomessa ehkäisyn käyttö on tavallista eikä siihen liity mitään tabuja. Tämän vuoksi myös somalialaisten on helpompi aloittaa ehkäisy Suomessa kuin kotimaassaan. Haastatteluihin kävi ilmi, etteivät somalialaisnaiset välttämättä kieltäytyä ehkäisystä uskonnollisten tai kulttuuristen syiden vuoksi, vaan ehkäisyn aloittaminen ei vain ole ajankohtaista.

Toinen haastateltavistamme on kokenut, että kaikki hänen kohtaamansa somalialaisasiakkaat suhtautuvat ehkäisyyn positiivisesti. Hänen mukaansa jokainen nainen haluaa ottaa ehkäisyn käyttöön jossakin vaiheessa. Hän kokee, että uskonnolla ei ole ollut näiden naisten kohdalla vaikutusta ehkäisyn aloittamiseen. Myöskään miehet eivät voi kieltää ehkäisyn käyttöä, jos nainen on päättänyt ettei enää halua enempää lapsia.

*”...kukaan ei oo tuonu sitä uskontoo millään tavalla esiin...”*

*”...miehil ei oo mitään sanaa siihen, et naiset on ite päättäny sen asian...”*

Somalialaiset naiset käyttävät aktiivisesti Suomen terveydenhuollon palveluita, joihin kuuluu esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvola. He hakeutuvat oma-aloitteisesti terveyspalveluiden piiriin ja haluavat huolehtia itsestään sekä terveydestään. Jos he kokevat ehkäisyn aloittamisen ajankohtaiseksi, he ottavat itse yhteyttä, mutta toki synnytyksen jälkeen terveydenhoitaja ottaa ehkäisyn puheeksi vastaanotolla.

*”...kun tulee terveyteen ongelmia, niin hän ottaa itse aktiivisesti yhteyttä tänne.”*

Haastatteluiden perusteella somalialaisten seurustelukäsitykset ovat hieman erilaisia kuin suomalaisten. He menevät lyhyen seurustelun jälkeen naimisiin. Yleensä sukupuolielämä alkaa vasta avioliitossa, ja lapsia alkaa syntyä melko pian. Somalialaiset menevät usein naimisiin ensimmäisen seurustelukumppanin kanssa, joten aikaisempia suhteita ei ole ollut. Somalialaisten kulttuurissa arvostetaan koskemattomuutta, ja sen vuoksi monet naiset odottavat avioliittoon asti.

*”...he suojelee omaa neitsyyttään”*

Vaikka monet somalialaiset pitävät naisen neitsyyttä ihanteena, on silti naisia, jotka eivät odota avioliittoon asti. Suomen kulttuurilla saattaa olla vaikutusta tähän, mutta takana voi olla myös muita syitä. Erityisesti nuoret ovat alttiimpia saamaan vaikutteita suomalaisesta kulttuurista, ja tällöin he tasapainottelevat kahden kulttuurin välillä.

Somalialaisnaisen kumppanin valintaan vaikuttavat vanhempien ja suvun toiveet sekä ehdotukset, mutta lopullisen päätöksen tekee nainen itse. Perusteena hyvälle kumppanille vanhemmat pitävät samaan heimoon kuulu-

mista ja hyvää perhettä. Vaikka heillä on erilaisia toiveita tyttärensä kumppanin suhteen, haluavat he tyttärensä parasta.

*”Hyvin uskonnollisissa perheissä kyl vanhemmat, ne ei valitse, mut ne voi ehdottaa ja neuvotella...”*

Haastatteluissa sivusimme myös avioeroon liittyviä käytänteitä. Myös somalialaisten keskuudessa avioeroja tapahtuu, mutta ne eivät ole kovin yleisiä. Nainen voi panna eron vireille, mutta hyvin uskonnollisissa perheissä ero on virallinen vasta, kun mieskin haluaa sitä. Jo ennen eron virallistamista nainen voi muuttaa eri osoitteeseen ja aloitella elämää yksinään. Yleensä asumusero johtaa siihen, että myös mies alkaa haluta eroa ja tämän jälkeen ero tulee myös uskonnollisesti päteväksi. Molemmat osapuolet voivat eron jälkeen halutessaan etsiä uuden kumppanin.

Lapsia koskevat päätökset kaikki terveydenhoitajat nostivat esiin haastatteluissamme koskien vapautta ja itsemääräämisoikeutta. He olivat yksimielisiä siitä, että naisilla on pääasiallinen päätösvalta lastenhoitoon ja kasvatukseen liittyvissä asioissa. Tätä kautta he kasvattavat lapsiaan tietoisiksi myös omista seksuaalioikeuksistaan ja tukevat heitä terveen seksuaalisuuden kehittämisessä.

Yksittäinen, vahvasti seksuaalioikeuksiin sidoksissa oleva aihe on naisten ympärileikkaus, josta päättäminen on vanhempien vastuulla. Yhden terveydenhoitajan näkemyksen mukaan nykyään miehetkin ovat alkaneet arvostaa ympärileikkaamatonta naista, joten ympärileikkauksia tehdään nykyään hyvin harvoin. Miesten asenteilla on ollut positiivinen vaikutus ympärileikkausten vähenemiseen ja sitä kautta he ovat parantaneet naisten seksuaalioikeuksien toteutumista tällä osa-alueella. Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana terveydenhoitaja on huomannut, että ympärileikkausten esiintyminen on selvästi vähentynyt. Tilanne ei ole parantunut ainoastaan Suomessa, vaan myös heidän kotimaassaan.

Vielä 1990-luvulla somalialaisten keskuudessa ympärileikkaus oli tehty lähes kaikille ja ympärileikkaamattomia pidettiin epätavallisina. Ympärileikkauksella on vaikutusta naisen seksuaali-identiteetin kehitykseen, mutta rajukaan ympärileikkaus ei estä naisen seksuaalisen nautinnon kokemista, vaan seksuaalisuus on heille tärkeää ympärileikkauksesta huolimatta.

*”...et yhtä lailla seksuaalisuus on niille tärkeätä, oli ne sit ympärileikattuja tai ei.”*

## 8.2.2 Yksityisyyden toteutuminen arjessa

Seksuaalioikeuksista yksityisyyden toteutuminen somalialaisnaisten arjessa näkyy terveydenhoitajien arvioimana heidän mahdollisuutena tehdä erilaisia asioita itsenäisesti. Somalialaisnaiset voivat omatoimisesti hoitaa omia sekä perheensä asioita. Myös somalialaisnaisten oma tiivis yhteisö oli vahvasti sidoksissa yksityisyyteen terveydenhoitajien näkemysten mukaan. Kuviossa 3 yläluokan yksityisyys alaluokaksi muodostuivat naisten

tiivis yhteisö ja omatoimisuus. Alaluokat saatiin haastatteluiden pelkisteistä ilmauksista.

Yksi haastateltava terveydenhoitaja kuvasi somalialaisnaisia hyvin sisarellisiksi. Sisarellisuuden voidaan ajatella olevan toverillinen suhde, joka on ominainen juuri sisaruksille tai muuten hyvin läheisille ihmisille. Sisarellista suhdetta kuvaavat avoimuus, tuen antaminen ja saaminen sekä toisesta välittäminen. Somalialaisnaisten välistä sisarellisuutta haastattelemmamme terveydenhoitaja havainnoillisti esimerkillä vastaanottotilanteesta.

*”...jos siin on kaks naista. He on aika sisarellisia ja aika niin ku vilpittömästi kertoo kyllä asioita...”*

Terveydenhoitajan kertoman mukaan somalialaisnainen saattaa tulla vastaanotolle toisen somalialaisnaisen kanssa kaivatessaan naisen tukea tai apua kommunikointiin terveydenhoitajan kanssa. Vastaanottotilanne etenee luontevasti, vaikka mukana olisi toinen somalialaisnainen. Miehen tullessa mukaan vastaanotolle, saattaa tunnepuolen asioiden ja muiden arkaluontoisten aiheiden käsittely jäädä vähemmälle.

Yksityisyyteen terveydenhoitajat liittivät oleellisesti sen, ettei naisten tarvitse jakaa kaikkia asioita miehen kanssa. Yksi terveydenhoitaja oli sitä mieltä, että miehelle voi jopa sanoa seuraavalla kerralla käsiteltävien asioiden olevan sellaisia, ettei miehen tarvitse vastaanotolle tulla, vaan naisen on parempi tulla yksin. Varsinkin jos miehen ja naisen suhde on tuore, naisen voi olla vaikea puhua asioista avoimesti vastaanotolla miehen läsnäollessa.

*”Joskus mä sanon miehelle et ei, varsinki jos mies on ollu tääl aikaseminki.”*

Erilaiset terveystietojen tallentamiseen ja käsittelyyn liittyvät seikat ovat merkittävästi sidoksissa yksityisyyteen. Terveystietojen tallentamiseen somalialaisasiakkaat suhtautuvat myönteisesti perustelujen jälkeen. Heille on tärkeää kertoa, että hoidon jatkuvuus on helpompi turvata, jos käynnillä esiin tulleet asiat kirjataan. On myös hyvä selittää, ettei kukaan ulkopuolinen pääse lukemaan heidän tietojaan.

*”Ne kysyy et onks tää hyvä juttu, mä sanon et on. Ne sanoo et hyvä, sitten saa mennä.”*

Haastatteluissa tuli ilmi, että somalialaisnaisilla on tiivis sosiaalinen verkosto. Toisten naisten kanssa jaetaan avoimesti erilaisia yksityisasiota, ongelmia, iloja ja suruja. Yksi haastateltava kertoi, että hänen asiakkaisaan on sellaisia somalialaisnaisia, jotka ovat muuttaneet Suomeen miehensä perässä ja ovat täällä täysin ilman omia läheisiään. Kun kotimaassa vallitseva yhteisöllisyys ja suvun tuki puuttuvat, naiset tuntevat itsensä yksinäisiksi. Näin on etenkin, jos mies käy töissä ja nainen on yksin kotona.

*”...aika yksinäisiä ehkä täällä, et ku sosiaaliverkosto on niin poikkeava.”*

Somalialaisnaisille saattaa olla korkea kynnys lähteä esimerkiksi neuvolan järjestämiin perhevalmennuksiin, ellei niitä järjestetä heidän omalla kielellään. Monille suomalaisille perheille se on paikka, jossa syntyy ryhmäytymistä, saadaan vertaistukea ja luodaan uusia ihmissuhteita. Somalialiasiaakkailta perhevalmennuksen sosiaalinen hyöty jää usein saamatta, kun valmennukset suoritetaan erikseen vastaanottotilanteessa muun muassa kieliongelmiin vuoksi.

Suomen kielen opiskelun kautta somalialaisnaisten omatoimisuus lisääntyy, he pystyvät itse hoitamaan asioitaan eivätkä he ole niin riippuvaisia miehestään tai muista läheisistään. Suomen kielen osaamisen avulla somalialaisnaiset pystyvät hoitamaan esimerkiksi tilanteet terveydenhoitajan vastaanotolla ilman tulkin tai läheisen kääntämisapua. Näin yksityisyys toteutuu paremmin, kun vastaanotolle ei tarvita ulkopuolisia.

*”...opiskelee ite suomea, ite hoitaa omia asioitansa, hei ei vetoudu vaan siihen et mies hoitaa...”*

### 8.2.3 Tasa- arvon toteutuminen arjessa

Tasa-arvo terveydenhoitajien arvioimana ilmenee somalialaisnaisilla roolien, vanhemman sukupolven ja suvun kunnioituksen sekä töidenjaon kautta. Eräs terveydenhoitaja arveli, että länsimaisen ajattelun mukaan sukupuolten välinen tasa-arvo ei toteudu yhtä hyvin somalialaiskulttuurissa. Kuitenkin hän uskoi, että somalialaisnaiset itse kokevat olevansa hyvinkin tasa-arvoisia miesten kanssa. Suomalainen kulttuuri on vaikuttanut tasa-arvon toteutumiseen somalialaisten keskuudessa. Kuviossa 3 yläluokan tasa-arvo alaluokaksi muodostuivat naisen roolit, vanhemman kunnioitus, sitoutuneisuus sukuun sekä perheen arki, jotka koottiin haastatteluiden pelkistetyistä ilmauksista.

Terveydenhoitajat jakoivat naisen roolit äitiin, puolisoon ja minäitse -naiseen. Äidin rooli on somalialaisnaisella vahva ja monelle perheen perustaminen on elämän tärkein tehtävä. Somalialaisperheet ovat yleensä suuria ja lapsia on paljon. Äidit hoitavat lapsia kotona ja ottavat heidät mukaan omiinkin menoihinsa. Somalialaiset perustavat perheen jo melko nuorina eivätkä välttämättä hanki itselleen ammattia lainkaan. Somalialaiskulttuurissa ei pidetä tarpeellisena naisen kouluttautumista, sillä heillä on suuri vastuu perheen hoitamisesta ja lasten kasvattamisesta.

Avoliittoa arvostetaan somalialaiskulttuurissa ja käytännössä kaikki pariskunnat menevät naimisiin melko nopeasti. Ennen kuin lapsia hankitaan, korostuu somalialaisnaisessa puolison rooli. Naiset toteuttavat seksuaalisuuttaan puolisonsa kautta. Naisilla on oikeus kieltäytyä seksistä näin halutessaan. Somalialaisten välisessä avioliitossa puoliset ovat keskenään tasavertaisia.

Somalialaisten naisten minä itse -rooli tulee esille siinä, että he välittävät itsestään, omasta terveydestään sekä ulkonäöstään. He ovat naisellisia ja rakastavat esimerkiksi hajusteita, kauniita vaatteita ja kenkiä. Vaikka valtaosa somalialaisnaisista pukeutuu täyshunnutukseen, he haluavat muuten

panostaa vaatteisiinsa ja ulkonäköönsä. Somalialaisten naisihankekäsitys on armollisempi kuin länsimaalaisten. Heidän mielestään nainen saa olla runsas ja muodokas. Haastattelemamme terveydenhoitaja kuvasi somalialaisnaisia vahvoiksi.

Somalialaisten perhekäsitys eroaa suomalaisesta merkittävästi. Suomalainen perhemalli on niin kutsuttu ydinperhe eli perheeseen katsotaan kuuluvan vanhemmat ja heidän lapsensa. Somalialainen kulttuuri on yhteisöllisempi ja perhe käsittää sukulaisia laajemmin. Samassa taloudessa saattaa asua myös täysikäisiä lapsia ja heidän puolisoitaan. Suomessa somalialaisten perinteinen perhemalli ei valitettavasti yleensä toteudu, sillä väistämättä osa suvusta jää kotimaahan.

Somalialaisessa kulttuurissa on tietty hierarkia, jonka mukaan vanhempaa henkilöä kunnioitetaan. Myös naisten itsevarmuus kasvaa iän myötä. Tämä tuo osaltaan iäkkäämmille naisille arvostusta nuorilta. Aikuiset lapset hoitavat ikääntyviä vanhempiaan ja he asuvat mahdollisuuksien mukaan samassa taloudessa. Vanhemmilta kysytään neuvoja elämän eri osaluoiisiin liittyen ja heidän elämäkokemustaan arvostetaan.

*”...ollaan puhelinyhteyksissä mummoon, ja se on kertonu et mitä kannattaa tehdä.”*

Vaikka suurperheet saattavat hajota maastamuuton seurauksena, sitoutuneisuus sukuun säilyy tästä huolimatta ja yhteyttä pidetään kotimaassa asuviin sukulaisiin. Nykyajan tekniikka mahdollistaa yhteydenpidon puhelimitse ja tietokoneen välityksellä kauaskin, ja monet somalialaiset matkustavat säännöllisesti kotimaahan tapaamaan siellä asuvia läheisiään. Suvun merkityksestä kertoo myös se, että naimisiin mentäessä nainen säilyttää oman sukunimensä. He kuuluvat aina omaan sukuunsa vaikka avioituvat ja mahdollisen eron tapahtuessa nainen ikään kuin palaa takaisin oman sukunsa pariin.

Suomeen muuttaminen on vaikuttanut merkittävästi työnjakoon somalialaisperheissä tehden siitä tasa-arvoisempaa. Yhden terveydenhoitajan mukaan miehet ovat täällä joutuneet opettelemaan paljon uutta tasa-arvoisemman kulttuurin myötä. Kotimaassa naiset tekivät kaikki kotityöt ja hoitivat lapset miesten ollessa töissä tienaamassa perheelle rahaa. Suomalaisessa parisuhteessa nainen saattaa jopa olla suhteen pää ja määrätä miestä erityisesti kotona. Somalialaisnaiset sisäistävät suomalaisen naisen hyvän aseman pian, ja vaativat itselleen vastaava kohtelua.

*”...kyl he oppii aika äkkii siihen, et mitä suomalainen nainen on et ei paljon mies täällä komentele.”*

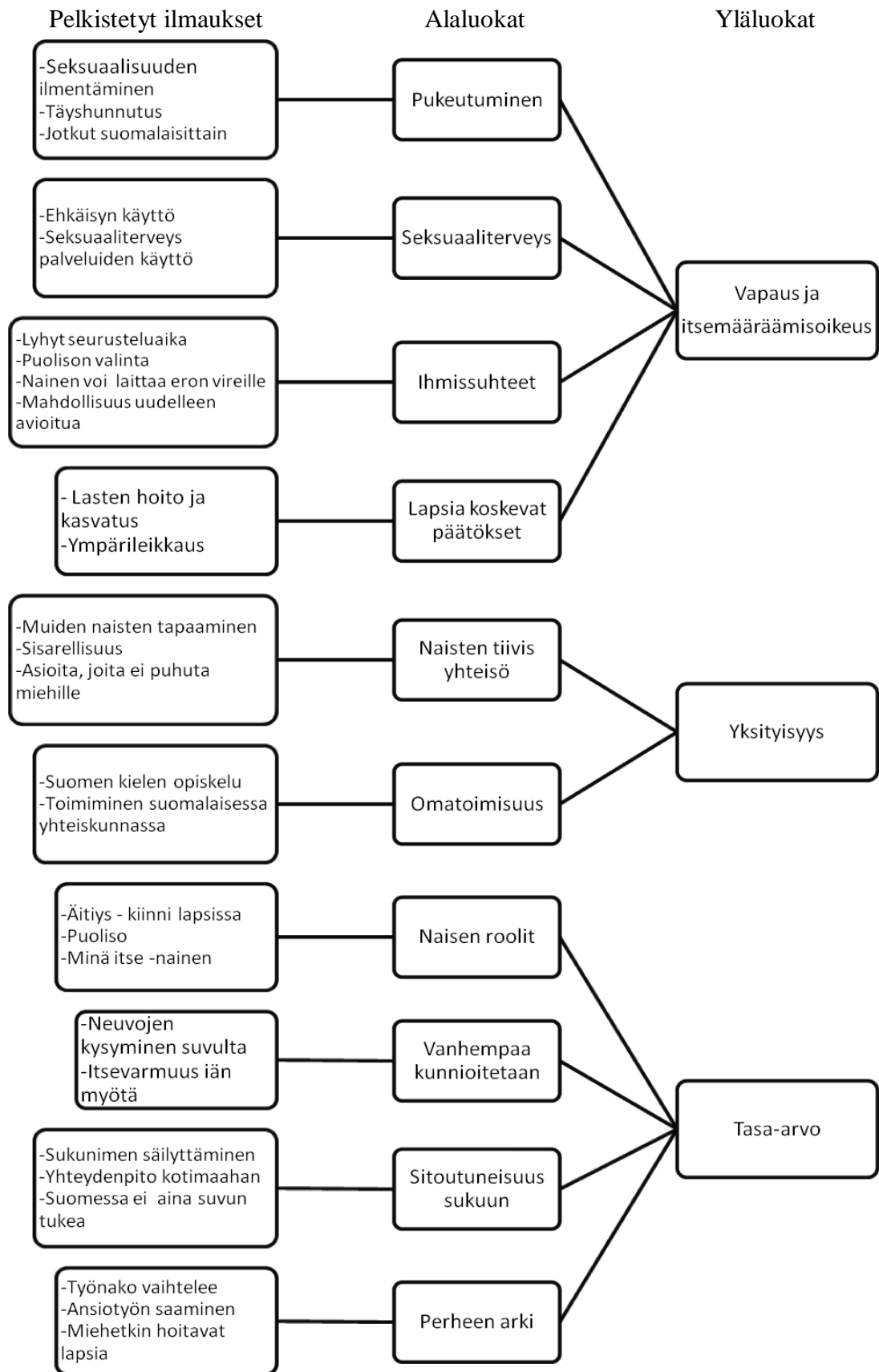
*”Täällä miehen on pakko, et ei miehillä ole täällä töitä. Siellä mies oli kauppiana ja nainen hoiti kotityöt.”*

Suomessa työnsaanti on hankalampaa kuin kotimaassa ja sen vuoksi töitä tekee se osapuoli, joka töitä saa. Suomessa koulutusta arvostetaan ja pääsääntöisesti sitä edellytetään kaikissa töissä. Vaikka somalialaisella olisi-

kin jokin kotimaassa hankittu koulutus, se ei välttämättä ole pätevä Suomeen tultaessa. Myös puutteellinen suomen kielen taito saattaa olla este työn saannille.

Lastenhoito jaetaan usein siten, että vauvaiän jälkeen isä hoitaa poikalasten asiat ja äiti tyttöjen. Poika on yleensä toivotumpi lapsi, mutta tytön synnyttyä he ovat siitäkin iloisia. Pojan ajatellaan olevan taloudellisesti kykenevämpi huolehtimaan vanhemmistaan heidän ikääntyessään.





Kuvio 3. Seksuaalioikeuksien toteutuminen somalialaisten maahanmuuttajanaisten arjessa terveydenhoitajien arvioimana

## 9 POHDINTA

### 9.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöllämme ei ollut ulkopuolista toimeksiantajaa, joten saimme valita aiheen vapaasti. Aiheen valinnan kannalta on tärkeää, että tutkimus on merkityksellinen työn tekijöille ja siitä on myös tulevaisuudessa hyötyä. (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25.) Aihe oli kokonaisuudessaan kiinnostava ja opinnäytetyötä oli mielekästä tehdä. Myös haastattelemamme terveydenhoitajat pitivät aihetta mielenkiintoisena ja ajankohtaisena. Tästä aiheesta ei ole aiemmin tehty opinnäytetyötä. Vaikka työtä oli kiinnostava tehdä, koimme sen todella haastavana.

Seksuaalisuuden päädyimme yhdistämään monikulttuurisuuteen, koska terveydenhoitaja on työssään paljon tekemisissä erilaisten seksuaalisuuteen liittyvien asioiden kanssa ja seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat vaikuttavat ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Valitsimme Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestöjen liiton määrittelemät seksuaalioikeudet työmme pohjaksi, koska ne ovat yksi tärkeä ihmisen seksuaaliterveyttä suojaava tekijä.

Opinnäytetyömme teoreettisen viitekehyksen suunnittelun ja kokoamisen aloitimme syksyllä 2011. Etsimme kaikki tahoillamme tietoa erilaisia lähteitä hyödyntäen. Käytimme pääsääntöisesti alle 10 vuotta vanhoja lähteitä. Tämän jälkeen yhdistimme ja muokkasimme keräämämme tiedon teoreettiseksi viitekehykseksi. Huomasimme, että aineistossamme oli paljon päällekkäisyyksiä ja teoriapohjan jäsentäminen vei aikaa. Saimme teoreettisesta viitekehyksestäämme monipuolisen, johdonmukaisen ja kattavan.

Alussa ajatuksenamme oli haastatella somalialaisnaisia itseään ja kuvata heidän henkilökohtaisia kokemuksiaan. Kieliongelmien vuoksi koimme, ettemme saisi riittävän syvällisiä ja totuudenmukaisia vastauksia kysymyksiimme heiltä. Seksuaalisuus on käsitteenä haastava selittää suomeksikin, joten koimme että somalialaisten olisi vaikeaa keskustella aiheesta itselleen vieraalla kielellä.

Terveydenhoitajien näkökulma oli mielestämme hyvä vaihtoehto tutkia seksuaalioikeuksien määritelmiä ja toteutumista somalialaisnaisten keskuudessa, sillä terveydenhoitajat kohtaavat heitä useilla eri työkentillä ja ovat luottamuksellisessa vuorovaikutussuhteessa heidän kanssaan. Tämän opinnäytetyön kautta saimme tulevan ammattimme kannalta tärkeää tietoa somalialaisnaisista asiakkaina ja heidän suhtautumisestaan seksuaalisuuteen.

Opinnäytetyön tehtävien asettelu on aineiston analysoinnin ja tulosten saannin kannalta tärkeä vaihe. Alun perin tarkoituksenamme oli asettaa kolme opinnäytetyön tehtävää, mutta päädyimme kuitenkin kahteen. Kolmessa tehtävässä olisi ollut liian paljon työtä suhteessa opinnäytetyöhön varattuun aikaan. Koimme myös, että saimme opinnäytetyömme kannalta oleellisen tiedon kahden tehtävän avulla.

Haastattelurunkoa suunniteltaessa päätimme yhdistää vapauden ja itsemääräämisoikeuden käsitteet yhdeksi kokonaisuudeksi, sillä niiden raja oli mielestämme häilyvä. Haastattelurunkomme tekemisen koimme vaikeaksi aiheemme haastavuuden vuoksi. Erityisesti määritelmiä koskevat kysymykset olivat hankalia, koska yritimme pitää opinnäytetyötehtävämme erillään vastauksissa. Pyrimme siihen, etteivät seksuaalioikeuksien määrittely ja niiden arjessa toteutuminen sekoittuisi keskenään, vaan määritelmät pysyisivät enemmän otsikkotasolla. Seksuaalioikeuksien toteutumista arjessa kartoittavat kysymykset oli mielestämme helpompi asettaa, ja myös terveydenhoitajat kokivat niihin vastaamisen helpommaksi.

Haastateltavien etsiminen onnistui hyvin Suomen terveydenhoitajaliiton Uudenmaan piirin yhteyshenkilömme kautta. Hän välitti viestiämme eteenpäin alueella työskenteleville terveydenhoitajille. Tämä oli hyvä tapa etsiä haastateltavia, sillä viesti tavoitti runsaasti terveydenhoitajia ja halukkaiden oli helppo ottaa meihin yhteyttä. Tämä oli edullista myös melko tiukan aikataulumme vuoksi. Saimme heti useita yhteydenottoja alueen terveydenhoitajilta, jotka saattoivat ehdottaa haastattelumme sopivia terveydenhoitajia tai kommentoida aiheitamme. Kaksi terveydenhoitajaa ilmoitti olevansa halukkaita osallistumaan haastatteluun. Kolmannen haastateltavan löytäminen oli hankalampaa. Kaksi ensimmäistä haastattelemaamme terveydenhoitajaa auttoivat meitä suosittelemalla sopivia henkilöitä haastattelumme, ja heidän avullaan saimmekin vielä yhden haastattelun sovituksi.

Ensimmäinen haastattelu oli todella positiivinen kokemus. Saimme paljon tietoa somalialaisnaisten seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Haastattelun jälkeen koimme, että haastattelurunkomme oli kohtalaisen hyvin rakennettu ja sopivan mittainen. Myös työnjakomme oli toimiva. Saimme tämän kokemuksen myötä varmuutta tuleviin haastatteluihin. Toisessa haastattelussa meillä oli jo selkeä kuva haastattelun etenemisestä, ja osasimme esittää tarkentavia kysymyksiä oleellisista asioista. Viimeinen haastattelu sujui jo rutiinilla, ja pystyimme keskittymään itse keskusteluun käytännön järjestelyjen sijasta.

Haastatteluympäristö oli terveydenhoitajille tuttu, mikä teki tilanteesta vapautuneen ja sitä kautta keskustelua edesauttavan. Haastattelut sujuivat mielestämme hyvin luontevasti ja melko keskustelunomaisesti. Olisimme toivoneet haastateltavilta enemmänkin omien ajatusten esiintuomista. Välillä tuntui, että he olivat epävarmoja omista vastauksistaan ja siitä, kertovatko he kysymysten kannalta olennaisia asioita. Tämä saattoi hieman jarruttaa keskustelua. Pyrimme kuitenkin korostamaan, että

opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää terveydenhoitajien henkilökohtaisia kokemuksia ja arvioita ja rohkaisimme heitä kertomaan mielipiteitään ja ajatuksiaan.

Kolmesta haastattelustamme saimme hyvin opinnäytetyötehtävien kannalta merkityksellistä tietoa. Päätimme, että kolme haastattelua riittää opinnäytetyömme toteuttamiseen, sillä työmäärä oli suuri, aikaa oli rajallisesti ja uskoimme, ettei esimerkiksi neljäs haastattelu olisi tuonut ratkaisevissa määrin uutta tietoa tai muuttanut tutkimustuloksiamme merkittävästi suuntaan tai toiseen. Koska opinnäytetyömme on kvalitatiivinen, aineiston laatu on määrää tärkeämpi (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003).

Opinnäytetyön tekeminen kolmen hengen ryhmässä aiheutti työn tekemiseen haasteita, mutta toisaalta se myös helpotti työmäärää ja toi työhön erilaisia näkökulmia. Ryhmästämme yksi asui eri paikkakunnalla ja tämä vaikeutti työn tekemistä. Muuten yhteistyömme sujui moitteettomasti ja työmäärä jakautui tasaisesti kaikille osapuolille. Suuria erimielisyyksiä ei tullut, mutta pieniä näkemyseroja oli ajoittain. Työmme kannalta ne olivat kuitenkin hyödyllisiä, sillä jouduimme pohtimaan asioita usealta kannalta ja kyseenalaistamaan omia ajatuksiamme. Aiheen haastavuuden vuoksi kolme henkeä oli mielestämme sopiva ryhmä koko tähän opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyömme myötä opimme paljon ryhmätyöskentelyä, huomioimaan toistemme mielipiteitä ja tekemään kompromisseja. Työtä tehdessämme syvennyimme tutkimusmetodiikkaan ja opimme jäsentämään tietoa. Saimme paljon tietoa somalialaisesta kulttuurista, tavoista ja seksuaalisuuteen liittyvistä käsityksistä. Mielestämme olemme kehittyneet monikulttuurisessa hoitotyössä ja saaneet valmiuksia maahanmuuttajien kohtaamiseen. Aluksi meidän oli vaikea hahmottaa tutkimukseen liittyviä käytänteitä, mutta opinnäytetyön tekemisen myötä laadullisen tutkimuksen toteuttaminen on selkiytynyt.

Aikataulumme muodostui todella kiireiseksi. Aloitimme teoreettisen viitekehyksen kokoamisen liian myöhään, jolloin kevään aikataulu oli hyvin tiukka. Meidän oli vaikea rajata aihe ja päättää työmme selkeä tavoite. Työmäärää olisi voinut jakaa tasaisemmin syksylle ja keväälle. Sen sijaan rankin vaihe jäi loppukevääseen. Olisimme varmasti voineet panostaa hieman enemmän opinnäytetyöhömmme mikäli aikaa olisi ollut enemmän. Aikarajojen puitteissa onnistuimme mielestämme tekemään hyvän työn ja teimme työmme tärkeimmän vaiheen eli opinnäytetyömme tutkimusosuu-den huolellisesti.

## 9.2 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme luonteen vuoksi saamamme tulokset ovat subjektiivisia eikä niitä voi yleistää koskemaan kaikkia kohderyhmän henkilöitä. Kaikki ihmisryhmät koostuvat yksilöistä, ja jokaisella ryhmän jäsenellä on omat toimintatapansa ja käytösmallinsa. Tämä pätee myös somalialaisiin.

Tulosten esittämisessä käytimme analysoinnin tukena kuvia. Mielestämme kuvat selkeyttävät analyysiamme ja auttavat lukijaa seuraamaan sitä polkua, mistä tuloksemme on johdettu. Myös kuvista ilmenee, että opinnäytetyön tehtävien sisällöissä oli jonkin verran päällekkäisyyttä ja se näkyy myös tuloksissa.

Opinnäytetyössä käytettävien käsitteiden epämääräisyys voi vaikuttaa tulosten analysointiin. Ihmiset saattavat ymmärtää käsitteet eri tavoin ja tulkita niitä eri tavalla. (Kananen 2008, 121.) Haastatteluiden analysointivaiheessa huomasimme, että lopullisten tehtävänasettelujen olisi ollut järkevää tehdä tehtävien välille suurempi ero. Tällöin analysointivaihe olisi ollut helpompi toteuttaa, eikä tuloksissa olisi tullut niin paljoa päällekkäisyyksiä. Huomasimme, että seksuaalioikeuksien määritelmät ja arjessa toteutuminen sivusivat paljon toisiaan, eikä terveydenhoitajien vastauksista pystynyt aina tekemään eroa määrittelyn ja arjen välille. Myös terveydenhoitajat kokivat määrittelyä koskevat kysymykset hankaliksi. Analysoinnin pohjana käyttämämme teemat vapaus, itsemääräämisoikeus, yksityisyys ja tasa-arvo ovat käsitteinä abstrakteja ja epämääräisiä. Terveydenhoitajilla oli vaikea tehtävä arvioida toisten ihmisten käsityksiä näistä jo lähtökohtaisesti rajaukseltaan epätarkoista käsitteistä. Mielestämme he onnistuivat siinä kuitenkin hyvin ja saimme vastauksia kysymyksiimme kattavasti.

Saamiemme tutkimustulosten mukaan Suomeen muuttaminen on vaikuttanut positiivisesti somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien toteutumiseen. Haastattelujen mukaan tilanne on parantunut myös kotimaassa, sillä esimerkiksi suhtautuminen ympärileikkauksiin on muuttunut huomattavasti kielteisemmäksi. Terveydenhoitajat arvioivat somalialaisnaisten olevan vahvoja ja miehen kanssa tasa-arvoisia. Heillä on vapaus päättää itseensä, omaan terveyteensä ja perheeseensä liittyvistä asioista, sitoutumisesta ja seksin harrastamisesta. Terveydenhoitajat kokivat, että somalialaisnaiset ovat itsenäisiä ja heille tärkeää on toisten naisten tuki. Somalialaiskulttuurissa on tietynlainen hierarkia, jossa vanhempaa kunnioitetaan. Terveydenhoitajien arvioiden mukaan miesten ja naisten välinen työnjako on suomalaisen kulttuurin myötävaikutuksessa tasavertaistunut. Kirjallisuudesta saimme osittain negatiivisemmän kuvan kuin mitä tutkimustuloksemme kertoivat.

Itsemääräämisoikeuden virallisen määritelmän mukaan jokaisella on oikeus omiin valintoihin terveyttä koskevissa asioissa. Tulostemme mukaan somalialaisnaiset saavat tehdä omaan seksuaaliterveyteensä liittyvät päätökset itsenäisesti, eikä esimerkiksi aviomies yleensä saa

vaikuttaa päätöksiin. Abdelhamidin (2009, 86–90) mukaan monessa kulttuurissa naisen puolesta päätöksen tekee perheen tai suvun miespuoliset edustajat, kuten aviomies tai isä. Opinnäytetyön haastatteluissa saamiemme vastausten mukaan terveydenhoitajien somalialaisasiakkaat ovat hyvässä asemassa, ja saavat tehdä paljon päätöksiä itse tai ainakin vaikuttaa niihin.

Kekäläinen ja Roos (2006, 15) toteavat Väestöliiton raportissaan, että seksuaalioikeuksia maailmanlaajuisesti tarkasteltaessa miehet käyttävät naisia enemmän valtaa. Erityisesti kehitysmaissa tilanne on usein huonompi. Omien haastatteluista saamiemme tulosten mukaan somalialaisnaiset ovat Suomessa miesten kanssa melko tasa-arvoisessa asemassa. Heillä saattaa olla jopa miestä enemmän valtaa perheen sisäisissä päätöksissä.

Arjessa seksuaalioikeuksien toteutuminen näkyi terveydenhoitajien näkemysten mukaan vapautena päättää omasta pukeutumisestaan, vapautena käyttää seksuaaliterveyspalveluita ja ehkäisyä halutessaan, vapautena valita puolisonsa tai erota sekä päättää lasten hoidosta ja kasvatuksesta. Yksityisyyttä arjessa lisää suomen kielen opiskelun mahdollisuus, joka auttaa somalialaisnaisia toimimaan yhteiskunnassa omatoimisesti. Yksityisyyteen terveydenhoitajat liittivät myös tiiviin naisten välisen yhteisön ja sen ettei asioita ole pakko jakaa kenenkään kanssa. Tasa-arvo toteutui arjessa terveydenhoitajien mukaan naisten mahdollisuudella tuoda esiin erilaisia roolejaan. Naisen vanhetessa hänen itsevarmuutensa kasvaa, ja sitä kautta hänen asemansa somalialaisyhteisössä paranee. Naisella on läpi elämänsä paikka omassa suvussa: vaikka hän avioituisi, hän ei siirry miehen sukuun. Miehen ja naisen välisessä suhteessa töiden jakoon vaikuttavat ansiotyön saatavuus, mutta pääasiassa työt jaetaan terveydenhoitajien mukaan tasaisesti. Koimme, että somalialaisnaisten seksuaalioikeudet toteutuvat Suomessa erittäin hyvin verrattuna maailmanlaajuisiin tutkimuksiin.

### 9.3 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyöhön liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka opinnäytetyön tekijöiden on otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvien tutkimuseettisten periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen opinnäytetyön tekijän vastuulla. Tutkimuksen teossa noudatetaan tarkkaa tieteellistä käytäntöä, jota eettisesti hyvä tutkimus edellyttää. Eettisesti hyvässä työssä tulee välttää epärehellisyyttä, plagiointia ja vastausten väärinkäyttöä. Plagioinnilla tarkoitetaan toisen tekijän ideoiden, tutkimustulosten tai sanamuodon esittämistä omana tekstinään. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–27.)

Lähteet ovat koko opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen perusta. Niiden valinnassa ja merkitsemisessä tulee olla huolellinen. (Hirsjärvi ym. 2009, 349.) Lähdekriittisyyttä pyrimme noudattamaan läpi opinnäytetyöprosessimme. Käytimme lähteitä monipuolisesti ja perustelimme teorian tietomme lähteiden avulla. Pyrimme käyttämään melko tuoreita lähteitä tai hyödyntämään tietoa, joka ei varsinaisesti vanhene sekä tarkistamaan lähteen puolueettomuuden. Lähteitä käytimme runsaasti, mikä lisää työme luotettavuutta. Lähdeviitteet merkitsimme työhön huolellisesti.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa opinnäytetyön tekijöiden tarkka selostus opinnäytetyön toteuttamisesta. Dokumentointi lisää luotettavuutta merkittävästi. Aineiston keräämisprosessi tulee kertoa selvästi ja totuudenmukaisesti. Valinnat ja ratkaisut tiedonkeruu-, analysointi- ja tutkintamenetelmiin liittyen tulee perustella tutkimuksen eri vaiheissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 227; Kananen 2010, 69–70.) Suunnittelimme ja

toteutimme huolellisesti opinnäytetyömme eri vaiheet, ja kirjoitimme niistä selostuksen opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyössämme olemme pyrkineet kertomaan tutkimusmenetelmän valinnasta, haastatteluiden toteutuksesta ja aineistonanalysoinnista mahdollisimman tarkkaan.

Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneiden tulee osallistua tutkimukseen täysin vapaaehtoisesti ja tutkimuksesta voi jättäytyä pois aina halutessaan. Eettisesti on tärkeää, että vastaajien henkilöllisyyttä ei paljasteta ja tutkija analysoi vastaukset luotettavasti. Aineistoa tulee käsitellä ja säilyttää luotamuksellisesti ja analysoinnin jälkeen se tulee hävittää asianmukaisella tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 24–25; Mäkinen 2006, 95; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 31.) Näistä asioista tulee informoida myös haastateltavia henkilöitä jo ennen heidän tutkimukseen lupautumistaan (Mäkinen 2006, 95). Opinnäytetyössämme haastateltavat terveydenhoitajat vastasivat tutkimukseen täysin vapaaehtoisesti ja sellaiset tiedot minimoitiin, joista heidän henkilöllisyytensä voisi paljastua.

Opinnäytetyömme käsittelee kulttuurisesti arkoja aiheita, joten haastateltavien terveydenhoitajien sekä heidän asiakkaidensa yksityisyyden suojaaminen on erittäin tärkeää. Anonyymius antaa terveydenhoitajille vapaammat kädet tuoda esiin huomioimiaan asioita, ja myös tutkijoiden on helpompi julkaista saamaansa tietoa. (Mäkinen 2006, 114.) Maahanmuuttajat eivät ole suoranaudessa yhteydessä kanssamme tutkimusta tehdesämme, mutta silti heidän henkilöllisyytensä saattaisi paljastua terveydenhoitajien kautta. Käytimme aineistoamme siten, ettei maahanmuuttajia ole mahdollista tunnistaa opinnäytetyöstä. Emme paljastaneet terveydenhoitajien työpaikkaa tarkasti, emmekä kysyneet sellaisia kysymyksiä, jotka olisivat kohdentuneet tiettyyn asiakkaaseen.

Deduktiivisen eli teorialähtöisen analyysitavan valitsimme, koska hyödynsimme analysoinnissa seksuaalioikeuksien perustana olevia käsitteitä vapaus, itsemääräämisoikeus, yksityisyys ja tasa-arvo. Valinnan perustelimme siten, että meillä oli analyysin pohjana valmis teoreettinen malli. Opinnäytetyötä varten kerätty aineisto on mahdollista jäsentää käsitteiden mukaan. (Vilka 2005, 140–141.) Analyysitavan valinnan koimme haastavaksi, emmekä heti hahmottaneet kuinka meidän kannattaisi aineistoamme käsitellä. Mielestämme käyttämämme analyysitapa oli sopiva opinnäytetyöhömmme.

Ennakoasenteiden ja odotusten kehittyminen opinnäytetyön tekijöille on luonnollista. Tällaisten käsitysten ei saa antaa vaikuttaa opinnäytetyön tuloksiin, joten niiden tunnistaminen itsessään on merkityksellistä. Omien asenteiden vaikutus opinnäytetyöprosessiin on tärkeää arvioida. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 293.) Kirjallisuutta tutkiessamme meille muodostui erilaisia käsityksiä somalialaisten seksuaalisuuteen ja naisten asemaan liittyen. Mielestämme pystyimme tekemään haastattelut hyvin avoimin mielin eivätkä omat ajatuksemme vaikuttaneet haastattelun kulkuun. Omat ennakkoluulomme eivät välittyneet tuloksiinkaan.

Suorien lainausten avulla voidaan tutkimustulosten luotettavuutta lisätä ja saadaan välitettyä elävä kuva haastateltavien kokemuksista. Näin tulosten

lukija pystyy hahmottamaan haastateltavien ajatuksia ja tulkinnanvaraisuus vähenee. Suoria lainauksia käytettäessä on huolehdittava haastateltavien anonymiteetin säilymisestä. (Hirsjärvi ym. 2004, 218; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 31.) Pyrimme käyttämään lainauksia oman analyysimme tukena ja poimimaan vain oleellimmat lausahdukset. Aluksi aliarvioimme oman aineiston analyysimme ja yritimme lainauksien avulla todistaa tietojen oikeellisuutta. Lopulta onnistuimme karsimaan epäoleelliset ja samoja asioita toistavat lainaukset.

Eettisestä näkökulmasta tarkasteltuna tutkimuksen luotettavuus lisääntyy, kun sekä analyysiin että raportointiin hyödynnetään koko kerätty tutkimusaineisto. Tällöin analysoidaan myös sellainen aineisto, joka ei anna mielenkiintoisia tuloksia sekä raportoidaan tutkimustulokset avoimesti ja rehellisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 292–293; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 31.)

#### 9.4 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöstämme eniten hyötyä on meille itsellemme. Olemme saaneet opinnäytetyömme kautta valmiuksia maahanmuuttajien kohtaamiseen, ja etenkin somalialaiskulttuuriin olemme perehtyneet perusteellisesti. Toivomme, että opinnäytetyöstämme olisi hyötyä haastattelemiemme terveydenhoitajien lisäksi myös muille terveydenhoitajille.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla vastaavanlaisen haastattelun toteuttaminen somalialaisnaisille, jotka ovat syntyneet, kasvaneet ja käyneet koulua Suomessa. Heidän suomenkielentaitonsa mahdollistaisi haastattelun toteuttamisen suoraan somalialaisnaisille ilman, että terveydenhoitajia tarvittaisiin välikätenä. Somalialaisten kasvaminen oman ja länsimaisen kulttuurin välissä saattaa myös tehdä seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyn helpommaksi.



## LÄHTEET

Abdelhamid, P. 2009. Hoitotyön eettisten periaatteiden kulttuurinen luonne. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro. 85-92.

Abdelhamid, P. 2009. Ihmisoikeuksien kulttuurinen perusta. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro. 72-74.

Abdelhamid, P. 2009. Potilaan kulttuuriset taustatiedot. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro. 108-120.

Abdelhamid, P. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurisen hoitotyön haasteet. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro. 95-97.

Aborttilaki. 239/1970. 24.3.1970. Viitattu 8.12.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700239?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=raskauden%20kesk%2A>

Aho, T., Kotiranta- Ainamo, A., Pelander, A. & Rinkinen, T. 2008. Puhutaan seksuaalisuudesta. Nuori vastaanotolla. Helsinki: Väestöliitto.

Akar, S. & Tiilikainen, M. 2004. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Helsinki: Väestöliitto.

Alajoki, P. 2005. Naiseus vedenjakajalla. Kristillinen näkökulma feminismiin. Hämeenlinna: Oy Uusi Tie.

Apter, D., Eskola, M., Säävälä M. & Kettu, N. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Tarpeita, tietoa ja yhdenvertaisuutta. Helsinki. Väestöliitto. Viitattu 12.10.11. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d56af6c997131b5473e5f69381f2e935/1318429488/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>

AOL, Avioliittolaki. 234/1929. 13.6.1929. Viitattu 8.12.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1929/19290234>

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Amatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä. Tallinna: Kirjapaja.

Cacciatore, R. 2006: Nuorten seksuaaliset oikeudet IPPF:n määritelmän mukaan. Teoksessa Apter, D. Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 424-425.

Campinha-Bacote, J. 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*. Vol. 13 No. 3, July 2002. 181-184. Viitattu 25.4.2012. <http://tcn.sagepub.com/content/13/3/181.short>

Ellonen, N. & Korhonen, K. 2007. Maahanmuuttajanaiset väkivallan uhreina. Poliisin tietoon tullut maahanmuuttajanaisiin kohdistunut väkivalta vuonna 2005. Poliisiammattikorkeakoulun tiedotteita 60/ 2007. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 22.10.2011 [http://www.polamk.fi/poliisi/poliisioppilaitos/home.nsf/files/maahanmuuttajanai-set%20v%C3%A4kivallan/\\$file/maahanmuuttajanaiset%20v%C3%A4kivallan.pdf](http://www.polamk.fi/poliisi/poliisioppilaitos/home.nsf/files/maahanmuuttajanai-set%20v%C3%A4kivallan/$file/maahanmuuttajanaiset%20v%C3%A4kivallan.pdf)

Emas, T. 2006. Monikulttuurisuus ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D. Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 77-92.

Gordon, T. 2001. Naiseus. Teoksessa Nikunen, M., Gordon, Kivimäki, S. & Pirinen, R. *Nainen/naiseus/naisellisuus*. Tampere: Cityoffset Oy, 8-18.

Hallenberg, H. 2008. Seksuaalisuus islamin maissa. Teoksessa Brusila, B. (toim.) *Seksuaalisuus eri kulttuureissa*. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 74-97.

Hassinen- Ali- Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystietämisestä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Honkatukia, P., Kainulainen, H. & Niemi, H. 2009. Seksuaalirikokset. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 250. Rikollisuustilanne 2009. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Hakapaino Oy. Viitattu 22.10.2011

[http://www.optula.om.fi/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldataa&SSURlapytype=BlobServer&SSURlcontainer=Default&SSURlsession=false&blobkey=id&blobheadervalue1=inline:%20filename=250\\_Rikollisuustilanne\\_2009%20kehitys.pdf&SSURlsscontext=Satellite%20Server&blobwhere=1284991870603&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application/pdf](http://www.optula.om.fi/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldataa&SSURlapytype=BlobServer&SSURlcontainer=Default&SSURlsession=false&blobkey=id&blobheadervalue1=inline:%20filename=250_Rikollisuustilanne_2009%20kehitys.pdf&SSURlsscontext=Satellite%20Server&blobwhere=1284991870603&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application/pdf)

Hyvinvointineuvola. 2010. Tampereen kaupunki. Viitattu 27.12.2011 <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/neuvolat/hyvinvointineuvola.html>

Hämeen- Anttila, J. 2006. Johdatus koraaniin. Helsinki: Hakapaino Oy.

Ihme, A. & Rainto, S. 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita Prima.

Ilmonen, T. & Nissinen, J. 2006. Seksologian peruskäsitteistöä. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.): Seksuaalisuus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 20-26.

IPPF. 2008. Sexual rights. An IPPF declaration. Viitattu 7.12.2011. <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/9E4D697C-1C7D-4EF6-AA2A-6D4D0A13A108/0/SexualRightsIPPFdeclaration.pdf>

Islamopas. Koraani. Viitattu 27.12.2011. <http://www.islamopas.com/koranen.html>

Isotalo, A. 2008. Somalitytöt ja seksuaalisuuden kulttuuriset merkitykset. Teoksessa Kinnunen, T. & Puuronen A. (toim.): Seksuaalinen ruumis: kulttuuritieteelliset lähestymistavat. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 109-126.

Jasinskaja- Lahti, I., Liebkind, K. & Vesala, T. 2002. Rasismi ja syrjintä Suomessa: Maahanmuuttajien kokemuksia. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Juntunen, A. 2009. Monikulttuurinen terveydenedistäminen aikuisuudessa. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro. 219-249.

Juntunen, A. 2009. Monikulttuurinen terveydenedistäminen puberteetissa. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro. 212-214.

Juntunen, A. 2009. Tulkin ja kulttuuritulkin käyttö taitona. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro. 149-154.

Järvinen, R. 2004. Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri. Erilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon jäsenyksissä. Akateeminen väitöskirja. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto.

Kaljunen, S. & Kanervo, S. 2007. Maan tapa Suomessa. Opas. Turun kulttuurikeskus. Viitattu 27.12.2011. <http://www.turku.fi/public/default.aspx?nodeid=17657&culture=fi-FI&contentlan=1>

Kananen, J. 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino.

Kauppi, K. 2005. Somaliäitien kokemuksia neuvolapalveluista ja saamaansa sosiaalisesta tuesta. Viitattu 27.12.2011

[http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Helsinki2005/Kaisa%20Kauppi.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2005/Kaisa%20Kauppi.pdf)

Kehitys ei toteudu ilman tasa-arvoa. Ulkoministeriö. Viitattu 18.10.2011.

<http://global.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=15805&contentlan=1&culture=fi-FI>

Kekäläinen, A. & Roos, J. 2006. Päiväntasaajan valo ja varjot. Afrikkalaisten naisten vahvuus ja taakka. Väestötietosarja 15. Helsinki: Väestöliitto.

Korhonen, E., Lipsanen, L. & Yli-Räisänen, H. 2009. Seksuaalioikeudet kuuluvat kaikille. Väestötietosarja 18. Helsinki: Väestöliitto. Viitattu 7.12.2011.

[http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/b71375087225f5553479e6edcc545a81/1323274028/application/pdf/313043/seksuaalioikeudet\\_kuuluvat\\_kaikille.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/b71375087225f5553479e6edcc545a81/1323274028/application/pdf/313043/seksuaalioikeudet_kuuluvat_kaikille.pdf)

Koti – perhe – suku. Väestöliitto. Viitattu 22.4.2012.

[http://www.vaestoliitto.fi/murkun\\_kanssa/tietoa/seksuaalisuus\\_ja\\_seuruste/lu/seksuaalisuus/seksuaalikasvatus/koti-perhe-suku/](http://www.vaestoliitto.fi/murkun_kanssa/tietoa/seksuaalisuus_ja_seuruste/lu/seksuaalisuus/seksuaalikasvatus/koti-perhe-suku/)

Kotiäitiys ei yleistynyt taantuman myötä. 2009. Tilastokeskus. Viitattu 26.4.2012.

[http://www.stat.fi/til/tyti/2009/16/tyti\\_2009\\_16\\_2010-10-12\\_kat\\_002\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/tyti/2009/16/tyti_2009_16_2010-10-12_kat_002_fi.html)

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi. Duodecim. Viitattu 26.4.2012.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo93495&p\\_haku=laadullinen\\_terveystutkimus](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo93495&p_haku=laadullinen_terveystutkimus)

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY.

Lipsanen, L. 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Naiset, perhe ja seksuaaliterveys. Väestötietosarja 20. Helsinki: Väestöliitto.

Maahanmuuttaja/ maastamuuttaja. Maahanmuuttovirasto. Sanasto. Viitattu 18.10.2011 <http://www.migri.fi/netcomm/content.asp?path=2761#6>

Martikainen, T. & Tiilikainen, M. 2007. Maahanmuuttajanaiset: Käsitteet, tutkimus ja haasteet. Teoksessa Martikainen, T. & Tiilikainen, M. (toim.) Maahanmuuttajanaiset: kotoutuminen, perhe ja työ. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46/2007. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy. 15–37. Viitattu 18.10.2011

[http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/0db04b2a89e803806bfc2dc4993bd952/1318939649/application/pdf/386433/Maahanmuuttajanaiset\\_e.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/0db04b2a89e803806bfc2dc4993bd952/1318939649/application/pdf/386433/Maahanmuuttajanaiset_e.pdf)

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus.

Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. 2004. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Muhammed, H. 2011. Yhtä erilaiset. Islam ja suomalainen kulttuuri. Helsinki: Teos.

Mäkelä, N. & Puhakainen- Mattila, R. 2008. Opetusmateriaali tyttöjen ja naisten oikeuksista Suomessa ja maailmalla. Helsinki: Sälekarin Kirjapaino Oy.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Tammi.

Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali – Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? Duodecim. Viitattu 2.12.2011 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96299.pdf>

Mölsä, M. 2006. Tyttöjen ja naisten ympärileikkausperinne. Teoksessa Brusila, B. (toim.) Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 116-133.

Nummelin, R. 1997. Seksuaalikasvatusmateriaalit- Millaista seksuaalisuutta nuorille? Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nurmi, T. 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Oppivelvollisuus ja koulupaikka. 2010. Opetushallitus. Viitattu 23.1.2012. [http://www.oph.fi/koulutus\\_ja\\_tutkinnot/perusopetus/oppivelvollisuus\\_ja\\_koulupaikka](http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/perusopetus/oppivelvollisuus_ja_koulupaikka)

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY.

Pirinen, R. 2001. Naiseus nyrkkeilyhanskassa. Teoksessa Nikunen, M., Gordon, Kivimäki, S. & Pirinen, R. Nainen/naiseus/naisellisuus. Tampere: Cityoffset Oy, 142-156.

Pojjärvi, M. 2010. Opettaja seksuaalikasvattajana. Viitattu 8.9. 2011. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanit-fi/ajankohtaista/koulutukset/seksuaaliterveysseminaari/seksuaalikasvatus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/ajankohtaista/koulutukset/seksuaaliterveysseminaari/seksuaalikasvatus)

RL, Rikoslaki. 563/1998. 24.7.1998. Viitattu 2.11.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

Rotkirch, A. & Saloheimo, A. 2008. Yksin kotona? Teoksessa Janhunen, K. & Oulasmaa, M. (toim.) Äidin kielletyt tunteet. Väestöliitto, 72-85.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.

Seksuaalioikeudet: Sexual Rights are Fundamental and Universal Human Rights

Adopted in Hong Kong at the 14th World Congress of Sexology, 26.8.1999. Viitattu 20.9.2011

<http://www.worldsexology.org/sites/default/files/Declaration%20of%20Sexual%20Rights.pdf>

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila maailmassa. 10 vuotta YK:n väestö- ja kehityskonferenssista. Tiivistelmä YK:n väestörahaston vuosiraportista 2004. Väestöliitto.

Somalialainen kulttuuri ja kasvatus Suomessa ja Somaliassa. 2005. Seminaarijulkaisu n:o 19. Helsinki: Yhteiset Lapsemme ry.

Steriloimislaki. 283/1970. 24.4.1970. Viitattu 8.12.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1970/19700283?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=steriloi%2A>

Tiilikainen, M. 2007. Somaliäidit ja transnationaalinen perhe. Teoksessa Martikainen, T. & Tiilikainen, M. (toim.): Maahanmuuttajanaiset. Kotoutuminen, perhe ja työ. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46/ 2007. Helsinki: Väestöliitto. 266-284.

Ulkomaiden kansalaiset . 2011. Tilastokeskus. Viitattu 2.11.2011.

[http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html#ulkomaidenkansalaiset](http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#ulkomaidenkansalaiset)

Ulkomaalaislaki. 301/2004. 30.4.2004. Viitattu 27.12.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040301>

Valkama, S. 2006. Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden piirteitä seksologian opetussuunnitelmien sisällönanalyysin ja asiantuntijakyselyn perusteella. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 27.12.2011.

[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12279/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2006261.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12279/URN_NBN_fi_jyu-2006261.pdf?sequence=1)

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Yksityisyyden suoja. Väestöliitto. Viitattu 1.2.2012.  
<http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/parisuhdetietoa->

[ammattilaisille/tietoa\\_parisuhdeammattilaisille/asiakastyon\\_lakitietoa/yksityisyyden\\_suoja/](#)

WHO. 2002. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. Working definitions. Viitattu 7.12.2011.

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)

## **1. Taustakysymykset:**

Kuinka kauan olet työskennellyt terveydenhoitajana?

Minkälaisilla työkentillä olet terveydenhoitajana ollessasi kohdannut somalialaisasiakkaita?

Minkälaiseksi koet asiakassuhteen rakentamisen somalialaisnaisten kanssa?

## **2. Minkälaiset asiat merkitsevät somalialaisnaisille seksuaalioikeuksia terveydenhoitajan kokemana?**

Minkälaisia asioita somalialaisnaiset ajattelevat kuuluvan itsemääräämisoikeuteen?

Minkälaisista itseensä liittyvistä asioista somalialaisnaisella on vapaus päättää?

Millaisissa asioissa tasa- arvo näkyy somalialaiskulttuurissa?

Millaisen asioiden kautta somalialaisnaisten yksityisyys ilmenee?

## **3. Miten seksuaalioikeuksien toteutuminen näkyy somalialaisten maahanmuuttajanaisten arjessa terveydenhoitajien arvioimana?**

Itsemääräämisoikeus ja vapaus

Minkälaista pukeutumista somalialaisnaiset pitävät sopivana?

Minkälaisia somalialaisnaisten seurustelukäsitteet ovat?

Kuinka somalialaisnaiset suhtautuvat ehkäisyn käyttöön? Minkälaiset seikat vaikuttavat ehkäisyn käyttöön?

Miten somalialaisnaiset suhtautuvat omaan kehoonsa?

Miten vapaus näkyy somalialaisnaisten arjessa?

Tasa- arvo

Millainen töiden jako somalialaisperheissä on? Minkälaisia rooleja somalialaisnaisilla on?

Miten mielestäsi eri perheenjäsenten välinen tasa- arvo toteutuu somalialaisperheissä? Minkälaisen päätösten tekemiseen somalialaisnainen osallistuu?

Yksityisyys

Kenen kanssa somalialaisnaiset tulevat vastaanotolle? Vaikuttaako se vastaanottotilanteeseen jotenkin?

Millä tavalla somalialaisnaiset suhtautuvat terveystietojen tallentamiseen ja jakamiseen?

Millaisena somalialaisnaiset kokevat kehonsa paljastamisen tutkimustilanteissa?



TERVEYDENHOITOTYÖN KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

**TUKIMATERIAALI TERVEYDENHOITAJILLE  
MAAHANMUUTTAJIEN KOHTAAMISEEN**



Terveydenhoitotyön kehittämistehtävä

Hoitotyön koulutusohjelma

Lahdensivu, työn hyväksymispäivä

*Oma Allekirjoituksesi*

Askola Heini, Aura Titta, Hirvonen Heini



---

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	VUOROVAIKUTUS TERVEYDENHOITAJAN JA MAAHANMUUTTAJAN VÄLILLÄ.....	2
2.1	Kulttuurinen kompetenssi.....	2
2.2	Erityispiirteet maahanmuuttajien kohtaamisessa.....	3
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	7
4	TUKIMATERIAALIN TOTEUTUS.....	8
5	ARVIOINTI JA POHDINTA.....	10
	LÄHTEET .....	11

Liite 1      Tukimateriaali terveydenhoitajille

## 1 JOHDANTO

Varsinaisen opinnäytetyön lisäksi terveydenhoitajan tutkintoon liittyy kehittämistehtävä. Kehittämistehtävän tarkoituksena on täydentää sairaanhoitaja-tutkinnon opinnäytetyötä. Halusimme omalla kehittämistehtävällämme olevan myös käytännön hyötyä. Hyödynsimme varsinaista opinnäytetyötämme somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien toteutumisesta terveydenhoitajien arvioimana, ja teimme tukimateriaalin maahanmuuttajien kohtaamiseen terveydenhuollossa. (Opinnäytetyö – hoitotyön koulutusohjelman toimintaohje 2011, 6.)

Päädyimme aiheeseen, koska koimme ettei terveydenhoitotyön koulutuksessa ole riittävästi opetusta monikulttuurisuuteen. Tehdessämme opinnäytetyömme haastatteluja saimme viitettä siitä, että tällaiselle tukimateriaalille saattaisi olla käyttöä. Terveydenhoitajat kokivat, että etenkin ensimmäisten maahanmuuttaja-asiakkaiden kohdalla heillä oli puutteelliset taidot maahanmuuttajien kohtaamiseen. (Askola, Aura & Hirvonen 2012.)

Maahanmuuttajien määrän kasvun myötä terveydenhoitaja kohtaa heitä monilla eri työkentillä. Hän saattaa olla ensimmäisiä henkilöitä, joiden kanssa maahanmuuttajat ovat vuorovaikutuksessa vieraassa maassa. Hyvä suhde terveydenhoitajaan vaikuttaa merkittävästi suhtautumiseen uuteen yhteiskuntaan ja sen toimijoihin. (Hammar-Suutari 2009, 116-117.)

Vuorovaikutuksen syntymisen ja hyvän suhteen pohjana on tieto eri kulttuureista, joka osaltaan myös vähentää ennakoasenteita ja estää ristiriitatilanteita. Kaikki asiakkaat tulee kohdata yksilöllisesti ja ammattimaisesti. Kohtaamisessa on tärkeää huomioida maahanmuuttajan tausta, esimerkiksi maahanmuuton syy, kotimaa ja uskonto. Monissa aiheesta tehdyissä tutkimuksissa vuorovaikutuksen suurimpana kompastuskivenä pidetään kieliongelmia. (Hammar-Suutari 2009, 116; Koskimies & Mutikainen 2008.) Riitta Järvinen (2004) tutki väitöskirjassaan ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuria sosi- ja terveydenhuollossa. Hän kävi keskusteluja yhdeksänkymmenen turvapaikkaa hakevan pakolaisen kanssa ja useiden maahanmuuttajien kanssa työskentelevien viranomaisten kanssa.

Kehittämistehtävänäme toteutimme materiaalin terveydenhoitajille maahanmuuttajien kohtaamisen tueksi. Tukimateriaalin teimme käsittekartan muotoon, koska koimme sen selkeimmäksi esitystavaksi. Yhteistyökumppanimme oli Suomen terveydenhoitajaliiton Uudenmaan piiri kuten opinnäytetyössäkkin. Tukimateriaalin on tarkoitus tulla terveydenhoitajien käyttöön heidän internet- sivuilleen.

## 2 VUOROVAIKUTUS TERVEYDENHOITAJAN JA MAAHANMUUTTAJAN VÄLILLÄ

*Vuorovaikutus* on viestijän ja viestin vastaanottajan välinen tilanne, jossa jaetaan asioita erilaisten merkkien tai sanojen kautta. Vuorovaikutusta voi syntyä yhtä monin tavoin kuin viestejä voi jakaa: vaikkapa kirjoittamalla, puhumalla tai elein. Viestimisestä voidaan ajatella syntyvän vuorovaikutusta silloin, kun viestiä vastaanottava osapuoli reagoi viestiin jollakin tavalla. (Vuorovaikutus – puhumista ja kuuntelemista.)

Onnistunut ja asiakkaalle mielekäs terveydenhoitotyö rakentuu vuorovaikutukselle ja ymmärrykselle (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 11). Terveydenhoitajan työssä tarvitaan hyviä yhteistyö-, ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja. Terveydenhoitaja saattaa olla ensimmäinen suomalainen henkilö, jonka kanssa maahanmuuttaja rakentaa vuorovaikutussuhdetta. Tämän vuoksi hyvän suhteen rakentaminen on erityisen tärkeää. Vuorovaikutuksen kautta terveydenhoitajan ja asiakkaan välille syntyy *hoitosuhde*. Hyvän hoitosuhteen edellytyksenä on, että asiakas ja hoitaja tekevät yhteistyötä, jolla on yhteinen päämäärä eli potilaan hyvinvointi. Esimerkillistä hoitosuhdetta leimaa myös hoitajan ja asiakkaan välinen luottamus. (Hyvä hoitosuhde 2006.)

### 2.1 Kulttuurinen kompetenssi

Kulttuuri on ihmisille opittua käyttäytymistä johon vaikuttaa muun muassa uskonto, lait, arvot, ihmisillä oleva tieto ja taito sekä moraalit. Henkilö kasvaa omaan kulttuuriinsa, vaikka jokaisessa kulttuurissa on ihmisiä, jotka käyttäytyvät normien vastaisesti. Kulttuuri myös muokkautuu ajan ja olosuhteiden myötä. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Kaikista niistä taidoista, joita tarvitaan kohdattaessa vierasta kulttuuria edustavaa henkilöä, voidaan kutsua yhteisnimityksellä *kulttuurinen kompetenssi*. Hammar-Suutarin mukaan kulttuuriseen kompetenssiin sisältyvät neljä eri ulottuvuutta: taidot, tietoisuus, asenteet ja toiminta. (Hammar-Suutari 2006, 9; Hammar-Suutari 2009, 123.) Kulttuurinen kompetenssi siis rakentuu niistä ominaisuuksista, joita missä tahansa asiakaspalvelutyössä työskentelevä henkilö tarvitsee.

Campinha-Bacote (2002) on määritellyt kulttuurisen kompetenssin viiden eri osa-alueen kautta, joista muodostuu jatkuva prosessi, jonka kautta työntekijä kehittää kulttuurista osaamistaan. Näitä osa-alueita ovat muita kulttuureja koskevien omien ennakkokäsitysten ja –asenteiden tiedostaminen, kulttuurinen taito, eri kulttuureihin liittyvien faktojen hallinta, eri kulttuureja edustavien ihmisten kohtaaminen sekä oma motivaatio ja halu tehdä työtä eri kulttuureja edustavien ihmisten kanssa.

Taidot ovat kykyä katsoa asioita eri näkökulmista ja taitoa lukea erilaisia kielellisiä ja sanattomia viestejä. Taitoihin lukeutuvat myös kyky toimia ammattimaisesti asiakastilanteissa sekä taito suhtautua kriittisesti myös omaan toimintaansa ja työntekoonsa. Tietoisuus taas on riittävää asiantuntemusta ja erityisesti kulttuurisen teoriapohjan hallintaa sekä ihmisten ajatus- ja käyttäytymismallien ymmärtämistä. Asenteiden kohdalla tulee ennen kaikkea osata arvioida omia asenteitaan sekä tarvittaessa muokata niitä. Toiminta kehittyy kaikkien edellisten kolmen ominaisuuden hallinnan jälkeen: toiminnallisten valmiuksien kautta tiedot, taidot ja asenteet tavoittavat asiakkaan ja kokoavat kulttuurisen kompetenssin kokonaisuudeksi. (Hammar-Suutari 2009, 125-127.)

## 2.2 Erityispiirteet maahanmuuttajien kohtaamisessa

Ulkomaalaistaustaiset tulevat Suomeen monista eri syistä. Maahanmuuttajien joukossa on työhön ja opiskelemaan tulleita, avioliittomuuttajia, pakolaisia, turvapaikanhakijoita ja paluumuuttajina saapuneita. (Huotari ym. 2005, 2-6.) Terveystieteiden palveluita käyttävän maahanmuuttajan tarpeet saattavat erota suomalaisen asiakkaan tarpeista. Myös erilaiset terveys- ja yksilöllisyyskäsitteet saattavat vaikuttaa terveydenhuoltotyöhön. (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 10.)

Vuorovaikutustilanne maahanmuuttaja-asiakkaan kanssa sisältää monia erilaisia haasteita kummaltakin osapuolelta. Vuorovaikutustilanteen onnistumiseen vaikuttavat niin työntekijän kuin asiakkaankin ennakoasenteet ja aiemmat kokemukset vastaavista tilanteista. Maahanmuuttajien kanssa tulee aina toimia ammattitaitoisesti ja olla asiallinen. Työntekijän luottaminen itseensä ja itsensä tunteminen auttavat kohtaamaan vieraita kulttuureita. Silloin uusia kulttuureita ja ihmisiä ei koe uhkana, vaan ottaa uudet tilanteet vastaan mielenkiinnolla. (Hammar-Suutari 2009, 116-118.) Terveystieteiden tulee pystyä käsittelemään myös arkoja aiheita asiakkaiden kanssa ja hänen on uskallettava rohkeasti kysyä vaikeistakin asioista (Mölsä 2008, 117).

Mikäli maahanmuuttaja-asiakkaalla on huonoja kokemuksia aiemmista tilanteista esimerkiksi terveydenhoitajan kanssa, hän saattaa pelätä tapaamista ja olla epävarma. Epävarmuus voi johtua siitä, ettei asiakas täysin ymmärrä millaisia asioita tapaamisessa käsitellään. Tällöin vuorovaikutuksen luominen muuttuu edelleen haastavammaksi. (Hammar-Suutari 2009, 116-117.) Jos vuorovaikutussuhteessa ilmenee vallankäyttöä ja alistamista maahanmuuttajia kohtaan, vaikeutuu vuorovaikutuksen syntyminen asiakkaan ja työntekijän välillä huomattavasti (Järvinen 2004, 38-39). Maahanmuuttaja saattaa olla kotimaassaan kärsinyt epäoikeudenmukaisesta kohtelusta ja tällöin vieraisiin ihmisiin luottaminen voi olla haastavaa. Tällaiset kokemukset tulisi käydä läpi asiakkaan kanssa, ja saada näin hänet luottamaan suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään. (Berg 2012, 26-27.)

Terveydenhoitajan kulttuuritietoisuus on tärkeää. Täytyy ymmärtää myös oman kulttuurin vaikutus hoitotyöhön ja mahdolliset ennakkoluulot sekä stereotyyppit. Tietämättömyys saattaa aiheuttaa ristiriitoja asiakastilanteissa. Asiakas tulee kohdata yksilöllisesti hänen taustatekijänsä huomioiden. (Koskimies & Mutikainen 2008.) Asiakkaan arvoja, tapoja ja uskomuksia tulee kunnioittaa ja kuunnella hänen toiveitaan hoitoon liittyen (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 10).

Maahanmuuttajat kokevat kieli- ja kommunikaatiovaikeudet ongelmakohtiksi. Riittävän ajan varaaminen vastaanottokäynnille on tärkeää. Kommunikaatioon tulee kiinnittää huomiota, selkeä artikulaatio, täytesanojen ja pitkien lauseiden välttäminen sekä puhuminen riittävän hitaasti helpottavat maahanmuuttajan ymmärtämistä. (Huotari ym. 2005, 7, Koskimies & Mutikainen 2008.) Kun vastaanottotilanne käydään asiakkaalle tai molemmille vieraalla kielellä, kannattaa kehonkieleen kiinnittää huomiota. Tällaisessa tilanteessa kehonkielen merkitys korostuu ja se voi antaa jopa enemmän informaatiota kuin puhuttu viesti. (Nonverbaalinen viestintä 2004-2010.) Terveydenhoitajan kannattaa käyttää rohkeasti vierasta kieltä, vaikka kielitaito ei olisikaan loistava. Muutamankin sanan osaaminen esimerkiksi englanniksi saattaa helpottaa vastaanottoa, joka muuten käydään suomeksi, jos asiakas ei ymmärrä tiettyä sanaa. Kuvia ja videomateriaalia voi käyttää puhutun ja kirjallisen ohjausmateriaalin tukena. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Maahanmuuttajat toivovat lomakkeita omalla äidinkielellään, niitä on käytössä kuitenkin vielä vaihtelevasti. Maahanmuuttajat kokevat kuitenkin suomen kielen oppimisen erittäin tärkeäksi, sillä se helpottaa huomattavasti toimimista terveydenhuoltopalveluissa ja suomalaisessa yhteiskunnassa. (Huotari ym. 2005, 7; Koskimies & Mutikainen 2008.)

Terveydenhoitajan tulisi käyttää ammattitulkkia hänen oman oikeusturvansa vuoksi aina, kun hänellä ja asiakkaalla ei ole yhteistä kieltä. Omaisten käyttämistä tulkkina on syytä välttää, koska terveydenhoitajan puhe saattaa vääristyä tai jotakin voi jäädä kääntämättä. Vaikka arjessa kielitaito olisi riittävä, terveydenhuollossa sanasto saattaa olla liian vaativaa. Kaikki eivät myöskään osaa lukea lainkaan. (Juntunen 2009, 149-151.) Tulkkipalveluiden ajatellaan pelastavan kommunikointitilanteet, mutta on useita tapauksia, joissa tulkki puhuu jotakin muuta maahanmuuttajan maassa puhuttavaa kieltä. Tulkkaus asettaa monenlaisia haasteita maahanmuuttajan ja terveydenhuollon työntekijän välisen vuorovaikutuksen onnistumiselle. Se vie käytännössä kaksinkertaisen ajan tavalliseen vastaanottotilanteeseen verrattuna, ja myös sanavalintoihin on kiinnitettävä erityistä huomiota. Vaikka tulkki osaisi kääntää lauseet hyvin, heidän kielessään ei välttämättä ole vastaavaa sanaa kaikille suomalaisille termeille. (Berg 2012, 19; Huotari ym. 2005, 8; Koskimies & Mutikainen 2008.) Tämän vuoksi on tärkeää selittää käytettävät ammattisanat. Tulkeilla saattaa olla jopa viikkojen pituiset jonot, joten tulkin tilaaminen kannattaa hoitaa hyvissä ajoin.

Ajankäytölliset seikat kannattaa huomioida erityisen tarkkaan maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa. Käynnille tulee varata riittävästi aikaa ja huolehtia siitä, etteivät seuraavat asiakkaat joudu odottamaan käynnin pitkittyessä. Vastaanottotilanteen tulee olla rauhallinen, eikä asiakkaalle saa tulla oloa, että terveydenhoitaja kiirehtii. Priorisointi tulee huomioida: käsittele ensimmäisenä tärkeimmät asiat, jolloin ajan loppuessa kesken merkityksellisimmät asiat on jo käsitelty. Asiakkaalle voi varata uuden ajan näiden käsittelyä varten. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Maahanmuuttajat eivät ole kokeneet suoranaista syrjintää, mutta heidän mielestään hoitohenkilökunnan kohtaamiseen vaikuttaa heidän ihon värinsä, kumppaninsa ja etenkin se kuinka hyvin osaa suomen kieltä. Jotkut kokivat rasismiksi kommunikaation ja tietojen puutteen sekä hoitohenkilökunnan kärsimättömyyden. He kokivat olevansa vähempiarvoisia ja ettei heitä haluta hoitaa. Maahanmuuttajat toivoivat terveydenhuoltohenkilökunnalta iloisempaa asennetta työhön, kiinnostusta asiakasta kohtaan sekä tasavertaista kohtelua valtaväestön kanssa. Empatiaa asiakasta kohtaan toivottiin ja korostettiin. (Koskimies & Mutikainen 2008.) Koska kaikkia kulttuureja ei voi tuntea, on erittäin tärkeää kuunnella asiakasta ja näin oppia (Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa 2004, 11). Maahanmuuttajatyössä kehittymisessä erityisen tärkeää on tuoda esille oma kiinnostus tämän asioihin ja kertomuksiin (Järvinen 2004, 161).

Terveydenhoitajille on tarjolla paljon erilaisia täydentäviä koulutuksia ja valmennuksia myös monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyen. Erityisesti sellaisten terveydenhoitajien, joilla on runsaasti maahanmuuttaja-asiakkaita, kannattaa hyödyntää koulutustarjontaa. Asioista voi tinki ottaa selvää myös itsenäisesti kirjallisuutta ja internetiä apuna käyttäen. Jos jotakin asiaa ei tiedä, kannattaa se myöntää ja kysyä tai selvittää faktat.

Maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden asioimista ja palvelemista voivat vaikeuttaa merkittävästi asiakkaan entisen kotimaan ja suomalaisen yhteiskunnan rakenteelliset ja toiminnalliset erot. Maahanmuuttajalle saattaa tuottaa merkittäviä ongelmia se, ettei hänellä ole tietoa hänelle kuuluvista palveluista tai siitä, mistä apua on haettavissa. (Huotari ym. 2005, 47-48.)

Kristiina Berg kirjoittaa artikkelissaan Insha Allah – sosiaalityötä pakolaisasiakkaiden kanssa, että uskonnollinen ajattelu voi vaikeuttaa vuorovaikutuksen syntymistä sosiaalityöntekijän ja maahanmuuttajan välille. Samat asiat pätevät usein myös terveydenhuollon ammattilaisen ja maahanmuuttaja-asiakkaan välillä. Monet maahanmuuttajista ajattelevat jumalan määräävän kaikesta heidän elämässään. (Berg 2012, 18-19.)



### 3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Terveydenhoitotyön kehittämistehtävässä on tarkoituksena syventää sairaanhoitotyön opinnäytetyötä uudeltaisesta, terveyttä edistävästä näkökulmasta. Oman kehittämistehtävämme muodoksi valitsimme internetiin julkaistavan tukimateriaalin terveydenhoitajille. Tavoitteenamme on lisätä terveydenhoitajien tietoa maahanmuuttajien kanssa tapahtuvan vuorovaikutuksen erityispiirteistä ja antaa heille vinkkejä käytännön työhön.

Idea kehittämistehtävän aiheeseen lähti opinnäytetyötä varten toteuttamamme haastatteluista. Terveydenhoitajat, joita haastattelimme, olivat oppineet vuorovaikutuksen rakentamista maahanmuuttajien kanssa vasta työelämässä. Terveydenhoitajaopintojen aikana monikulttuurista hoitotyötä käsitelään hyvin vähän, ja sen vuoksi maahanmuuttajien kanssa työskentelevät terveydenhoitajat joutuvat aloittamaan vuorovaikutuksen rakentamisen ilman minkäänlaista ohjetta. Ajattelimme, että selkeälle ja helppolukuiselle ohjemateriaalille voisi olla käyttöä terveydenhoitotyössä. Tavoitteenamme on luoda nopeakäyttöinen ja helposti saatavilla oleva työkalu avuksi terveydenhoitajille maahanmuuttaja-asiakkaiden kohtaamiseen.

Kehittämistyömme yhteistyökumppani oli Suomen terveydenhoitajaliiton Uudenmaan piiri, jonka kanssa teimme yhteistyötä myös opinnäytetyömme tiimoilta. Kun ehdotimme suunnittelemaamme materiaalia terveydenhoitajaliiton yhdyshenkilöllemme, hän suhtautui siihen myönteisesti. Sovimme yhdessä, että materiaali tulee luettavaksi STHL:n internet- sivuille.

#### 4 TUKIMATERIAALIN TOTEUTUS

Verkkomateriaalin tekemiseen päädyimme, koska se mahdollistaa tuotteen ja tiedon entistä laajemman käytön. Se on myös helposti terveydenhoitajien saatavilla. (Verkko- oppimateriaalin laatuksiteerit 2006.) Verkkoon materiaalia tuotettaessa tulee suunnitella ja miettiä huolella mitä halutaan viestittää. Materiaalin on myös oltava mahdollisimman yksinkertainen ja selkeä. Kohderyhmän määrittely on tärkeää: kenelle tieto on suunnattu ja kuinka kohderyhmä vaikuttaa aineiston toteutukseen. (Keränen, Lamberg, Penttinen 2005, 6-13.) Verkkomateriaalin käytettävyyden kannalta on tärkeää, että materiaalista saadaan selville, mihin tarkoitukseen aineisto on suunniteltu. Materiaalin tulee olla helposti ymmärrettävää ja nopeasti löydettävissä. Ulkoasun suunnittelulla sekä grafiikan käytöllä voidaan tehostaa internetaineiston visuaalista ilmettä. (Kuokkanen, Pohjanoksa, Raaska 2007, 149.)

Halusimme, että oma tukimateriaalimme terveydenhoitajille olisi saatavilla nopeasti juuri sillä hetkellä, kun he kokevat sitä tarvitsevansa. Tarkoituksenamme oli selittää lyhyesti teorialähteistä keräämämme tieto, joka käsitteli terveydenhoitajan ja maahanmuuttajan väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä. Koska kohderyhmämme oli terveydenhoitajat, meidän ei tarvinnut selittää tarkasti erilaisia vuorovaikutukseen liittyviä käsitteitä, sillä voimme olettaa heidän tuntevan ne työnsä kautta jo valmiiksi. Heillä on jonkin verran tietoa aiheesta jo koulutuksenkin kautta. Pyrimmekin tuomaan materiaaliin uusia näkökulmia terveydenhoitajan ja maahanmuuttajan välisen vuorovaikutuksen rakentamiseen.

Halusimme panostaa materiaalin muotoon ja visuaaliseen ilmeeseen. Internetissä on todella paljon käyttökelpoista ja hyödyllistä materiaalia, ja usein juuri materiaalin muoto vaikuttaa sen käyttöön. Lukijan kiinnostus voidaan herättää hyvällä kuvituksella ja samalla autetaan havainnollistamaan ohjausmateriaalin sisältöä. (Heikkinen, Tiainen, Torkkola 2002, 40–41.)

Kun aineisto on miellyttävä ja helppo käydä läpi, sitä käyttää todennäköisemmin. Useimmiten internet- sivuja silmäilläään eikä jäädä lukemaan yksityiskohtaisesti. Käyttäjä kiinnittää huomiota kiinnostaviin sanoihin, lauseisiin ja kuviin. (Krug 2006, 22–23.) Tekstin ymmärrettävyyttä heikentävät vaikeat sanat. Vieraita sanoja sisältävä ohjausmateriaali on kokemuksena epäselvä ja mahdoton ymmärtää. (Torkkola ym. 2002, 42.) Omassa työssämme pyrimme käyttämään mahdollisemman yksinkertaistettuja ilmaisuja sekä selkeää kieltä.

Materiaalin käyttö terveydenhoitajien työssä on vapaaehtoista, jolloin verkko-ohjausmateriaalin tulee olla houkutteleva ja saada terveydenhuollon ammattilaiset käyttämään materiaalia työnsä tukena (Torkkola ym. 2002, 36–39). Pyrimme tämän vuoksi tekemään materiaalista tiiviin ja oleellista tietoa sisältävän työkalun, josta on hyötyä maahanmuuttajien kohtaamisessa.

Verkkosivuja suunniteltaessa on tärkeää ajatella saavuttavatko sivut kohde-ryhmänsä ja viestittävätkö ne sitä, mitä kohderyhmä kaipaa (Krug 2006, 22–23). Yhteistyökumppanimme kehittämistehtävässä on Suomen terveydenhoitajaliiton Uudenmaan piiri, jonka sivuilla tuottamamme materiaali julkaistaan. Tämä edesauttaa sitä, että terveydenhoitajat löytävät materiaalin tutuilta internet-sivuilta. Suomen terveydenhoitajaliiton sivut ovat luotettavat, joten se lisää omankin materiaalimme uskottavuutta. Materiaalia lukiessaan kohderyhmälle tulee välittyä tunne, että materiaali on tarkoitettu juuri heitä varten. (Torkkola ym. 2002, 36–39.) Suomen terveydenhoitajaliiton sivujen käyttäminen materiaalin jakamiseen vahvistaa tunnetta siitä, että materiaali on valmistettu terveydenhoitajien tarpeita vastaavaksi.

Verkossa olevan materiaalin hyviin puoliin kuuluu, että lukija voi tutustua materiaaliin omalla ajallaan. Suullisesta esityksestä saatu informaatio on vaikeampi muistaa ja hahmottaa. Internetistä materiaalin voi tulostaa tai palata tarkastelemaan sitä halutessaan. Tuottamamme materiaalin käyttö on lisäksi ilmaista.

Päädyimme tekemään oman materiaalimme Microsoft Wordin SmartArt-toiminnolla. SmartArtin avulla voi luoda useita erilaisia kuvioita, joiden avulla on kätevää koota selkeää ohjausmateriaalia. Teimme materiaalin käsitekartan muotoon, sillä siinä saimme mielestämme parhaiten esiin asiakokonaisuudet sekä asioiden väliset suhteet. Värien avulla erotimme kuvion eri osat toisistaan ja näin saimme kokonaisuudesta helposti luettavan sekä pirteän. Värit auttavat myös asioiden muistamisessa ja tekevät materiaalista mieleenpainuvan. Vältimme epäselvän ja suttuisen näköistä kuviota, ja mielestämme lopputulos oli hyvin onnistunut. Ulkoasu on siisti eikä näytä liian raskaalta.

## 5 ARVIOINTI JA POHDINTA

Aloitellessamme opinnäytetyön kehittämistehtävän ideointia oli selvää, että aihe liittyisi opinnäytetyön tavoin maahanmuuttajatyöhön. Opinnäytetyötä tehdessämme saimme useitakin erilaisia ideoita kuinka monikulttuurista hoitotyötä voisi kehittää. Moni ideamme olisi vaatinut työtä yhtä paljon kuin itse opinnäytetyö. Tämän vuoksi jouduimme hylkäämään valtaosan ideoista ja päädyimme terveydenhoitajatyön kannalta tärkeään osa-alueeseen, vuorovaikutukseen, johon yhdistimme monikulttuurisen näkökulman.

Yhteistyötahomme innostuessa ideastamme saimme lisää motivaatio toteuttaa suunnitelmamme. Koimme, että työllämme oli oikeasti tarkoitus ja siitä tulisi olemaan hyötyä käytännössä. Meille ei annettu tiukkoja ohjeita työn toteutuksen suhteen, vaan saimme vapaat kädet. Aluksi suunnittelimme tekevämme PowerPoint –esityksen, mutta pitkän pohdinnan jälkeen päädyimme hieman erilaiseen esitystapaan. Toteutimme tukimateriaalimme Microsoft Wordin SmartArt-toiminnolla. PowerPoint-esitykseen olisi mahdollisesti saanut enemmän teoriatietoa, mutta sitä olisi ollut hitaampi selata ja hyödyntää käytännössä. SmartArtilla sen sijaan sai tehtyä käytännöllisemmän ja nopealukuisen työvälteen, joka olisi myös helppo tarvittaessa tulostaa.

Opinnäytetyömme käsitteli terveydenhoitajien kokemuksia somalialaisasiakkaista, mutta saamamme tieto on sovellettavissa myös muihin maahanmuuttajaryhmiin. Saimme opinnäytetyömme haastatteluista hyvää tietoa siitä, miten asiakassuhteen rakentaminen maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa eroaa vastaavasta tilanteesta suomalaisasiakkaiden kanssa. Haastateltujen terveydenhoitajien mukaan maahanmuuttajat ovat avoimia ja heidän kanssaan on helppo työskennellä, kun negatiivisia ennakkokäsityksiä tai –ajatuksia ei ole. Tiedyt asiat kuitenkin vaikeuttavat vuorovaikutuksen syntymistä kuten puutteellinen kielitaito, tulkin käyttö ja erilainen kulttuuri.

Yksi haastateltava terveydenhoitaja kuvasi asiaa seuraavalla tavalla:

*”...ulkomaalaisten asiakkaiden kans suurin opettelu on ollu se, et miten mä puhun. Mahdollisimman selkeätä, yksinkertasta suomenkieltä ilman täytesanoja, ilman päätteitä ja toisaalta taito kuulla et mitä he kertoo eli pysähtyä kuuntelemaan...”*

Kehittämistehtävämme tuloksena syntynyt tukimateriaali onnistui mielestämme hyvin. Saimme oleellisena pitämämme asiat esitettyä selkeästi ja uskomme, että materiaalia on helppo hyödyntää käytännössä. Tavoittelimme helppolukuista, mieleenpainuvaa sekä värikästä ulkoasua ja mielestämme saavutimme tavoitteemme.

## LÄHTEET

Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki. WSOYpro.

Arkea Suomessa. Videomateriaaleja. Suomen pakolaisapu. Viitattu 21.4.2012. <http://www.pakolaisapu.fi/fi/kotimaan-tyo/vertaiskoto/materiaalipankki/arkea-suomessa.html>

Askola, H., Aura, T. & Hirvonen, H. 2012. Somalialaisnaisten seksuaalioikeuksien toteutuminen terveydenhoitajien arvioimana. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Berg, K. 2012. Insha Allah – sosiaalityötä pakolaisasiakkaiden kanssa. Teoksessa Strömberg-Jakka, Minna & Karttunen, T. (toim.): Sosiaalityön haasteet. Tukea ammattilaisten arkeen. Juva: Ps-kustannus.

Campinha-Bacote, J. 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. Journal of Transcultural Nursing. Vol. 13 No. 3, July 2002. 181-184. Viitattu 25.4.2012. <http://tcn.sagepub.com/content/13/3/181.short>

Hammar-Suutari, S. 2009. Asiakkaana erilaisuus. Kulttuurien välisen viranomaistoiminnan etnografia. Karjalan tutkimuslaitoksen julkaisuja n:o 147. Joensuu.

Hammar-Suutari, S. 2006. Kulttuurien välinen viranomaistyö. Työn valmiuksien ja yhdenvertaisen asiakaspalvelun kehittäminen. Työpoliittinen tutkimus 300/2006. Helsinki: Työministeriö.

Huotari, C. & Härkönen, M. 2005. Maahanmuuttajien neuvontapisteen vuosiraportti 2005. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

Hyvä hoitosuhde. 2006. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 20.4.2012. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,3727,6345>

Järvinen, R. 2004. Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri. Erilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon jäsenyksissä. Akateeminen väitöskirja. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto.

Kaljunen, S. & Kanervo, S. 2007. Maan tapa Suomessa. Opas. Turun kulttuurikeskus. Viitattu 21.4.2012 <http://www.turku.fi/public/default.aspx?nodeid=17657&culture=fi-FI&contentlan=1>

Keränen, V., Lamberg, N. & Penttinen, J. 2005. Digitaalinen media. Porvoo: WS Bookwell.

Koskimies, K. & Mutikainen H. 2008. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 22.4.2012. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37374/stadia-1205762091-7.pdf?sequence=1>

Krug, S. 2006. Älä pakota minua ajattelemaan! Tervettä järkeä verkkosuunnitteluun. Ketola, V. (suom.). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuokkanen, E., Pohjanoksa, I. & Raaska, T. 2007. Viesti verkossa. Digitaalisen viestinnän käsikirja. Juva: WS Bookwell Oy.

Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. 2004. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. ETENE-julkaisuja 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mölsä, M. 2006. Tyttöjen ja naisten ympärileikkausperinne. Teoksessa Brusila, B. (toim.) Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 116-133.

Mölsä, M. & Tiilikainen, M. 2007. Potilaana somali – Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? Duodecim. Viitattu 21.4.2012 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96299.pdf>

Nonverbaalinen viestintä. 2004-2010. Kielijelppi. Helsingin yliopiston Kielikeskuksen äidinkielen viestintäopetuksen palveluyksikkö. Viitattu 25.4.2012. <http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/nonverbaalinen-viestinta>

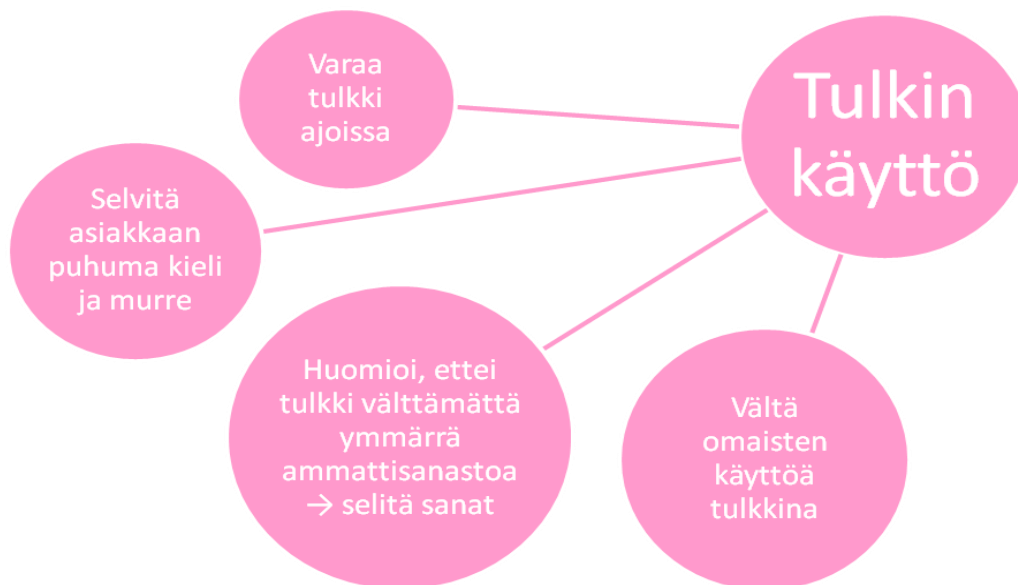
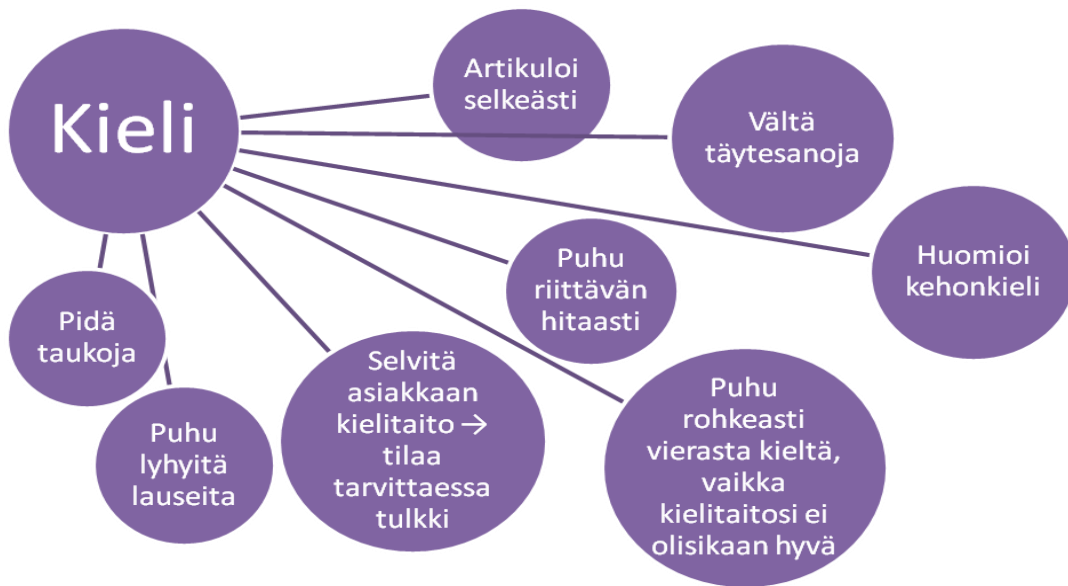
Perustietoa Suomesta. 2011. Sisäasiainministeriö. Opas. Viitattu 21.4.2012. [http://www.mol.fi/mol/fi/00\\_tyonhakijat/04\\_maahanmuuttajien\\_palvelut/life\\_in\\_finland/index.jsp](http://www.mol.fi/mol/fi/00_tyonhakijat/04_maahanmuuttajien_palvelut/life_in_finland/index.jsp)

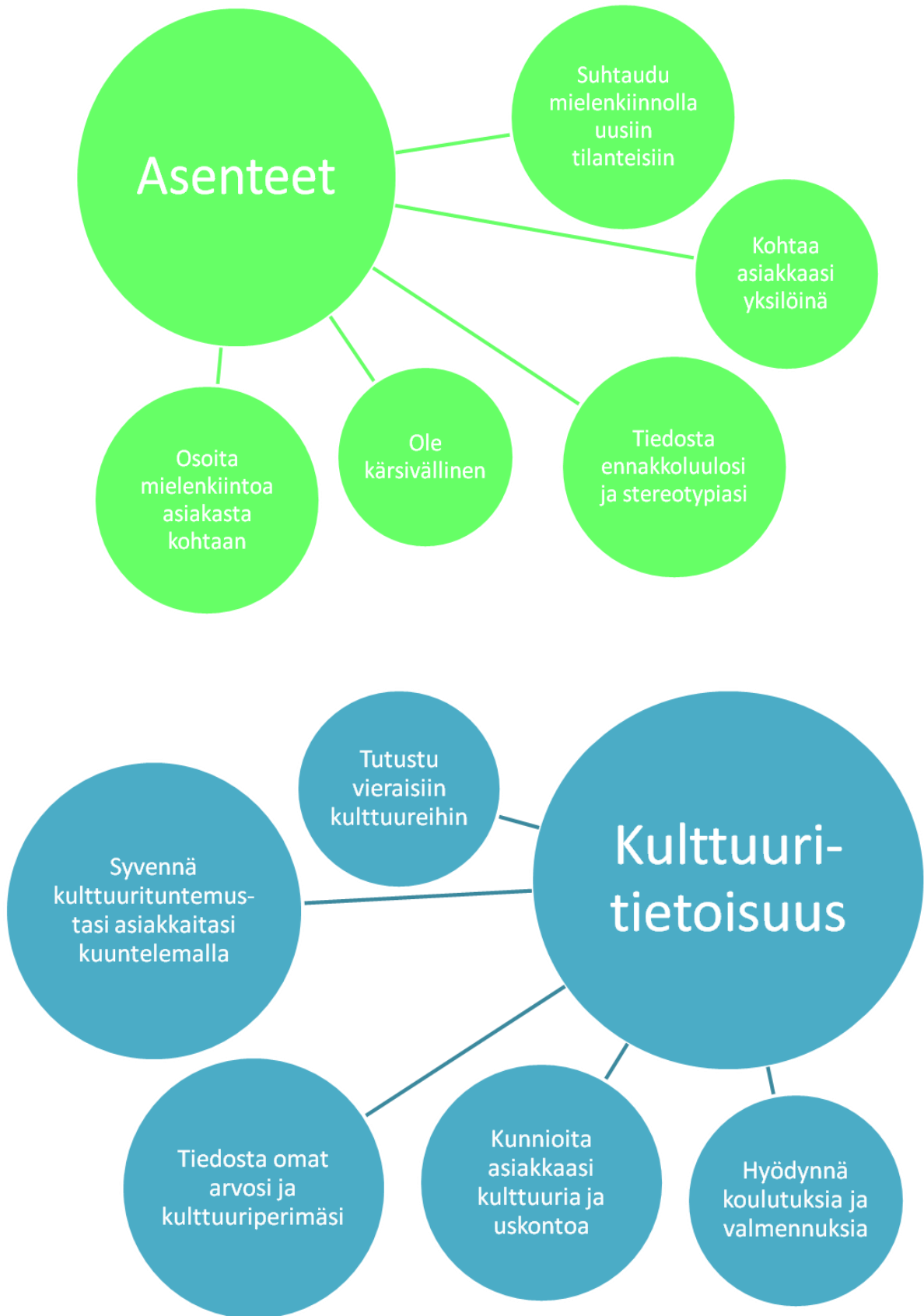
Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Tampere: Tammi.

Verkko-oppimateriaalin laatukriteerit. 2006. Opetushallitus. Verkkodokumentti. Viitattu 21.4.2012 [http://www.edu.fi/download/47132\\_verkkooppimateriaalin\\_laatukriteerit.pdf](http://www.edu.fi/download/47132_verkkooppimateriaalin_laatukriteerit.pdf).

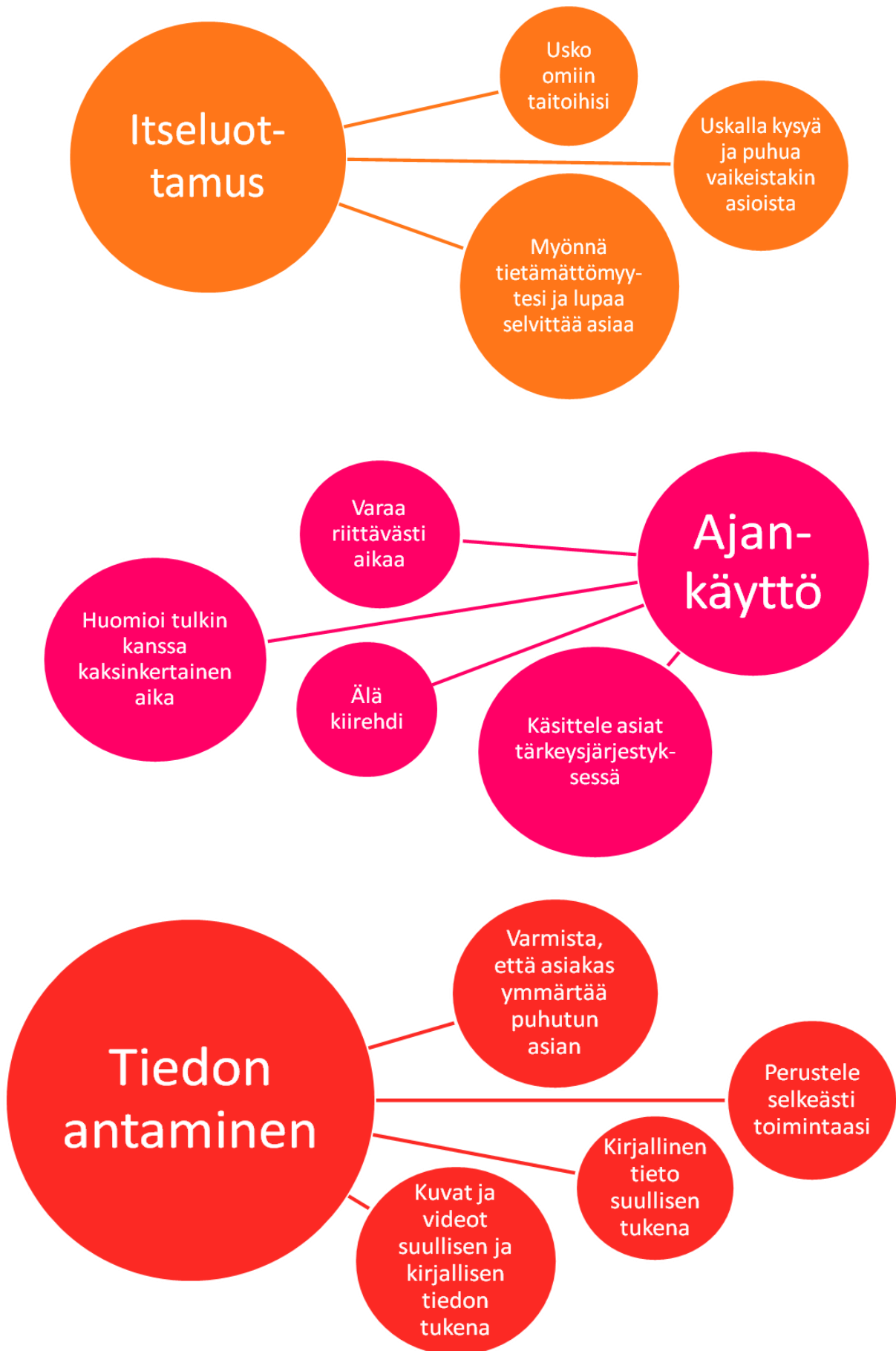
Vuorovaikutus – puhumista ja kuuntelemista. 2004 – 2010. Kielijelppi. Helsingin yliopiston Kielikeskuksen äidinkielen viestintäopetuksen palveluyksikkö. Viitattu 20.4.2012. <http://www.kielijelppi.fi/puheviestinta/vuorovaikutus-puhumista-ja-kuuntelemista>

# Vinkkejä terveydenhoitajille maahanmuuttajien kohtaamiseen









## Hyödyllisiä linkkejä

- **Life in Finland – Perustietoa Suomesta. Opas saatavilla useilla eri kielillä. Sisäasiainministeriö.**  
[http://www.mol.fi/mol/fi/00\\_tyonhakijat/04\\_maahanmuuttajien\\_palvelut/life\\_in\\_finland/index.jsp](http://www.mol.fi/mol/fi/00_tyonhakijat/04_maahanmuuttajien_palvelut/life_in_finland/index.jsp)
- **Maan tapa –opas auttaa suomalaisen yhteiskuntaan tutustumisessa ja maahan sopeutumisessa.**  
<http://www.turku.fi/public/default.aspx?nodeid=17657&culture=fi-FI&contentlan=1>
- **Potilaana somali – Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? Helsingin yliopiston julkaisu.**  
<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96299.pdf>
- **Arkea Suomessa. Opastusta ja videomateriaaleja.**  
<http://www.pakolaisapu.fi/fi/kotimaan-tyo/vertaiskoto/materiaalipankki/arkea-suomessa.html>