



## **”VAIHTOEHTOJA ON”**

**Ehkäisyneuvontaa maahanmuuttajille**

**Tiina Mustonen  
Janette Suominen**

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2009  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kättilö- ja terveydenhoitotyön suuntautu-  
misvaihtoehto  
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Kätilötyön- ja terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MUSTONEN, TIINA & SUOMINEN, JANETTE

"Vaihtoehtoja on" – ehkäisyneuvontaa maahanmuuttajille

Opinnäytetyö 57 s., liitteet 7 s.

Syyskuu 2009

---

Suomessa maahanmuuttajien määrä on kasvanut kovaa vauhtia ja sen vuoksi myös terveydenhoitajan ja kätilön työssä tarvitaan enemmän valmiuksia kohdata vieraasta kulttuurista tuleva. Haastetta transkulttuuriseen hoitotyöhön lisää suomalaisten tyypillinen etnosentrinen ajattelutapa sekä vähäinen tieto muista kulttuureista.

Opinnäytetyön teoriaosassa käsitelimme ohjauksen perusteita sekä yleisimpiä kommunikaatio-ongelmia työskenneltäessä maahanmuuttajien kanssa. Perehdyimme viiteen eri kulttuuriin ja siihen, kuinka näiden kulttuurien edustajat suhtautuvat seksuaaliterveyteen. Lopuksi kävimme läpi eri ehkäisyvaihtoehtoja, joiden pohjalta kokosimme maahanmuuttajille kansion ehkäisyneuvonnasta. Työmme on siis projekti.

Ajatus kansion tekemisestä tuli ulkomaalaispalvelusta. Kansion loppuvaiheessa teimme yhteistyötä myös Tampereen kaupungin kanssa. Kansio suunnattiin työelämään terveydenhoitajien ja kätilöiden käyttöön erilaisiin toimipisteisiin. Kansiota työstäessä huomasimme, että vastaavanlaisille maahanmuuttajille suunnatuille kansioille eri aihepiireistä olisi käyttöä.

## ABSTRACT

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu  
Pirkanmaa University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Midwifery and Public Health Nursing

MUSTONEN, TIINA & SUOMINEN, JANETTE

"There are choices" – Advice on contraception to immigrants

Bachelor's Thesis, 57 pages, Contraception guide 7 pages.  
September 2009

---

The number of immigrants has grown considerably in Finland, resulting in public health nurses and midwives having to be prepared to meet persons from different cultures. Cross-cultural nursing is challenged by the Finn's somewhat ethnocentric attitude towards culturally different people as well as the Finn's modest knowledge about other cultures.

In the theory part of our thesis we discussed the basics of guidance and the most common communication problems that occur when working with immigrants. We acquainted ourselves with five different cultures and the conceptions of sexual health adopted by the representatives of these cultures. In the end we looked through different types of contraceptive methods, on the basis of which we compiled a contraceptive guidance manual/folder for immigrants. Our work was thus carried out as a project.

The idea for preparing a guidance folder came from the city of Tampere's Immigrants services. The guidance folder was requested by the city of Tampere's Immigrant services. At the final stages of the process co-operation was done also with the city of Tampere. The folder is aimed for public health nurses and midwives to be used as a tool at various health care settings. During the process of compiling the folder we noticed that among the immigrants, there is a need for folders on various other subjects as well.

---

Keywords: cross-cultural nursing, guidance, culture, multiculturalism, sexual health, contraception

## SISÄLLYS

|  |    |
|--|----|
| 1 JOHDANTO .....   | 5  |
| 2 VIERAASTA KULTTUURISTA TULEVAN HENKILÖN OHJAUS JA<br>NEUVONTA .....        | 7  |
| 2.1 Ohjausta maahanmuuttajille .....   | 7  |
| 2.2 Monikulttuurinen hoitotyö kättilöiden ja terveydenhoitajien työssä ..... | 11 |
| 2.3 Ongelmia monikulttuurisessa kommunikaatiossa .....                       | 14 |
| 2.3.1 Kieliongelma .....   | 14 |
| 2.3.2 Muita ongelmia kommunikaatiossa .....                                  | 18 |
| 3 TYÖSSÄMME KÄSITELTÄVÄT MAAHANMUUTTAJARYHMÄT .....                          | 21 |
| 4 SEKSUAALITERVEYS OSANA KULTTUURIA .....                                    | 26 |
| 4.1 Seksuaalisuus ja seksuaaliterveys .....                                  | 26 |
| 4.2 Seksuaalisuus eri kulttuureissa uskonnon näkökulmasta .....              | 26 |
| 5 EHKÄISY OSANA SEKSUAALITERVEYTTÄ .....                                     | 33 |
| 5.1 Ehkäisyneuvonnan erityispiirteet .....                                   | 33 |
| 5.2 Ehkäisykeinot .....  | 34 |
| 5.2.1 Yhdistelmäehkäisyvalmisteet .....                                      | 34 |
| 5.2.2 Progestiiniehkäisyvalmisteet .....                                     | 36 |
| 5.2.3 Kierukat .....   | 38 |
| 5.2.4 Estemenetelmät .....   | 40 |
| 5.2.5 Luonnonmenetelmät .....  | 42 |
| 5.2.6 Sterilisaatio .....  | 43 |
| 5.2.7 Synnytyksen jälkeinen ehkäisy .....                                    | 45 |
| 5.2.8 Jälkiehkäisy .....   | 46 |
| 6 TAVOITE JA TARKOITUS .....   | 48 |
| 7 PROJEKTI OPINNÄYTETYÖNÄ .....  | 49 |
| 7.1 Mikä on projekti? .....  | 49 |
| 7.2 Projektin aloitus ja suunnitleminen .....                                | 49 |
| 7.3 Projektin toteutumisvaihe .....  | 50 |
| 7.4 Ohjauskansion arviointi .....  | 50 |
| 8 POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET .....                                     | 52 |
| LÄHTEET .....  | 55 |
| LIITTEET .....   | 59 |

## 1 JOHDANTO

Maahanmuuttajien määrä on lähes kaksinkertaistunut viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Vuonna 1990 muualta Suomeen muuttaneita oli noin 13 600, kun taas vuonna 2007 määrä oli jo noin 26 000. Suurin osa Suomessa asuvista ulkomaalaisista on venäläisiä. (Tilastokeskus 2008.) Maahanmuuttajien kasvanut määrä tuo haasteen myös terveydenhuollon ammattilaisille.

Toteutamme opinnäytetyömme projektina. Työn tuotokseksi muodostui maahanmuuttajien kanssa työskenteleville terveydenhoitajille ja kättilöille suunnattu ohjauskansio ehkäisyneuvonnasta. Saimme idean ulkomaalaispalvelun terveydenhoitajalta, jonka kanssa keskustelimme työmme sisällöstä. Hän oli sitä mieltä, että kansio olisi erittäin tarpeellinen ja ajankohtainen. Hän kertoi että, Suomessa on paljon pakolaistaustaisia maahanmuuttajia, joiden tietämys ehkäisystä on puutteellista. Myös kielimuuri on ongelma.

Tavoitteemme on helpottaa maahanmuuttajien kanssa työskentelevien työtä sekä auttaa ulkomaalaista asiakasta ymmärtämään ehkäisyneuvonta oikein. Haluamme myös lisätä terveydenhoitajan ja kättilön valmiuksia kohdata vieraasta kulttuurista tuleva asiakas. Tarkoituksenamme on tuottaa ohjauskansio ehkäisyneuvonnasta viidellä eri kielellä selventävien kuvien kera. Se on opinnäytetyömme kehittämistehtävä. Kansion tekemisessä teemme yhteistyötä Tampereen kaupungin kanssa. Kättilöt ja terveydenhoitajat kohtaavat työssään paljon fertiili-ikäisiä maahanmuuttajanaisia, joille täytyy selkeästi heidän omalla kielellään kertoa eri ehkäisyvaihtoehdoista.

Rajasimme maahanmuuttajaryhmät ulkomaalaispalvelun tarpeiden pohjalta. Työssämme käsittelemme kurdeja, venäläisiä, somaleita, thaimaalaisia sekä arabimaista kotoisin olevia maahanmuuttajia. Teoriaosassa perehdymme tarkemmin heidän kulttuureihinsa, koska on tärkeää, että hoitoalan ammattilainen tietää asiakkaansa kulttuurisia taustoja voidakseen auttaa heitä mahdollisimman hyvin. Selvitämme, millainen vaikutus kulttuurilla on seksuaaliterveyteen ja käymme läpi vieraasta kulttuurista tulevan asiakkaan ohjauksessa huomioitavia asioita sekä kommunikaatiossa yleensä ilmeneviä ongelmia. Kansiossa käsitte-

lemme erilaisia ehkäisymenetelmiä. Opinnäytetyön liitteenä on arabiankielinen versio ehkäisykansiosta.

Haluamme kiittää Tampereen kaupunkia hyvästä yhteistyöstä!

## 2 VIERAASTA KULTTUURISTA TULEVAN HENKILÖN OHJAUS JA NEUVONTA

### 2.1 Ohjausta maahanmuuttajille

Hyvällä ohjaajalla tulee olla tietoa ohjauksessa käsiteltävästä asiasta sekä erilaisista ohjausmenetelmistä, jotta hänellä olisi valmiudet ohjata ammattitaitoisesti. Hoitaja kehittyy ohjaajana aikaisempien ohjaustilanteiden sekä elämänkokemuksien kautta. Hänellä on vaikutusvaltaa siihen, miten edistää asiakkaan valintoja, ja tämän vuoksi jokaisen on mietittävä omaa ammatillista vastuutaan. Jos hoitaja käyttää valtaa oikein, niin jokaisen ohjaustilanteen lähtökohtana on asiakkaan yksilöllisyys, yksityisyys ja itsemääräämisoikeus. Tällöin voimme ajatella, että asiakas on vastuussa päätöksistään, koska on voinut itse tehdä valintansa hoitajan antamien tietojen perusteella. (Koistinen 2007, 432.) Asiakkaan omat näkemykset itsestään ja toiveet elämänsä suhteen ovat aina pääroolissa ohjaussuhteessa (Hankonen ym. 2006, 24). Hoitajan täytyy siis ottaa vastuu siitä, että on antanut oikeanlaista tietoa tarpeeksi, jotta asiakas niiden pohjalta oivaltaisi itse mahdollisuutensa, kykynsä ja voimavaroja (Koistinen 2007, 432). Tämä lisää asiakkaan itsetuntemusta (Hankonen ym. 2006, 24). Ohjauksessa hoitajan rooliin kuuluu myös asiantuntijana oleminen vuorovaikutuksen käynnistämisessä (Koistinen 2007, 432).

Hoitajan tulee huomioida, että ohjaustilanteen keskustelu olisi dialogista (Koistinen 2007, 434). Asiakkaalla on mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä ja omia mielipiteitään silloin, kun hoitaja rytmittää ja tauottaa puhettaan sopivasti. Hoitajan tulee myös huomioida asiakkaan ikä ja vastaanottokyky ohjauksessaan. (Hankonen ym. 2006, 28.) Tärkeää olisi puhua myös asiakkaan tunteista ja voimavaroista, koska näin saattaa tulla esille mahdollisia esteitä esimerkiksi ohjattavan asian siirtämisessä asiakkaan kotiin ja perhe-elämään (Koistinen 2007, 434).

Ohjaustilanne on prosessi, jonka mukaan tulisi ensin määritellä ohjauksen tarve, suunnitella ohjauksen kulku, toteuttaa ohjaus ja lopuksi arvioida ohjauksen onnistuminen ja vaikuttavuus. Hyvä asiakkaan ohjaus edellyttää kätilöltä ja terveydenhoitajalta ammattitaitoa hallita edellä mainitut ohjausprosessin osat alueet. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.) Hoitajalla tulee myös olla johtamistaitoja, jotta ohjausprosessi etenisi johdonmukaisesti ja selkeästi. Prosessin kirjaaminen on myös hoitajan vastuulla ja nykypäivänä sen merkitys on korostunut entistä enemmän. (Koistinen 2007, 432.)

Ohjauksen tulisi olla asiakaslähtöistä, joten ohjauksessa on tärkeää määritellä asiakkaan tarpeet (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11). Niiden selvittyä hoitajan ja asiakkaan tulee asettaa ohjaukselle tavoitteet. Tavoitteita tulee suunnitella konkreettisesti. Tavoitellun toiminnan muutokset tulisi suhteuttaa asiakkaan todellisiin elinolosuhteisiin ja niiden mahdollisuuksiin. (Koistinen 2007, 432.) Kysymällä, selventämällä ja tarkentamalla hoitaja saa selville asiakkaan tilanteen tarkemmin ja näin kummatkin ymmärtävät tilanteen, tunteen tai käsityksen samalla tavalla (Onnismaa 2007, 30). Ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa huomattavasti myös asiakkaan oma kiinnostus ja motivoituminen uuden oppimiseen. Kun tavoitteet on määriteltä, suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa ohjaustilanteen eteneminen, sen sisältö ja siihen liittyvät mahdolliset tapahtumat, esimerkiksi jonkin käytännöllisen asian esittäminen. (Koistinen 2007, 432–433.)

Ohjaustilanteen suunnittelussa on tärkeää myös rauhoittaa ympäristö, koska näin keskittyminen itse ohjaustilanteeseen helpottuu ja kiireetön ympäristö rohkaisee kysymään (Hankonen ym. 2006, 26). Suositeltavaa on, että hoitaja ja asiakas istuisivat samalla tasolla ja hoitajan tulisi kumartua hieman asiakkaan puoleen, koska se ilmaisee, että hoitaja on tilanteessa vain asiakasta varten. Sopiva keskusteluvälimatka on yleensä noin puoli metriä, mutta sekin riippuu keskustelijoista. Sanallista viestintää tukevat ohjaajan katsekontakti sekä harkitut ilmeet ja eleet. Ohjaukseen tulisi varata myös riittävästi aikaa, jotta se olisi rauhallinen, kiireetön ja yksilöllinen. (Hankonen ym. 2006, 26–29.)



Ohjausprosessiin kuuluu myös arviointi, joka yleensä sisältää kolme keskeistä arviointikohdetta. Ensimmäisenä tarkastellaan kriittisesti, mitä on saavutettu. Toiseksi arvioinnin avulla pyritään saamaan selville tulevien ohjaustilanteiden tarpeet. Kolmanneksi arvioinnissa pyritään kiinnittämään huomio onnistuneeseen kommunikaatioon ja yhteistyöhön. (Ojanen 2001, 167.) Hoitajan tulee huomioida sekä asiakkaan sanalliset että sanattomat viestit arvioidessaan tavoitteisiin pääsyä. Asiakkaat saattavat vaikuttaa ymmärtäneensä ohjattavan asian, vaikka niin ei olisikaan. He saattavat kohteliaisuudesta esittää ymmärtävänsä tai eivät vain viitsi tuoda esille tarkentavia kysymyksiä. Asiakkaan terveyden edistämisen kannalta on tärkeää, että hoitaja korjaa väärinkäsitykset tai paikkaa puuttuvat tiedot. Hoitajalle se on haasteellista tehdä siten, ettei asiakas tuntisi häpeää tai huonommuutta. (Koistinen 2007, 433.) Ohjausprosessi loppuu tähän arviointiin ja seuraavaksi käsittelemme vuorovaikutusta sekä ohjauksessa käytettäviä keinoja.

Vuorovaikutus koostuu kahdesta eri asiasta nimensä mukaisesti. Sana ”vuoro” viittaa vuoron perään tapahtuvaan toimintaan kun taas vaikutus kohdistuu toisen käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin ja tunteisiin. Ammatillinen vuorovaikutus on taas sitä, että hoitaja tiedostaa asenteitaan ja tarvittaessa muuttaa niitä. Sitä voi oppia vain harjoittelemalla. (Hankonen ym. 2006, 24.) Nämä asiat sekä ohjaajan aikaisemmat kokemukset vaikuttavat siihen, mitä hoitaja pitää tärkeinä asioina tähdentää asiakkaalle ohjaustilanteessa. Ohjauksella on usein suuri vaikutus asiakkaan tulevaan elämänlaatuun ja terveyteen, joten on oleellista, että hoitaja tunnistaa ohjausprosessin merkityksen. (Koistinen 2007, 432.)

Tavoitteena vuorovaikutukselle on, että ohjaussuhde muodostuu ja ohjattava sitoutuu ohjaukseen. Asiakkaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen onnistuminen edellyttää toisen kunnioittamista, havainnointikykyä ja kuuntelutaitoa. Siinä tarvitaan myös aitoa kiinnostusta toista ihmistä sekä hänen asiaansa kohtaan, asiallisuutta, taitoa ilmaista ajatuksensa selkeästi sekä kykyä tehdä tarkentavia kysymyksiä. Ohjaussuhteen pohjana on luottamus, hoitajan luotettavuus ja johdonmukaisuus sekä empatia ja välittäminen. Hoitajan asiallinen ja ystävällinen käyttäytyminen sekä valmistautuminen ohjaustapahtumaan kertovat asiakkaalle kunnioituksesta. (Hankonen ym. 2006, 25.) Ymmärtämisestä

taas kertovat empatian osoittaminen, kuunteleminen ja kysymysten esittäminen. Tukea antava hoitaja auttaa, rohkaisee ja vahvistaa. (Koistinen 2007, 434.)

Ohjauksessa keskeistä on asiakkaan ja hoitajan kaksisuuntainen vuorovaikutus. Ohjaajan tulisi toimia asiakkaalta saadun tiedon perusteella, eikä omien uskomusten, oletusten tai epäilyjen perusteella. Ohjauksessa on usein tavoitteena asenteiden, tunteiden ja käyttäytymisen muutoksen edistäminen. Hoitaja voi myös auttaa asiakasta käymään läpi kokemuksiaan ja arvioimaan niitä. Ohjauksessa pyritään välttämään suorien neuvojen antamista sekä vahvistamaan ohjattavan omaa toimintakykyä. (Koistinen 2007, 431; Onnismaa 2007, 30.) Ohjaus suunnataan yksilölle, ryhmälle tai laajemmalle yhteisölle (Onnismaa 1998, 8). Ohjaustilanteessa on läsnä aina nykyisyys, menneisyys ja tulevaisuus. Ohjaustilanne on hoitajalle selvästi tavoitteellinen, kun taas asiakkaalle tärkeämpänä korostuu tunne. (Hankonen ym. 2006, 24.)

Ohjauskeskustelussa ohjaaja käyttää erilaisia välineitä, jotka muokkautuvat ohjaajan henkilökohtaiseen ohjaustyyliin, mutta ne eivät ole yleispäteviä tekniikoita. Tapa valitaan tilanteeseen sopivaksi, jotta se edistäisi ohjausvuorovaikutusta sekä tavoitteiden saavuttamista. Näistä ensin mainittakoon kysyminen ja tarkentaminen, koska ne ovat ohjaajan perustyövälineitä ja ilmaisevat asiakkaalle kiinnostusta ja kunnioitusta häntä sekä hänen asiaansa kohtaan. On olemassa erilaisia tapoja tehdä kysymyksiä ja ohjaajan tulisikin käyttää niitä sopivasti tilanteen mukaan. Ohjaaja voi myös rajoittaa keskustelua ja tarvittaessa lykätä jonkin asian käsittelyä sopivampaan hetkeen. (Onnismaa 2007, 30.)

Konkretisoimalla yleisiä tunteita, uskomuksia ja ajatuksia esimerkeiksi, niistä saadaan helpommin ymmärrettäviä. Ongelmallisissakin tilanteissa on mahdollisuuksia ja niihin ohjaajan tulisi keskittyä sekä kannustaa asiakasta löytämään vahvuuksiaan epäonnistumisten sijasta. Ihmisillä on taipumus vähätellä vahvuuksiaan, joten ohjaajan tulisikin tuoda ne esille sekä korostaa niitä. Sitten kun luottamus on syntynyt, voi ohjaaja olla tarvittaessa kriittinen ja kyseenalaistava. Konfrontointi eli erilaisten näkemysten, sanojen tai tekojen vastakkainasettelu sopii tilanteisiin, joissa verrataan ohjattavan toimintaa hänen tavoitteisiinsa. Ohjaaja on ikään kuin peili, joka herättelee asiakkaan tutkimaan omaa toimintaansa. Ohjaajan tulee huomioida, ettei konfrontaatio nolaa asiakasta ja näin ollen

saa häntä pysyvästi puolustautumaan. Ohjaajan tulee koota käyty keskustelu ohjaustilanteiden eri vaiheissa. Ohjaaja voi tuoda esille oman näkemyksensä asiakkaan tilanteesta sen perusteella, mitä hän on kuullut asiakkaan sanoneen. Asiakkaalle tulee tunne, että häntä on kuunneltu, kun ohjaaja tekee yhteenvetoja hänen puheestaan. Hänellä on myös mahdollisuus korjata ohjaajan tulkintoja, jos ne ovat hänestä virheellisiä. Ohjaajan tulkinta selventää ja tiivistää ohjauskeskustelua kertomalla, miten hän on ymmärtänyt asiakasta. (Onnismaa 2007, 31–33.)

Seuraavassa kappaleessa käsittelemme kulttuurin vaikutusta hoitotyöhön. Transkulttuurisessa hoitotyössä ohjaus etenee kuten edellä on kerrottu, mutta hoitajalta vaaditaan enemmän aikaa perehtyä asiakkaan tilanteeseen. Hänen tulee herkemmin havainnoida asiakasta sekä tiedostaa ja tarkistaa myös omat asenteensa eri kulttuuria kohtaan. Usein kiinnitetään huomio vieraan kulttuurin edustajan erilaisuuteen, vaikkakin meissä ihmisissä on enemmän samankaltaisuuksia kuin eroja. (Koistinen 2007, 395.)

## 2.2 Monikulttuurinen hoitotyö kättilöiden ja terveydenhoitajien työssä

Kulttuurimme on kuin vesi kalalle – olemme siinä ja olemme sitä, mutta emme näe sitä. Se ohjaa ajatteluamme ja toimintaamme eikä omasta taustasta ja viitekehyksestä ole mahdollista täysin irtautua – vierasta kulttuuria havainnoidaan aina oman kulttuurin silmälasien läpi. (Ketola, Kovanen & Suominen 1995, 92.)

Maailmassa on lukuisia eri kulttuureja, joilla jokaisella on oma kielensä ja tapansa (Yhteinen maailmamme 2004). Tiivistetysti voidaan sanoa, että kulttuuri sisältää kaikki asiat ihmisten historiasta. Historia on opettanut uskomaan ja arvostamaan kulttuurissa tärkeitä pidettäviä asioita. (Räty 2002, 18.) Kulttuuri on siis menneisyyden kiteytymää. Yhteisön toimintaan osallistumalla omaksutaan oma kulttuuri, kuten esimerkiksi kieli. (Ketola ym. 1995, 12.) Kulttuuria voidaan verrata ihmisyhteisön persoonallisuuteen. ”Kulttuurin merkitys ihmisyhteisölle on sama kuin persoonallisuuden merkitys yksilölle. Ihmisyhteisöt ovat ainutkertaisia ja toisistaan erottuvia oman kulttuurinsa takia samoin kun ihmiset ovat toisistaan erottuvia yksilöitä oman persoonallisuutensa ansiosta.” (Räty 2002, 18.)

Kulttuuri koostuu sekä näkymättömästä että näkyvästä osasta. Näkymättömään osaan eli kulttuurin ytimeen sisältyy tieto, uskomukset ja arvot. Niiden kautta havainnoimme ympäristöämme ja annamme asioille merkityksiä. Ytimeen sisältyvät myös esimerkiksi valtarakenteet, uskonnot, aikakäsitys tai esimerkiksi tapa hahmottaa ihmisten välisiä suhteita. Kulttuurin näkymätön osa voi olla täysin tiedostomaton tai sitä voi olla vaikea määritellä. Selvemmin havaittavissa oleva kulttuurin osa on näkyvä todellisuus. Siihen kuuluvat kulttuuriset symbolit, rituaalit ja toimintatavat. Näiden kautta on selkeämpi hahmottaa omaa kulttuuriaan ja huomioida eroja muihin kulttuureihin verrattuna. (Yhteinen maailmamme 2004.)

Sosialisaatio on kulttuurin välittymistä, joka tarkoittaa sitä, että kulttuuriin liittyvät asiat eivät periydy vaan ne ovat ympäristöstä opittuja. Vanhemmat toimivat mallina lapsilleen omalla käyttäytymisellään ja opettavat heitä elämään oman yhteisönsä normien ja sääntöjen mukaisesti. Näin opimme, millainen käytös on sopivaa ja hyvää sekä millainen on kiellettyä tai huonoa käytöstä. Ihminen kuluu useimmiten johonkin etniseen ryhmään. Etniseksi ryhmäksi kutsutaan niitä ihmisiä, joilla on yhteinen alkuperä ja sen vuoksi he kokevat itsensä samanlaisiksi. Yhteisen alkuperän määrittely on kuitenkin melko laaja ja sen voidaankin ajatella olevan kansallinen tai maantieteellinen alkuperä, sama rotu, uskonto tai kieli. (Räty 2002, 19–21.)

Ihmiset, jotka ovat yhteiskunnassa osa etnistä enemmistöä, eivät välttämättä edes tiedosta tai ajattele edustavansa mitään etnistä kulttuuria, vaan pitävät elämäntapaansa normaalina. Näin ollen muut vähemmistökulttuurit ovat heidän mielestään poikkeavia, eivätkä niin hyviä kuin oma kulttuuri. Lähes yksikulttuurisen maan asukkaat, kuten suomalaiset, ajattelevat helposti edellä mainitulla tavalla eli etnosentrisesti. (Räty 2002, 22.) Tällaista etnosentristä ajattelutapaa tulee hoitajana pyrkiä välttämään. Vieraasta kulttuurista tulevan asiakkaan käyttäytyminen ja ajattelu pohjautuvat hänen erilaiseen maailmankuvaansa, jonka kulttuuritietoisen hoitajan tulisi ymmärtää. Vaikka hoitajan tulee arvostaa muita kulttuureita yhtä paljon kuin omaansa, hänen ei tule sulkea silmiään siltä tosiasialta, että maassamme vähemmistöihin edelleen kohdistuu rasismia ja muuta syrjintää. (Alitolppa-Niitamo 1993, 168.)

Useissa kulttuureissa terveyteen, sairauteen ja hoitamiseen liittyvät käsitykset ovat hitaasti muuttuvia asioita, koska terveyden ylläpitäminen ja sairaiden hoitaminen on tärkeää yhteisön säilymisen kannalta (Husu 2007, 395). Joissakin kulttuureissa käytetään sairauksien parantamiseen ensisijaisesti kansanomaisia parannuskeinoja lääketieteen sijaan. Yleisintä tämä on siellä, missä terveydenhoitoa on vähän tarjolla. Tämän vuoksi jotkut maahanmuuttajat saattavat hakeutua terveydenhoitoon vasta, kun perinteiset keinot eivät enää tehoa. Hoitoon hakeutuessa kaikki eivät pidä kovinkaan merkityksellisenä asiana ajanvarausta, vaan tulevat suoraan paikalle ja odottavat vuoroaan. Usein heillä on myös sukulaisia ja perheenjäseniä mukana, koska joissakin kulttuureissa sairauksia ja parantumista ei pidetä yksityisasiana, vaan se on koko perheen yhteinen huolenaihe. (Koivisto-Junni 1998, 49.)

Maailma globalisoituu ja se vaatii myös kätilöltä ja terveydenhoitajalta erilaisten kulttuurien tuntemista terveydenedistämistyössä. Toteuttaakseen kokonaisvaltaista ja yksilöllistä kulttuurinmukaista hoitotyötä, tulee hoitajalla olla vähintäänkin perustiedot kulttuuristen tekijöiden vaikutuksesta ja merkityksestä ihmisten hyvinvointiin - terveyteen ja sairauteen sekä niiden kokemiseen. Monikulttuurisessa hoitotyössä pidetään tärkeänä sitä, että asiakas on itse oman kulttuurinsa asiantuntija sekä sitä, että hoitajan ja asiakkaan välille muodostuu sellainen vuorovaikutussuhde, jossa toisen ihmisen arvoja ja uskomuksia kunnioitetaan. Monikulttuurinen työskentely vaatii hoitajalta herkkyyttä ja luovuutta. (Husu 2007, 395.)

Sen lisäksi, että hoitaja tuntee potilaan kulttuuritaustan, tulisi hänen kiinnittää huomio myös omien asenteidensa ja uskomustensa vaikutuksesta siihen, miten hän suhtautuu vieraista kulttuureista tuleviin ihmisiin. Kulttuuritietoinen hoitaja ymmärtää, sietää ja hyväksyy erilaisuutta. Hän myös tiedostaa oman kulttuurinsa normit ja tavat sekä niihin liittyvät omat käsityksensä. Näitä kulttuurieroja vertailemalla on mahdollisuuksia löytää eroja - mutta myös yhtäläisyyksiä - esimerkiksi hoitamiskäytännöissä. (Ketola ym. 1995, 12.)

Kulttuuritietoinen hoitaja on avoin eri kulttuureille ja halukas oppimaan niistä lisää. Hänellä on perustiedot eri etnisten ryhmien historiasta, kulttuurisista arvoista, normeista sekä elämäntyyleistä. Suomessa kätilön ja terveydenhoitajan koulutus ja ammattitaito on rakentunut juuri meidän kulttuurille tyypillisille arvos-

tuksille ja normeille. Silti meidän hoitajina tulisi työssämme kuulla ja ottaa huomioon myös erilaisia näkemyksiä. Eri kulttuurien välillä saattaa olla huomattaviakin kommunikaatioeroja. Hoitajan tulisi kiinnittää huomiota sekä lähettämiinsä että asiakkaalta tuleviin nonverbaalisiin viesteihin, jotka saattavat olla hyvinkin kulttuurisidonnaisia. Meidän tulisi myös tiedostaa, mitkä ovat kulttuurisesti sopivia puheenaiheita. (Räty 2002, 169.)

Kulttuuritietoiselta hoitajalta vaaditaan ammattitaidon ja kulttuurierojen tiedostamisen lisäksi hyvin paljon joustavuutta. Hoitajan täytyy aina ensin voittaa asiakkaan luottamus ennen kuin on mahdollista luoda kontakti ja saada hoito onnistumaan. Varsinkin pakolaistaustaisen maahanmuuttajan luottamus voi olla vaikea saavuttaa, koska he saattavat suhtautua uuden kulttuurin erilaisiin hoitomenetelmiin ja koko hoitoon hyvin epäilevästi. Lisäksi he saattavat suhtautua hoitajaankin epäilevästi. Hoitaja voi edustaa potilaalle sitä valtakulttuuria, johon hän ei halua sopeutua, tai niitä ihmisiä, jotka suhtautuvat häneen rasistisesti tai sitä auktoriteettia, joka syrji häntä entisessä kotimaassaan. Potilas kuitenkin oppii luottamaan hoitajaan, joka on kärsivällinen, suvaitsevainen, ammattitaitoinen sekä kulttuuritietoinen. (Räty 2002, 172.)

Kun hoitaja on ohjaustilanteessa eri kulttuurista tulevan asiakkaan kanssa, hänen tulisi varata siihen enemmän aikaa kuin mitä yleensä tarvitaan. Asiakkaan kielitaito saattaa olla puutteellinen, joten jo esitietojen kerääminen kestää kauan. Varsinkin pakolaistaustaisten maahanmuuttajien menneisyys saattaa olla hyvin dramaattinen ja koko asiakkaan aikaisempi todellisuus on hoitajalle vieras, joten siihen menee paljon aikaa, että kaikki nykyhoitoa koskevat oleelliset seikat tulisivat esille. Tapaamisen täytyy varata vielä huomattavasti enemmän aikaa, jos tulkki tarvitaan mukaan ohjaustilanteessa. (Räty 2002, 172.)

## 2.3 Ongelmia monikulttuurisessa kommunikaatiossa

### 2.3.1 Kieliongelma

Moni maahanmuuttaja tuntee itsensä kovin avuttomaksi uudessa kotimaassaan, ei pelkästään kaikkien kulttuuriin liittyvien uusien asioiden vuoksi, vaan erityi-

sesti myös uuden kielen vuoksi. Hän ei voi täysin luottaa siihen, että ymmärtäisi, mitä muut yrittävät hänelle sanoa, eikä myöskään siihen, että muut ymmärtäisivät, mitä hänellä on sanottavaa. Tästä syystä häntä saatetaankin huomauttamme kohdella siten, kuin hän ei olisi kovin kypsä ja järkevä ihminen. Tällainen kielellinen ongelmatilanne kohtaa maahanmuuttajan heti alkuvaiheessa eli silloin kun tarvitsisi kysellä paljon kaikesta uudesta ja ehkä myös kertoa menneestä. (Räty 2002, 38.)

Maahanmuuttajalle tulee helposti tyrmätyksi tulemisen tunne varsinkin alkuaikoina yhteisen kielen puuttuessa tai sen kangerrellessa. Häneltä saatetaan jättää kysymättä asioita, koska ajatellaan, ettei hän kenties kuitenkaan ymmärtäisi. Tai toisaalta hänen puolestaan saatetaan vastaila ennen kuin hänelle edes annetaan tilaisuutta itse vastata. Usein saatetaan olettaa, niin hoitotyössä kuin muuallakin, että ulkomaalaiselta näyttävää tai kieltä puutteellisesti tai murtaen puhuvaa ei voida ymmärtää tarpeeksi hyvin. Tällaisesta ajattelutavasta tulisi kuitenkin päästä eroon, sillä monissa tilanteissa yhteisymmärrys voitaisiin saavuttaa, jos vain varattaisiin riittävästi aikaa ja todella kuunneltaisiin. Kommunikaation onnistuminen on siis kiinni molemmista osapuolista, sekä viestin lähettäjältä että sen vastaanottajasta. Syynä tilanteen epäonnistumiselle voivat olla yhtälailla niin puhujan puutteellinen kielitaito kuin kuulijan haluttomuus tai kykenemättömyys yrittää ymmärtää. (Räty 2002, 39.)

Puhuessaan maahanmuuttaja joutuu käyttämään paljon enemmän sanoja selittääkseen itsensä ymmärrettävästi kuin maan alkuperäinen kansalainen, koska heillä on eri kulttuuritausta. Kulttuuritausta taas vaikuttaa siihen miten ihminen asiat näkee, koska hänellä on omat kokemukset, tiedot ja arvot, joiden pohjalta maailmaa tulkitaan. Näin maahanmuuttajalle ei usein riitä, että hän osaa uuden kielen sanoja ja sanontatapoja, vaan hänen on selitettävä asioita paljon laajemmin. (Räty 2002, 39.)

Hoitajan tulee käyttää ohjauksessa sellaista kieltä, jonka asiakas ymmärtää. Ammattitermien käyttöä tulisi välttää, mutta jos niitä on asian ymmärrettävyyden vuoksi pakko käyttää, tulee ne aina selittää ymmärrettävästi asiakkaalle. Kielen selkeys ja konkreettiset esimerkit asiakkaan omasta elämästä helpottavat ohjauksen ymmärtämistä. (Koistinen 2007, 434.) Asiakokonaisuuden hallinnan hel-

pottamiseksi hoitajan tulisi muistaa käyttää lyhyitä virkkeitä työskennellessä maahanmuuttajien kanssa. Yhtä tärkeää on myös se, että tauottaa puheensa, puhuu tarpeeksi kovalla äänellä ja selkeästi, ei käytä kuvainnollista kieltä sekä puhuu asiakkaaseen päin. Huulten liikkeen näkeminen helpottaa sanojen erottamista toisistaan. Äänenpainolla hoitaja voi tarvittaessa tähdentää tärkeitä asioita. (Cools, Kahla & Tuominen 1998, 39.)

Vaikka aluksi vaikuttaisi siltä, että hoitaja ja asiakas ovat yhteisymmärryksessä, niin siitä huolimatta väärinkäsityksiä tulee usein, koska heillä on eri äidinkieli. Sanan merkitys opitaan tietyissä asiamerkityksissä oman kulttuurin piirissä, joten tietyt sanat saattavat merkitä eri asiaa eri kulttuureissa kasvaneille. Useissa kulttuureissa pidetään sopimattomana ilmaista ymmärtämättömyyttään. (Ketola ym. 1995, 95.) Aasialaisessa kulttuurissa taas ei-sanaa vältetään, koska ajatellaan, että siitä tulisi kiusallinen tilanne ja toinen osapuoli nolostuisi, joten kylläsana voi tarkoittaa joissakin tilanteissa ei tai ehkä (Alitolppa-Niitamo 1993, 143). Tämä hankaloittaa vuorovaikutusta hoitajan ja asiakkaan välillä.

Hoitajan on hyvä tietää, että kaikissa kulttuureissa on puheenaiheita, joista on kiusallista puhua. Eri kulttuureissa kielletyt puheenaiheet vaihtelevat, ja niiden puheeksi ottoon vaikuttavat keskusteluun osallistuvien väliset suhteet, kuten ikä, valtasuhteet ja sukupuoli. (Kanervo & Saarinen 2004, 16.) Naisiasiakkaan on usein vaikea puhua mieshoitajalle erityisesti seksuaaliseen kanssakäymiseen tai sukupuolielinten alueeseen liittyvistä ongelmista ja sairauksista (Ketola ym. 1995, 96).

Monesti pyritään tulemaan toimeen asiakkaan kanssa vaillinaisella suomen tai englannin kielen taidolla ja lisäksi tarvittaessa käytetään elekieltä, vaikka tulkikiakin olisi mahdollista pyytää. Tämän vuoksi voi käydä niin, että asiakas joutuu käymään vastaanotolla ylimääräisiä kertoja sen takia, että yhteinen ymmärrys puuttuu eli esimerkiksi hoito-ohjeet on ymmärretty väärin tai potilasta on alkanut mietityttää, ymmärsikö hän hoitajan ja lääkärin puheet oikein. Asiakkaan on huomattavasti vaikeampi esittää kysymyksiään, jos hän ei voi tehdä sitä omalla kielellään. Taustalla voi olla pelko epäonnistumisesta. (Koivisto-Junni 1998, 50.)



Tulkkipalveluita suositellaan käytettävän mahdollisimman paljon työskennellessä maahanmuuttajien kanssa ja sen tulisi olla yhtä tavallista kuin muidenkin palveluiden käyttö (Koivisto-Junni 1998, 50). Omaisen tai tulkin, joka ei ole saanut tehtäväänsä asianmukaista koulutusta ja ohjausta, käyttöä tulisi välttää. He saattavat jättää osan hoitajan antamasta informaatiosta kääntämättä säästääkseen potilasta ikäviltä tiedoilta tai kääntää asiakkaan antamista tiedoista vain omasta mielestään tärkeät ja asiaankuuluvat osat. (Alitolppa-Niitamo 1993, 153; Husu 2007, 395.) Äitiysneuvolaan ja gynekologin vastaanotolle on hyvä ottaa mukaan naistulkki, koska esimerkiksi gynekologiset vaivat tai perheongelmat voivat olla aiheita, joista on vaikea puhua miestulkin välityksellä. Tulkin vaitiolovelvollisuutta on aina tärkeää korostaa. (Husu 2007, 395.)

On hyvä ottaa huomioon, että tulkin käyttö tuo hoitotilanteeseen ja -suhteeseen omat vaikeutensa, mutta siitä huolimatta tulkin käyttö on välttämätöntä silloin, kun auttajalla ja autettavalla ei ole sellaista yhteistä kieltä, että tarvittavien tietojen jakaminen olisi mahdollista (Räty 2002, 173). Tulkin käytön ajatellaan olevan erityisen tärkeää myös sen vuoksi, että se edistää osaltaan maahanmuuttajien kotoutumista yhteiskuntaan. Tällöin he voivat suomalaisten kanssa tasa-arvoisina käyttää yhteiskunnan tarjoamia palveluja, joihin heillä on samanlainen oikeus. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista onkin kohta siitä, että terveydenhuollon ammattihenkilöstön tulee huolehtia tulkkauksesta, mikäli hoitaja ei hallitse asiakkaan käyttämää kieltä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Tulkin käyttö on myös toisin päin ajatellen aina hoitohenkilöstön etu ja oikeus, vaikka asiakas ei pitäisi tulkkia tarpeellisena. Hoitajien oikeusturva paranee myös tulkkipalveluiden käytön myötä. (Koivisto-Junni 1998, 50.)

Ohjaustilanteessa asiakkaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on tärkeintä, joten tulkin vaikutus vuorovaikutukseen tulisi olla mahdollisimman näkymätöntä. Ihanteellisinta olisi, jos tulkki tulkkaisi sujuvasti häiritsemättä asiakkaan ja hoitajan välistä puheen virtaa. Hyvä tulkkaus ei ole pelkkää sanatarkkaa käännöstä, vaan siinä tulee olla mukana viestin lähettäjän antamat vihjaukset, sanonnat ja muut epätarkat ilmaukset niin, että ne tulevat ymmärrettäviksi viestin vastaanottajalle. Tulkkaus on tehokkaampaa ja sujuvampaa, jos tulkki tietää myös jotain keskustelun aihepiiristä sekä sen terminologiasta. (Räty 2002, 173–174.)

Eniten ongelmia tiedon kertomisessa ja ymmärtämisessä on silloin, kun hoitaja ja asiakas ovat eri kulttuureista. Yhteisen kielen ja tulkin puuttuessa elekieli voi olla ainoa mahdollinen tapa välittää viestejä. Mutta kuten edellä on jo kerrottu, sanattoman viestinnän merkitys voi olla erilainen eri ihmisillä. (Ketola ym. 1995, 96.) Seuraavassa kappaleessa käsittelemme tarkemmin muita kommunikaatiossa ilmeneviä haasteita, kuten nonverbaalista viestintää.

### 2.3.2 Muita ongelmia kommunikaatiossa

Kaikessa kommunikaatiossa, mutta etenkin eri kulttuurien välisessä vuorovaikutuksessa, saattaa tulla paljon väärinkäsityksiä. Kulttuurista saatu malli sekä yksilön omat henkilökohtaiset kokemukset vaikuttavat siihen, miten tulkitsemme toisen käyttäytymistä. Hoitajan käyttäytyminen saa aikaan asiakkaassa reaktion sen mukaan, millaisen merkityksen asiakas käyttäytymisellemme antaa. (Räty 2002, 138.) Eri kulttuurista tulevilla on erilaisia käsityksiä henkilökohtaisesta tilasta, käyttäytymissäännöistä, ajasta ja häveliäisyydestä. Eri näkemykset tuovat haastetta monikulttuuriseen hoitotyöhön. Esimerkiksi joissakin kulttuureissa oletetaan, että hoitaja konsultoi potilaan itsensä sijasta perheen vanhinta sairaudesta ja sen hoidosta. Joskus potilas ei halua lausuttavan ääneen epäilyyn tai todetun sairauden nimeä, koska uskoo, että sanoilla on maaginen merkitys. (Räty 2002, 152–153.) Eri kulttuureilla on myös erilaisia näkemyksiä verbaalisesta sekä nonverbaalisesta viestinnästä.

Ensimmäinen viestintätapa, jonka ihminen oppii, on sanaton viestintä (Ketola ym. 1995, 20). Vuorovaikutuksessa viesteistä reilusti yli puolet on sanattomia (Hankonen ym. 2006, 26). Sanaton viestintä omaksutaan voimakkaammin kulttuurista kuin sanallinen, ja sen merkitykset ja muodot vaihtelevat eri kulttuureissa (Ketola ym. 1995, 20). Ohjaustilanteessa asiakas huomaa kaikki hoitajan lähettämät viestit. Jos sanat ja eleet ovat ristiriitaisia, asian uskottavuus kärsii ja asiakas hämmentyy. Tämä ristiriita voi olla este vuorovaikutuksen onnistumiselle. (Koistinen 2007, 434; Hankonen ym. 2006, 26.) Sanattomaan viestintään kuuluu muun muassa kehonkieli, katse ja fyysinen olemus. Esimerkiksi lähes kaikissa Aasialaisissa kulttuureissa käytetään epäsuoraa ilmaisua eli suurin osa kommunikoinnista on luettava sanattomasta viestinnästä. (Kanervo & Saarinen

2004, 16.) Siellä ei silti ole hyväksyttävää kosketella toisiaan julkisesti, esimerkiksi miehen ei tule kätellä naista, ellei nainen ojenna kättänsä ensin. Thaimaassa taas toisen ihmisen päätä ei saa kosketella, koska se koetaan loukkaavaksi. On siis hyvä muistaa hoitajana, että se mikä meillä on kohteliaista, voi jossakin kulttuureissa olla epäkohteliaista tai jopa säädytöntä. (Ketola ym. 1995, 97.)

Kulttuurista riippuen hiljaisuutta arvostetaan ja käytetään eri tavoin kommunikoinnin muotona. Länsimaalaisten keskuudessa hiljaisuus ei ole arvostettu asia sosiaalisessa kanssakäymisessä ja usein hiljaisuus koetaan vaivaannuttavana ja sitä pyritään välttämään. (Ketola ym. 1995, 96.) Kulttuurissamme korostuu jatkuva tekeminen ja toiminta (Kanervo & Saarinen 2004, 16). Hoitajana pidämme helposti asiakkaan hiljaisuutta merkinä ymmärtämättömyydestä, surusta, kritiikistä, ylimielisyydestä tai hämmennyksestä (Kanervo & Saarinen 2004, 16; Ketola ym. 1995, 96). Voimme myös tehdä johtopäätöksen, että asiakas on passiivinen, eikä ole kiinnostunut ohjattavasta asiasta, vaikkakin asiakas saattaa osoittaa kohteliaisuutta ja kunnioitusta hoitajaa kohtaan olemalla hiljaa. Syynä toki voi olla myös se, että asiakas kokee sopimattomana puhua henkilökohtaisista asioista vieraan ihmisen kanssa. Hiljaisuus voi kertoa myös valta- ja arvosuhteista, esimerkiksi joissakin Aasian kulttuureissa nuoret kunnioittavat vanhempia vaikenemalla heidän läsnä ollessa. (Kanervo & Saarinen 2004, 16.)

Kun hoitaja ja asiakas istuvat hoituhuoneessa ohjaustilanteessa, tulisi hoitajan kiinnittää huomio muutamaankin yksityiskohtaan kehonkielessä. Jos hoitaja istuu taaksepäin nojaten, kädet rinnan päällä puuhkassa, se viestii uhmaa ja välinpitämättömyyttä. Useassa kulttuurissa koetaan loukkaavana, jos näytetään jalkaterää tai jalkapohjaa toista kohti. Hoitajana tulisi siis välttää istumista jalat ristissä kohti potilasta. Aina tulee myös huomioida, ettei istuisi jalat haarallaan kohti potilasta. (Cools ym. 1998, 46.)

Terveystenhoitajan ja kätilön tulee tuntea perusasiat eri kulttuurien viestinnästä. Heidän tulee huomioida, mitkä tärkeät asiat asiakas voi kertoa sanoilla ja milloin hän kokee, että ongelmat on soveliaista tuoda esille sekä mitkä hän pyrkii ilmaisemaan sanattomilla viesteillä. Ketola ym. (1995, 96) antavat kirjassaan havainnollistavan käytännön esimerkin: ”Terveystenhoitajan vastaanotolle saapu-

nut henkilö istuu hiljaa ja hymyilee useita minutteja ennen kuin keskustelu käynnistyy. Alkuvaiheessa asiakas kyselee terveydenhoitajan kuulumisia ja puhelee niitä näitä, mutta välttelee kertomasta, miksi on saapunut”.

Joissain kulttuureissa aikaan suhtaudutaan eri tavalla kuin meidän kulttuurissa ja se aiheuttaa paljon ongelmia ja väärinkäsityksiä hoitotyön parissa. Aikakäsitys jaetaan usein länsimaissa lineaariseen ja itämaissa sykliseen. Lineaarinen aikakäsitys tarkoittaa sitä, että ajalla on selkeä alku ja loppu. Nykyisyyden ja tulevan merkitystä korostetaan sekä sitä, että ihmisen aika on rajallista. Tehokkuutta pidetään suuressa arvossa, ”aika on rahaa”. (Husu 2007, 394.) Se heijastuu usein kiireinä, paineina ja aikatauluina. Esimerkiksi Suomessa myöhästymistä pidetään merkinä sääntillisyyden ja kunnioituksen puutteesta. (Alitolppa-Niitamo 1993, 145.) Syklisessä aikakäsityksessä ei ole alkua, eikä loppua. Ajan ajatellaan olevan olemassaolon pyörä eli se ei kulje etukäteen suunniteltuihin suuntiin, vaan se on ihmistä varten, eikä mikään hetki ole korvaamaton. (Husu 2007, 394; Ketola ym. 1995, 97.) Ajankulua ei pidetä kovin tärkeänä ja se aiheuttaa myöhästymisiä tai liian aikaisessa olemista (Ketola ym. 1995, 97). Hoitajan on tärkeää kertoa maahanmuuttajille meidän aikakäsityksestä, jotta välttäisiin mahdollisilta väärinkäsityksiltä ja helpotettaisiin maahanmuuttajan kulttuuriin sopeutumista (Husu 2007, 395).

Hoitajan olisi hyvä tiedostaa myös se, että maahanmuuttajilla, varsinkin pakolaistaustaisilla, saattaa olla takanaan traumaattisia kokemuksia, jotka voivat altistaa erilaisille mielenterveysongelmille. Jo pelkästään maasta toiseen muutto koetaan usein elämänkriisinä. Pakolaisilla on usein lisäksi ahdistavia kokemuksia sodasta, kidutuksesta ja vainosta kotimaassaan. Suomessa taas maahanmuuttajan voi olla hankala sopeutua meidän kulttuuriimme, hän voi tuntea olonsa yksinäiseksi tukiverkon puuttuessa ja lisäksi valitettavan useat maahanmuuttajat kokevat maassamme syrjintää. Jo yksikin edellä mainituista tekijöistä saattaa laukaista psyykkisen sairauden tai järkyttää muuttajan mielen tasapainoa. Ammattiauttajan rooli onkin erittäin tärkeä, koska tällöin traumaattisia kokemuksista ei tarvitse käsitellä yksin ja usein niistä selviäminen yksin on ylivoimaisen vaikeaa. (Räty 2002, 46.)

### 3 TYÖSSÄMME KÄSITELTÄVÄT MAAHANMUUTTAJARYHMÄT

#### Kurdit

Kurdit muodostavat etnisen ryhmän ja heillä on oma kieli sekä yhtenäinen maantieteellinen alue, Kurdistan. Se jakautuu usean valtion alueelle, lähinnä Irakiin, Turkkiin, Syyriaan ja Iraniin, eikä se näin ollen ole itsenäinen valtio. Turkin alueella asuu noin puolet kurdeista. Kaikkiaan kurdeja on noin 25–30 miljoonaa. Kurdien kohtelu ja asema riippuu suuresti minkä valtion alueella he asuvat. Lähes kaikki kurdit ovat sunnimuslimeja, vaikkakin osa kuuluu shiiamuslimeihin, kristittyihin ja baha`i-uskon kannattajiin. Kurdien kieli jakautuu neljään päämurteeseen, jotka jakautuvat vielä alamurteisiin. Lähes aina eri murteita käyttävät ymmärtävät toisiaan. (Kanervo & Saarinen 2004, 51; Nerweyi 1991, 57.)

Kurdistanista puhuttiin jo 1100-luvulla, mutta 1400-luvulla alueella oli suurvaltojen, Turkin ja Persian valtataistelut. Kurdit halusivat alueensa määriteltävän ensimmäisen maailmansodan jälkeen, kun Lähi-idässä tehtiin muutenkin aluejakoja. Tällöin jakajia kuitenkin kiinnosti enemmän Lähi-idän luonnon rikkaudet kuin itsenäisyyden antaminen Kurdistanin alueelle ja niinpä alue jaettiin neljän naapurimaan kesken. Kurdit eivät kuitenkaan hyväksyneet tätä ja ovat aika ajoin nousseet aseelliseen vastarintaan. (Kanervo & Saarinen 2004, 51–52.)

Kurdeille on tärkeää oman kulttuurin vaaliminen ja islamin usko sekä yhteisöllisyys. Perheet koostuvatkin yleensä monista sukupolvista ja takaavat näin sekä taloudellista että sosiaalista hyvinvointia. Monesti kurdit tulevat myös tiiviistä kyläyhteisöstä ja tällöin ihmisten läsnäolo ja seura ovat heille itsestään selviä asioita. Tämän vuoksi kurdit ovat hyvin vieraanvaraisia. Islamin uskonto tulee esille kurdimiesten ja -naisten välisissä suhteissa, sukupuolirooleissa ja työnjaoissa. Ajatellaan, että naisten ja tyttöjen tärkein tehtävä on kodinhoito ja lasten kasvatus. (Salminen & Poutanen 1998, 56; Nerweyi 1991, 65.) Näin ollen he eivät käy yleensä koulua. Naisilla lukutaidottomuus onkin yleisempää kuin miehillä. Kurdinaiset eivät yleensä käytä huntua tai huivia. (Kanervo & Saarinen 2004, 52.)

Suomessa on kurdeja yli 4000 ja heistä lähes kaikki ovat tulleet joko kiintiöpakolaisina tai turvapaikan hakijoina. Kurdit ovat lähtöisin eri puolelta kurdialuetta. Suurin syy kurdien tuloon on ollut levottomuudet sekä kurdeihin kohdistuva vaino ja ihmisoikeusloukkaukset, joita ovat poliittinen vaino, mielivaltainen vangitseminen, kiduttaminen ja yleinen syrjintä. (Kanervo & Saarinen 2004, 52.)

### Somalit

Somalia on Itä-Afrikassa sijaitseva valtio, jossa on virallisina kielinä somalia ja arabia. Arabiaa tosin käytetään vain lähinnä uskonnollisissa yhteyksissä. Lähes kaikki somalit ovat sunnimuslimeja ja uskontona on siis islam. (Aallas 1991, 54.) Yli puolet maaseutuväestöstä on paimentolaisia, loput ovat viljelijöitä ja kalastajia. Heidän kulttuuriin kuuluu arvokas pukeutuminen ja naisilla huivin käyttö. Uskonnon vuoksi somalialaiset eivät syö sianlihaa ja veriruokia. Suurimmat juhlapyhät heillä on Ramadanin päättymisen (id al-Fitr) ja Mekkaan menemisen juhla (al-Arafat). Myös itsenäisyyspäivää ja uutta vuotta juhlitaan. (Kanervo & Saarinen 2004, 56; Essak 2009.)

Somalian tasavallan johtaja syöstiin vallasta 1990-luvun alussa, jonka seurauksena keskushallinto romahti ja sosialistinen perustuslaki kumottiin. Siitä lähtien sisällissota on jatkunut Somaliassa eri vapautusliikkeiden hallitsemien alueiden kesken. Ensimmäiset turvapaikanhakijat tulivat Suomeen 1980–1990 – lukujen vaihteessa, jolloin sisällissota alkoi. Sen jälkeen heitä on saapunut myös perheiden yhdistämisen vuoksi. Tilanne jatkuu Somaliassa edelleen epävakana ja sen vuoksi oleskelulupia myönnetään tänäkin päivänä. Suomessa asuu noin 7000 ihmistä, jotka puhuvat somaliaa. (Kanervo & Saarinen 2004, 57.)

Somalit ovat hyvin sosiaalisia ja vieraanvaraisia ihmisiä. Perheet ovat monesti isoja ja vanhimmat lapset huolehtivat muista sisaruksista. Vauvasta tulee lapsi noin kahden vuoden iässä, kun äiti lopettaa imettämisen. Usein perheessä asuu siis kahdesta kolmeen sukupolvea yhdessä sekä joskus lisäksi myös muita sukulaisien perheitä. Sairauden ei ajatella olevan yksityinen asia, vaan se koskee koko sukua. He uskovat pahaan silmään, joka aiheuttaa sairaudet. Sukulaiset

auttavat sairasta ja lääkkeinä käytetään yleisesti hunajaa, puita ja tulta. (Essak 2009; Nerwey 1991, 62.)

Somaliassa uskonto määrää tyttöjen pukeutumisen. Kymmenen vuotiaana tytöt alkavat käyttämään virallisesti huivia, mutta sitä harjoitellaan jo nuorempana. Hiusten peittäminen huivilla on erilaista nuorilla tytöillä ja naimisissa olevilla naisilla. Huivin ajatellaan olevan naisen turva, sillä naisen pitäessä huivia mies ei voi tietää kuka nainen on ja tämä hillitsee raiskauksia. Ilman huivia naiset ovat siis täysin turvattomia ulkona liikkeessaan. (Essak 2009.)

Tunteiden ilmaisu on lapsilla sallittua, mutta omien vanhempien ja muiden aikuisten vastustamista ei sallita. Aikuisillakin on lupa tunteiden näyttämiseen, mutta seksuaalisten tunteiden osoittaminen ei ole hyväksyttävää muiden ihmisten nähden, koska ne kuuluvat vain avioliittoon. Kuukautisten alkamista pidetään isona asiana tyttöjen elämässä ja neitsyys tulee säilyttää avioliittoon asti. Avioliittoa ajatellessa miehen tehtävänä on etsiä sopiva puoliso. Avioliiton ensimmäisessä vaiheessa pari lupautuu avioliittoon, jolloin muslimipappi julistaa heidät toisilleen. Tämä ajanjakso kestää jopa useiden vuosien ajan. Aviopari kuitenkin muuttaa yhteen vasta vihkijuhlan jälkeen. Tässä vaiheessa naisen tulee olla neitsyt ja Somaliassa miehen miehisyyskokeen ajatellaankin olevan naisen ”aukaisu”. Lapsien saaminen on tärkeää sekä miehille, että naisille. (Essak 2009.)

## Arabit

Arabeille on vaikea antaa täysin yksiselitteistä määritelmää, koska he eivät muodosta yhtenäistä ryhmää ja useilla ryhmillä on keskinäisiä erimielisyyksiä. Arabimaihin kuuluu Pohjois-Afrikan ja Lähi-idän maat. Niiden kulttuurissa on paljon samoja piirteitä aiemmin kerrottujen somalien ja kurdien kanssa, muun muassa yhteisöllisyys. Puhutuin kieli arabimaissa on arabia. (Kanervo & Saarinen 2004, 55.) Suomessa arabiaa puhuvia on Tilastokeskuksen mukaan (2008) noin 9000 ja tämän vuoksi valitsimme arabian yhdeksi kansiomme kielistä. Uskontona on pääosin islam ja suurin osa kansasta on sunnimuslimeja. Uskonto onkin tärkeä tekijä ihmisten elämässä niin poliittisesti, yhteiskunnallisesti kuin yksilöllisestikin. (Kanervo & Saarinen 2004, 55.)

## Venäläiset

Eniten maahanmuuttajia Suomeen tulee Venäjältä ja Virosta (Karmela ym. 2004, 18). Muuttoaaltoja Venäjältä Suomeen on vuosisatojen aikana ollut useita. Viimeisimpänä muuttoaaltona voidaan pitää 1990-lukua, jolloin presidentti Mauno Koivisto myönsi entisessä Neuvostoliitossa asuville suomalaistaustaisille sekä heidän perheilleen paluumuutto-oikeuden. (Korhonen 2007, 48–51.) Entisen neuvostoliiton alueelta Suomeen muuttaneilla venäläisillä ei ole yhteistä kulttuuria, vaan heillä on erilaisia etnisiä taustoja, kulttuureita, kieliä ja uskontoja (Kanervo & Saarinen 2004, 30).

Venäjältä Suomeen muuttaneet kuuluvat useimmiten joko luterilaiseen tai ortodoksiseen kirkkoon. Suurin osa inkerinsuomalaisista on luterilaisia. Neuvostoliitossa on vallinnut uskonnonvastainen politiikka, joten osa sieltä tulleista ei välttämättä kuulu mihinkään uskontokuntaan. Vuoden 1917 vallankumouksen jälkeen uskonnonvastaisella politiikalla pyrittiin luomaan kansalaisille ateistinen ja tieteellinen maailmankatsomus. Kun neuvostoliitto hajosi, alkoivat venäläiset viettää uudelleen ortodoksisen kirkon juhlapyyhiä. Tärkeimpiä niistä ovat pääsiäinen ja joulukokki. (Kanervo & Saarinen 2004, 30–31.)

Venäjä kuuluu itäiseen kulttuuriin, jolle on ominaista muun muassa yhteisöllisyys sekä liukuva aikakäsitys. Venäjän historiasta johtuen, venäläiset kunnioittavat auktoriteettia, ja saattavatkin odottaa ylhäältä tulevaa käskyä ennen toimeen tarttumista. Venäläiseen kulttuuriin kuuluu kohteliaisuus sekä teitittely. Vanhempia ihmisiä sekä naisia yleensä kunnioitetaan. Venäläiset ovat hyvin perhe- ja sukukeskeisiä. (Kanervo & Saarinen 2004, 30–31.) Yhteisöt ovat tiiviitä, ja siihen kuuluvat ihmiset auttavat toisiaan sairauden, vanhuuden tai onnettomuuden kohdatessa. Venäjällä ei ole samanlaista laajaa sosiaaliturvaa kuin esimerkiksi meillä Suomessa. Venäläisessä kulttuurissa kosketusta ei kavahdeta ja esimerkiksi ihmiset kulkevat kadulla usein käsikkäin. Heidän kulttuurissaan myös kätellään paljon, tai vielä läheisemmässä tervehdystavassa suudellaan poskelle. (Suomi-Venäjä -seura 2005, 9.)



## Thaimaalaiset

Thaimaan virallisia kieliä ovat thai sekä englanti, jota eliitti käyttää toisena kielellään. Lisäksi maassa on etnisiä ja alueellisia murteita. Suurin osa, 94,6 prosenttia thaimaalaisista on buddhalaisia. 4,6 prosenttia on muslimeja. (Ulkoasianministeriö 2006.)

Thaimaa tunnetaan hymyjen maana. He eivät ilmaise hymyllä pelkästään positiivisia asioita ja tunteita, vaan hymyilevät myös epävarmoina sekä ongelmallisissa tilanteissa. Thaimaalaisilla ei ole tapana ilmaista mielipiteitään suoraan. Negatiivisten asioiden sanomista ja yhteenottoja vältellään. Tärkeää olisi pysytellä tyyneenä thaimaalaisten kanssa. Hermostuminen ja huutaminen ovat heidän mielestään erittäin sopimatonta käytöstä. (Hupli 1997, 29–31; Fintra 1999, 96.)

Thaimaalaisilla on oma ”wai” tervehdys, jossa he kumartavat kädet yhdessä rinnan korkeudella. Tervehdykseen voi vastata kohteliaasti kumartumalla. Kättele, jos thaimaalaisen on tottunut kätteleeseen. Naisia ei tule kätellä, mikäli he eivät itse kättele ensin. Pää on thaimaalaisille ruumiinosista pyhin, eikä toisen ihmisen päätä tulisi koskaan koskettaa, koska sitä pidetään häpäisemisenä. Jalkoja he taas pitävät likaisina. Koskaan ei tulisi istua niin, että jalkapohjat näkyvät ja osoittavat kohti toista ihmistä, koska sitä pidetään suurena loukkauksena. Kengän- tai jalkapohjan näyttäminen ja niillä osoittaminen merkitsee suurta hyökkäävyyttä. Thaimaalaisilla on tapana riisua kengät, kun he menevät tempeliin tai thai-perheen kotiin. (Hupli 1997, 31–35; Fintra 1999, 91–95.)

## 4 SEKSUAALITERVEYS OSANA KULTTUURIA

### 4.1 Seksuaalisuus ja seksuaaliterveys

Seksuaalisuus on käsitteenä laaja, ja se voi sisältää kaiken, mitä ihmisinä olemme, tunnemme, ajattelemme ja teemme. Se voidaan nähdä myös koko elämän ajan kehittyvänä ja se koostuu biologisesta, sosiaalista, sosiokulttuurisesta ja eettisestä osa-alueesta. Seksuaalisuus on sukupuoliviettiin perustuvaa käyttäytymistä, tunne-elämän kokonaisuutta, erotiikkaa, tunneperäistä kiintymystä ja rakkautta sekä sukupuolisuutta. (Pietiläinen 2007, 539; Väestöliitto 2009.)

WHO:n määritelmän mukaan seksuaalisuus on hyvinvoinnin tila, johon kuuluu fyysinen, emotionaalinen, psyykkinen ja sosiaalinen osa-alue. Hyvä seksuaaliterveys ei ole vain sairauden tai toimintahäiriön puuttumista, vaan se edellyttää positiivista asennetta seksuaalisuuteen. Jotta hyvä seksuaaliterveys toteutuisi, vaatii se kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista ja suojelemista. (Väestöliitto 2009.) Näitä oikeuksia ovat muun muassa oikeus elämään eli raskaus ei saa vaarantaa naisen elämää, oikeus tasa-arvoon ja yksityisyyteen, oikeus itse päättää perhesuunnittelusta sekä lasten hankinnan ajankohdasta (Ihme & Rainto 2008, 27).

### 4.2 Seksuaalisuus eri kulttuureissa uskonnon näkökulmasta

#### Islam

Kurdit somalit ja arabit ovat islamin uskoisia. Eri islamilaiset valtiot voivat poiketa toisistaan, koska niissä tulkitaan uskonnon asettamia sääntöjä eri tavalla. Pohja muslimille sosiaalisesta kanssa käymisestä ja arkielämän muista tavoista tulee juuri uskonnosta ja tämän vuoksi seuraavaksi kerrotaankin islamilaiseen kulttuuriin kuuluvia asioita. (Kanervo & Saarinen 2004, 76.)

Naisilla ja miehillä on erilaiset tehtävät islamilaisessa kulttuurissa ja he toimivat jopa eri alueilla. Tämä tulee esille ihan jo tilan käytössäkin konkreettisesti. Jos

kyseessä ei ole sukulainen, tulee toiseen sukupuoleen pitää etäisyyttä. Omaa sukupuolta olevien kanssa sen sijaan käyttäytyään paljon läheisemmin. On tavallista, että miehet kaulailevat ystäviensä kanssa ja naiset kävelevät käsi-kynkässä. Puhuttaessa ollaan lähellä toista ja samalla kosketetaan toista. Myös poskisuudelmat kuluvat muslimilaiseen kulttuuriin samaa sukupuolta olevien kesken. Valitettavasti kuitenkin edelleen nykypäivänä naisten ja miesten välinen epätasa-arvo on vallitseva islamilaisissa maissa. (Hallenberg 2004, 81.)

Suomessa seksuaalisuutta pidetään paljon suppeampana alueena kuin islamin maissa. Siellä siihen voidaan ajatella kuuluvan kaikki toisilleen vieraiden miesten ja naisten väliset kontaktit. Esimerkkeinä tällaisista seksuaalisesti latautuneista tilanteista voidaan mainita katsekontakti tai kättely sekä toisinaan jopa naisen tuoksu tai ääni. Tämän vuoksi ilmapiiri on monesti hyvin erotisoitunut naisten ja miesten välillä. (Hallenberg 2004, 81–82.)

Koraanin mukaan naisten ja miesten on pukeuduttava säädyllisesti. Tätä eri kansat tulkitsevat omalla tavallaan, mutta yleisesti voidaan sanoa, että naisilla tulee olla peitossa koko keho mukaan lukien sääret ja käsivarret. Vaatteiden väljyys on tärkeää, etteivät vartalon muodot erotu. Muslimeille alastomuus on vieras asia. Ainoastaan pienet lapset saatetaan nähdä alasti, kun heitä kylvetetään, mutta muuten he eivät näe edes omia perheen jäseniään ilman vaatteita tai vähäpukeisena, ei yleensä edes samaa sukupuolta olevia. (Hallenberg 2004, 82; Salminen & Poutanen 1998, 56)

Koraanista ovat peräisin myös islamilaisten puhtaussäännöt ja sen mukaan epäpuhdasta on sukupuolisuuteen ja lisääntymiseen liittyvä. Tämän vuoksi ne vaativat aina suuren pesun ja siksi onkin tärkeää peseytyä kunnolla, hiuksien pesu mukaan lukien, esimerkiksi kuukautisten päätyttyä, synnytyksen jälkeisen vuodon loputtua sekä yhdynnän ja siemensyöksyn jälkeen. Märkiin hiuksiin liittyikin islamilaisessa kulttuurissa voimakas eroottinen lataus juuri sen vuoksi, että se viestittää henkilön olleen kenties juuri yhdynnässä. Näihin puhtaus säädöksiin kuuluu naisilla myös ihokarvojen poistaminen sukupuolielinten alueelta sekä miehillä ympärileikkaus. Koraanissa ei kehoiteta naisia ympärileikkaukseen eli sukuelinten silpomiseen, mutta se kuuluu enemmänkin muihin perimätapoihin. (Hallenberg 2004, 86.)

Islamin maissa naisten oman kehon itsemääräämisoikeus on puutteellinen ja miehillä on valta sen suhteen. Miehet haluavat hallita naisen kehoa ja varmistua tällä tavoin isyydestään. Naisen tehtävän ajatellaankin olevan poikien synnyttäminen miehen sukuun. Koraani kehottaa ihmiset avioliittoon ja tämän vuoksi on harvinaista olla naimattomana. Naimisiin mennessä morsiamelta vaaditaan neitsyenä olemista, koska se on puhtauden symboli. Avioliitolla on selkeä tarkoitus islamilaisille, niitä ovat perheen perustaminen, lasten kasvatus ja puolisoitten seksuaalisuuden toteutuminen. Miehen ja naisen väliseen rakkauteen tulisi kuitenkin ensisijaisesti kuulua läheisyyden, ymmärryksen ja rauhan tarve ja vasta viimeisellä sijalla olisi yhdyntä. Rakkautta kuvataan arabian kielessä kuudellakymmenellä eri sanalla, ja ne kuvaavat rakkauden erilaisia syvyyksiä. (Hallenberg 2004, 86–97; Hajjar 98–107.)

Koraanissa kerrotaan seksin kuuluvan vain avioliittoon ja sukupuoliseen tyydytykseen tulisi olla molemmilla puolisoilla samanlainen oikeus. Tästä johtuen impotenssi on yksi niistä syistä, joiden vuoksi nainen voi hakea avioeron. Miesten seksuaalisten tarpeiden ajatellaan kuitenkin olevan suurempia kuin naisilla ja tämän vuoksi joissakin maissa miehellä on oikeus ottaa neljä vaimoa. Vaimot eivät saa kieltäytyä seksistä ja missään islamin maassa avioliitossa tapahtuvaa raiskausta ei ole kriminalisoitu. Avioliiton solmiminen on helppoa, koska avioliiton ulkopuoliset suhteet ovat kiellettyjä. Joissakin maissa on myös sellaisia avioliittoja mahdollista solmia, joiden keston voi määritellä esimerkiksi pariiksi tunniksi ja tämä on rinnastettavissa täysin prostituutioon. Homoseksuaalisuus niin miesten kuin naistenkin välillä on kriminalisoitu. (Hallenberg 2004, 88–97; Hajjar 98–105.)

Sukupuolikasvatusta ei ole ollenkaan islamilaisissa kouluissa ja lisääntymisbiologiaa sivutaan biologian tunneilla. Usein kuukautisetkin tulevat täysin yllätyksenä tytöille. Näistä asioista ei siis juurikaan puhuta. Ehkäisyyn onneksi suhtaudutaan melko sallivasti, mutta aborttiin taas ei, ellei siihen ole lääketieteellistä perustetta kuten esimerkiksi äidin sairaus. Synnytyksen jälkeen äiti ja vauva eivät saa poistua kotoa vuodon aikana eli noin 40 päivään ja ovat usein vain vuodelevossa. (Hajjar 2004, 91–110.)

Tyttöjen ympärileikkausta on tehty lähes joka mantereella ja sen syntyisyys on edelleen hämärän peitossa. Nykyisin niitä tehdään Afrikassa noin 28 maassa sekä Lähi-idässä ja Aasiassa. Ympärileikkauksilla on paljon sosiaalisia merki-

tyksiä ja se on sitkeä kulttuuriperinne. Myös Suomessa on käyty suurta keskustelua ympärileikkauksista ja se on pinnalla oleva aihe Suomeen tulleiden siirtolaisten ja pakolaisten vuoksi. Ympärileikkaus on jaettu neljään tyyppiluokkaan sen mukaan miten silpominen on tehty ja mitä kaikkea on leikattu pois. (Mölsä 2004, 116–121.)

Ympärileikkausperinteen jatkamista perustellaan eri asioilla eri kansojen keskuudessa. Toiset pitävät tärkeänä kulttuurillista ja uskonnollista merkitystä, toiset taas vetoavat seksuaalisuuteen ja puhtauteen. Toisissa kulttuureissa sitä käytetään siksi, että varmistetaan morsiamen olevan neitsyt naimisiin mennessään tai vähennetään naisen seksuaalisia haluja. Traditio voi merkitä myös lapsen muuttumista naiseksi. Joissakin kulttuureissa naisten sukupuolielimiä pidetään vain yksinkertaisesti rumina, loukkaavina ja likaisina ja sen vuoksi niiden poistamisen jälkeen naisesta tulee kauniimpi ja hygieenisempi. Jotkut jopa uskovat tyttöjen ympärileikkauksen parantavan naisen hedelmällisyyttä ja hänen lastensa selviytymismahdollisuuksia synnytyksestä, tutkimukset kuitenkin kielivät nämä väitteet. (Hajjar 2004, 115; Mölsä 2004, 116–119.)

Miesten asenteella on myös suuri merkitys tyttöjen ympärileikkauksissa, koska on todettu miehien kieltäytyvän menevästä naimisiin ympärileikkaamattomien naisten kanssa useimmilla alueilla, joissa ympärileikkauksia tehdään. Oletetaan, että jos naista ei ole leikattu, niin hän harrastaa silloin irtosuhteita pettäen miestään, joka itse on moniavioisia monissa kulttuureissa. Ympärileikkausta tehtäessä ei useinkaan käytetä minkäänlaisia puudutusaineita, puhumattakaan steriileistä välineistä. Näin ollen veriteitse tarttuvat taudit ovat erittäin suuri riski. Monissa kulttuureissa ympärileikkauksen jälkeen parantumisvaiheeseen liittyy suuri hoiva ja rakkaus. Myös suuret juhlat järjestetään joissakin kulttuureissa parantumisen jälkeen. Ympärileikkauksiin kuolee paljon ihmisiä, mutta lukumäärää ei osata sanoa, koska kuolemia salaillaan niin kovasti. Tyttöjen ympärileikkausten lopettamisen vuoksi tehdään paljon töitä maailmanlaajuisesti erityisesti kehitysmaissa, jotta ne saataisiin kiellettyä lainsäädännön voimin. (Mölsä 2004, 119–124.)

## Ortodoksit

Venäläiset kuuluvat useimmiten joko luterilaiseen tai ortodoksiseen kirkkoon. Käsitlemme seuraavaksi ortodoksisen kirkon näkökulmia seksuaalisuuteen. Seksuaalisuutta tarkastellaan lähtien liikkeelle ihmiskuvasta ja ortodoksinen ihmiskuva on positiivinen. Ortodoksit pitävät seksuaalisuutta Jumalan lahjana ihmiselle; luonnollisena ja positiivisena asiana. Kirkko suhtautuu seksuaalisuuteen vaalien ja kunnioittavasti. Seksuaalisuuden ymmärretään kattavan koko psyykkisen ja hengellisen olemuksen. Homoseksuaalisuutta ei pidetä ihanteena, mutta heitä ei silti suljeta kirkon yhteydestä. Ortodoksisen kirkon mukaan ihmistä tulee aina kunnioittaa ja rakastaa seksuaalisesta suuntautumisesta riippumatta. (Kasala 2004, 60–61.)

Ortodoksisen käsityksen mukaan seksuaalisuuteen ei liity mitään syntisenä pidettävää, mutta on huomattava, että kirkko opettaa seksuaalisuuden kuuluvan ainoastaan avioliittoon. Aviopuolisoiden välisessä seksuaalisuudessa kaikki, mikä ei vahingoita itseä tai toista, on sallittua. Kirkon ihanteena on yksi avioliitto, joka kestäisi koko elämän ajan. Kirkossa kuitenkin vihitään avioliittoon korkeintaan kolmesti, joten leski tai eronnutkin voi mennä uudestaan naimisiin. Avioliiton ulkopuolinen seksi ei ole suotavaa, vaan sen katsotaan aiheuttavan epävarmuutta ja turvattomuutta. Itsetyydytys on kyseenalaista, koska se on pelkkää fyysistä nautintoa eikä siinä persoonat kohtaa. Itsetyydytystä pidetään silti parempana vaihtoehtona kuin avioliiton ulkopuolista seksiä. Ortodoksisen kirkon näkemyksen mukaan seksistä saa ja tuleekin puhua jo nuorille. Asialle ei silti tule asettaa liian suurta osaa, vaan lasten pitää antaa rauhassa olla lapsia. (Kasala 2004, 62–69.)

Aviopuolisot saavat itse valita ehkäisymenetelmän. Hyväksyttyinä vaihtoehtoina pidetään välineitä ja menetelmiä, jotka ehkäisevät munasolun hedelmöityksen. Ortodoksinen kirkko katsoo, että uusi elämä alkaa, kun munasolu hedelmöittyy. Näin ollen abortti tai jälkiehkäisytabletti eivät ole ehkäisykeinoja vaan elämän tuhoamista. Jos pari kärsii lapsettomuudesta, katsotaan kevyet hormonihoito sekä koeputkihedelmöityksen suotaviksi keinoiksi yrittää lasta. Kohdun vuokraaminen tai luovutetun sperman tai munasolun käyttö on sen sijaan arveluttava keino, koska niiden katsotaan olevan liian kaukana luonnollisesta lapsen ja vanhempien suhteesta. (Kasala 2004, 65–69.)

Vaikka yleistetyesti voidaan sanoa, että ortodoksit suhtautuvat seksuaalisuuteen edellä mainitulla tavalla, niin Venäjällä aktiivisia kristittyjä on noin 10 prosenttia ja uskonnon oppeja kirjaimellisesti noudattavia tätäkin vähemmän. Venäjällä on huimat erot asenteessa seksiin riippuen siitä, kuuluko koulutettuihin vai köyhiin, vanhempaan vai nuorempaan sukupolveen. Sukupolvien välinen kuilu seksuaalisuudessa on valtavan suuri. Arvomaailma on vapautunut, ja nuori sukupolvi on selvästi estottomampi. Neuvostoliiton romahtamisen jälkeen Venäjällä on vallinnut kaksi täysin erilaista asennetta seksuaalisuuteen: täysin estottomat sekä vanhoilliset asenteet. Neuvostoliiton aikaa verrattuna seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa on kuitenkin tapahtunut edistystä parempaankin. Ilmaisunvapaus ja tiedonsaanti ovat parantuneet sekä modernit ehkäisyvälineet ovat levinneet. Kondomin ja ehkäisypillereiden käyttö on yleistynyt, vaikkakaan pillerit eivät ole kovassa suosiossa, koska naiset pitävät niiden hormonihaittoja niin pahoina. Silti, edelleenkin, kansanomaiset ehkäisykeinot ovat suosittuja. Rytmimenetelmää, keskeytettyä yhdyntää sekä emättimen huuhtelua ehkäisykeinona käyttää moni. (Rotkirch 2007, 26–46.)

### Buddhalaisuus

Thaimaassa buddhalaisuus on keskeisessä osassa thaimaalaista identiteettiä. Se ilmenee kunnioituksena kansakuntaa, uskontoa ja Thaimaan monarkiaa kohtaa. Thaimaalaiset ovat ahkeria ja kurinalaisia ihmisiä. Heillä on vahvat moraaliarvot. Pääuskontona heillä on theravada-buddhalaisuus, joka korostaa luostarilaitosta sekä buddhalaisia kirjoituksia. Theravada-suuntauksen käytännöt vaihtelevat paljon riippuen yhteiskuntaluokasta, alueesta sekä väestöryhmästä. Buddhalaisia kirjoituksia voidaan tulkita monella tavalla, joten kuilu buddhalaisen opin sekä käytännön elämän välillä on suuri. (Tuulensuu 2008, 57–60.)

Buddhalaisuuden mukaan seksi kuuluu fyysisiin toimintoihin, kuten esimerkiksi syöminen ja nukkuminen. Seksi ei heidän mielestään ole syntiä, eivätkä he määrittele sitä yksiselitteisesti moraalittomaksi toiminnaksi. He pitävät seksiä ja seksuaalisuutta luonnollisena asiana. He näkevät, että se on katoavaa ja kärsimyksen alaista todellisuutta, johon ruumis kiinnittyy. Silloin seksuaalisuutta ei katsota hyväksyvästi, jos se vahingoittaa itseä tai toista. Seksuaalisuudesta ei myöskään saa tulla este hengelliselle edistymiselle. Seksuaalisesti aktiivisia ovat tavalliset kansalaiset, kun taas munkit ovat seksuaalisesti passiivisia. Näi-

hin ryhmiin kohdistuu erilaisia sosiaalisia odotuksia ja vaatimuksia. (Tuulensuu 2008, 57–60.)

Thaimaassa prostituutioon suhtautuminen on vaihdellut maan poliittisen ja taloudellisen tilanteen mukaan. Periaatteet ja käytäntö ovat vaihdelleet niin lainsäädännössä kuin paikalliskulttuurissakin. Thaimaan kaupallisen seksin ensimmäisiä parittajia olivat 1960-luvulla thai-sotilaat, joilla oli paljon niin sotilaallista kuin sosiaalipoliittistakin valtaa. Merkittävää thaimaalaisen prostituution historiassa on se, että vaikutusvaltaiset valtion virkamiehet ovat edistäneet ja tukeet sitä. Prostituutiota pidetään Thaimaassa edelleenkin hyväksyttävänä keinona tienata rahaa. Silti prostituution harjoittajia pidetään moraalisesti paheksuttavina. Seksikauppa on kasvanut ja nykyisin jo vakiintunut Aasiaan. Sekä paikalliset että länsimaiset miehet ostavat prostituutiopalveluita Thaimaasta. Yleisimpiä syitä, jotka ajavat naiset harjoittamaan prostituutiota, ovat köyhyys ja taloudelliset vaikeudet. Aasiassa on myös niin sanottuja eliittiprostituoituja, joita köyhyys ei pakota alalle. He ovat vapaaehtoisia, koulutettuja, kielitaitoisia ja toivovat elintasonsa nousevan hyvästä vielä paremmaksi. He muodostavat silti vain pienen osan kaikista prostituoiduista. (Tuulensuu 2008, 20–21, 37–38.)



## 5 EHKÄISY OSANA SEKSUAALITERVEYTTÄ

### 5.1 Ehkäisyneuvonnan erityispiirteet

Markkinoille tulee koko ajan lisää uusia ehkäisymenetelmiä, jotka kättilön ja terveydenhoitajan tulisi tuntea. Ehkäisyneuvonnassa tärkeää on asiakkaan oma motivaatio ja sitoutuminen, jotta ehkäisy onnistuisi. Hoitajan tulisi pyrkiä herättämään asiakkaan motivaatio ehkäisyyn sekä saada asiakas pysymään jatkosakin motivoituneena. Ehkäisyneuvonta on ohjaustilanteena haastava ja se vaatii kättilöltä ja terveydenhoitajalta todellista osaamista. Tavoitteena on auttaa asiakasta monipuolisesti seksuaaliterveyden edistämisessä.

Hoitajina tarjoamme asiakkaille mahdollisimman paljon hyvää tietoa, jonka pohjalta yhdessä valitaan sopiva ehkäisymenetelmä. Kun asiakas on tietoinen ehkäisyasioista ja osaa yhdessä hoitajan kanssa valita sopivan ehkäisymenetelmän, vältetään tulevaisuudessa mahdolliset raskaudenkeskeytykset. Ehkäisy turvaa naisen hedelmällisyyden suojaamalla erilaisilta sukupuolitaudeilta, kuten klamydialta. Ehkäisyn avulla asiakkaat voivat ajoittaa raskaudet heille sopivaan aikaan. Kaikilla naisilla kulttuurista riippumatta tulisi olla perusoikeudet, ettei heidän tarvitsisi synnyttää liian nuorena, liian vanhana, liian tiheästi tai liian monta kertaa. Luotettava ehkäisy vapauttaa turhalta stressiltä ja näin ollen mahdollistaa onnellisen sukupuolielämän sekä vähentää ongelmia seurustelusuhteessa. (Tikka 2007, 601; Eskola & Hytönen 2002, 71.)

Eri kulttuurista tuleva asiakas tuo lisähaastetta ehkäisyneuvontatyöhön. Asiakkaalla ja hoitajalla ei välttämättä ole yhteistä kieltä, mutta vielä suuremman haasteen tuo asiakkaan erilainen kulttuuritausta sekä se, että seksuaalisuus on edelleen tabu monissa kulttuureissa. Naisiin suhtautuminen sekä naisten oikeudet vaihtelevat kulttuureittain hyvin paljon. Naisten tietämys omasta anatomias- ta vaihtelee, sekä myös keinot, joilla ei-toivotut raskaudet on totuttu hoitamaan. Kättilön ja terveydenhoitajan työtä helpottaa huomattavasti, jos he tietävät perusasiat asiakkaan kulttuurista. Hoitajan olisi hyvä tiedostaa millainen aseman naisella kulttuurissaan on, kuinka hänen kulttuurissaan suhtaudutaan ehkäi-

syyn, raskauteen, aborttiin, synnytykseen ja imetykseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 32; Tikka 2007, 601.)

Miettiessään sopivaa ehkäisymenetelmää asiakkaalle, hoitajan tulisi aina huomioida asiakkaan ikä, synnyttäneisyys, tupakointi, yleinen terveydentila, lähisu-  
vussa esiintyvä tukostaipumus, parisuhde, kulttuuritausta, ehkäisyn tarpeen  
kesto, ehkäisyn varmuus sekä sen hinta. Asiakkaan omaa mielipidettä tulee  
myös aina kuulla, koska ehkäisyn toteutus jää asiakkaan omalle vastuulle, joten  
asiakas tulisi saada sitoutumaan ehkäisyyn. Hoitajan tulisi silti aina kertoa eri  
ehkäisymenetelmien eduista ja haitoista. Hoitajan hyvä tietämys ehkäisystä  
edesauttaa asiakkaan motivoitumista ja sitoutumista ehkäisyyn. Vahvan tietä-  
myksen lisäksi ehkäisyneuvontaa antavan hoitajan tulisi olla taitava vuorovaiku-  
tustilanteissa. Hoitajan tulee osata kohdata erilaisista taustoista lähtöisin olevia  
naisia, pareja ja perheitä eri elämäntilanteissa. (Tikka 2007, 601.)

## 5.2 Ehkäisykeinot

### 5.2.1 Yhdistelmäehkäisyvalmisteet

Yhdistelmäehkäisyvalmisteisiin kuuluvat yhdistelmätabletit, ehkäisyrengas ja  
ehkäisylaastarit. Valmisteet sisältävät sekä estrogeenia että keltarauhashormo-  
nia. Eri valmisteissa näiden hormonien määrä ja laatu vaihtelevat. Yhdistelmä-  
ehkäisyvalmisteita suositellaan ensisijaisesti nuorille synnyttämättömille naisille.  
Oikein käytettynä tämä on varma ehkäisymenetelmä, joka myös vähentää kuu-  
kautiskipuja ja runsaita vuotoja. Yhdistelmäehkäisylle on myös vasta-aiheita.  
Tätä ehkäisyä ei tulisi käyttää, jos nainen on aiemmin sairastanut laskimotukok-  
sen tai jos lähisukulainen on sairastanut syvän laskimoveritulpan. Verenpaine ei  
saa ennen valmisteiden käyttöä olla koholla, koska valmisteet nostavat sitä jon-  
kin verran. Myöskään ylipainoinen (BMI > 35) tai yli 35-vuotias tupakoitsija ei  
saisi käyttää tätä ehkäisymenetelmää. Yhdistelmäehkäisyvalmisteita ei tule  
käyttää, jos naisella on iskeeminen sydänsairaus, aktiivinen maksasairaus, pe-  
rinnöllinen trombofilia tai jos hänellä on ollut aivohalvaus. Aurallinen migreeni,  
hormoneihin liittyvä syöpä, selvittämätön gynekologinen vuoto tai yli 40 vuoden  
ikä ehkäisyä aloitettaessa ovat myös vasta-aiheita. Markkinoilla on yksi valmiste

yhdistelmäehkäisytabletteja, jotka sopivat myös yli 40-vuotiaille tai yli 35-vuotiaille tupakoiville naisille. Valmiste sisältää luonnollista estrogeenia ja syproteroniasetaattia. (Tikka 2007, 607–608; Lähteenmäki 2004, 157.)

Yhdistelmäehkäisyvalmisteilla on tiettyjä sivuvaikutuksia, jotka yleensä häviävät kolmen kuukauden käytön jälkeen. Yleisimpiä niistä ovat välivuodot, päänsärky tai muu pahoinvointi, tunteiden ailahtelevaisuus, painonnousu ja turvotus, arat tai pingottuneet rinnat, lisääntynyt emätinvuoto, seksuaalinen haluttomuus sekä yleinen ärtyneisyys. Valmisteilla on monia hyviä vaikutuksia naisen terveyteen. Munasolun irtoaminen estyy, joten myös kohdunulkoiset raskaudet estyvät. Hemoglobiini pysyy hyvänä, koska vuodot niukentuvat. PMS-oireet ja kuukautiskivut vähenevät. Rintojen ja munasarjojen hyvänlaatuisia kasvaimia, endometrioosia, munatorvien tulehdusvaurioita ja sisäsynnyttelinten tulehduksia on vähemmän. Riski kohdun runko-osan sekä munasarjasyöpään pienenee. Yhdistelmäehkäisy hoitaa myös tehokkaasti aknea sekä liikakarvoitusta. Kuukautiskierto on säännöllinen ja ehkäisyteho on hyvä, mikäli valmistetta käytetään ohjeiden mukaisesti. (Tikka 2007, 609; Lähteenmäki 2004, 159.)

Suosituin hormonaalinen ehkäisymenetelmä on yhdistelmätabletit. Yhdistelmätabletteja on kiinteä- tai vaihtuva-annoksisia. Yleisempi eli kiinteäannoksinen tabletti sisältää jokaisessa pillerissä saman määrän estrogeenia ja progestiinia. Vaihtuva-annoksissa taas hormonien määrä tai niiden keskinäinen suhde tai kumpikin voivat vaihdella kuukautiskierron eri päivinä. Vaihtuva-annoksissa idea on se, että hormonit on yritetty saada seuraamaan normaalin kuukautiskierron estrogeeni-progesteroni suhdetta. (Lähteenmäki 159; Eskola & Hytönen 2002, 77.) Yhdistelmätabletit estävät hedelmöityksen estämällä munasolun kehittymisen. Kierron alussa FSH:n erittyminen vähenee, mistä johtuen munasolun kypsyminen estyy. Puolivälissä kiertoa myös LH:n erittyminen vähenee, ja näin ollen kohdunkaulakanavan lima pysyy sitkeänä siittiöitä torjuen koko kierron ajan. (Eskola & Hytönen 2002, 77.) Tabletteja otetaan kolmen viikon ajan eli 21 päivää alkaen kuukautiskierron ensimmäisestä päivästä. Kolmen viikon jälkeen pidetään viikon tauko, jolloin tyhjennysvuoto tulee. Vuoto ei ole tavallista kuukautisvuotoa, vaan tyhjennysvuoto, jonka aikana hormonipitoisuus laskee. Kuukautiskierto on siis 4 viikkoa eli 28 päivää. Tabletteja on mahdollista käyttää myös 2-6 kuukautta tauotta, jolloin tyhjennysvuoto tulisi vain 2-6 kertaa

vuodessa. Tämä harva rytmi on mahdollista myös renkaalla ja laastareilla. Tällaisesta pitkästä yhtäjaksoisesti käytöstä ei ole mitään muuta haittaa kuin mahdolliset välivuodot, jotka nekin ovat vain epämukavia, eivät vaarallisia. Monet kokevat pitkäjaksoisen käytön mukavana ja ehkäisyteho säilyy, kunhan käyttö on säännöllistä. Tablettien ehkäisyteho heikkenee erityisesti silloin, jos pillerin unohtaa ottaa alkukierrosta. Varsinkin naiset, joilla kuukautiset ovat hyvin kivuliaat tai runsaat, hyötyvät pitkäjaksoisesta käytöstä. Tällaista käyttöä voidaankin suositella, ellei naisella ole vasta-aiheita yhdistelmäehkäisyyn käytölle. (Tikka 2007, 607.)

Ehkäisyrenkaan- ja laastarin vaikutusmekanismi on samanlainen kuin yhdistelmätableteilla ja ne sisältävät samoja hormoneja. Niitä koskevat myös samat vasta-aiheet ja terveyshyödyt. Ehkäisylaastari laitetaan iholle kolmen viikon ajan, joka viikko vaihtaen. Sen jälkeen seuraa laastariton viikko. Laastarin voi laittaa vatsaan, pakaraan, olkavarren ulkoreunaan tai yläselkään. Välttääkseen ihoärsytyksen, on laastarin paikkaa hyvä vaihdella. Laastarin kanssa voi urheilla, uida ja sauna normaalisti. Ehkäisyrengas taas on emättimessä kolme viikkoa, jonka jälkeen se otetaan viikoksi pois, jolloin tyhjennysvuoto tulee. (Tikka 2007, 607–608; Eskola & Hytönen 2002, 78; Ihme & Rainto 2008, 62.)

### 5.2.2 Progestiiniehkäisyvalmisteet

Minitabletit, ehkäisykapselit eli implantit ja ehkäisyruiske ovat progestiiniehkäisyjä. Nämä sisältävät vain progestiinia, ja ovat hyviä vaihtoehtoja, jos naisella on vasta-aiheita yhdistelmäehkäisylle. Minitableteilla ehkäisy aloitetaan kuukautiskierron ensimmäisenä päivänä, kuten yhdistelmätableteillakin. Tabletti otetaan kerran päivässä ilman taukoviikkoa. Tabletti tulisi ottaa joka päivä samaan aikaan, jotta ehkäisyteho säilyisi. Jos lääkkeen ottaminen myöhästyy yli kolme tuntia, ehkäisyteho laskee. Tablettien progestiini muuttaa kohdunsuun limaa sitkeäksi ja niukaksi, joka estää siittiöiden pääsyn kohdunsuulta eteenpäin. Kohdun limakalvo muuttuu myös ohuemmaksi, joka taas vaikeuttaa hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä kohdun limakalvolle. Munasolu ei myöskään irtoa normaalisti, vaan siinäkin tapahtuu häiriöitä jopa 60 %:lla naisista. Minitablettien yleinen sivuvaikutus on vuotohäiriöt. Vuodot saattavat olla hy-

vinkin epäsäännöllisiä, mikä on lähinnä kiusallista, mutta ei vaarallista. Hoitajan on hyvä muistaa kertoa mahdollisesta vuotohäiriöstä ehkäisyä aloitettaessa. Minitabletteja ei tule käyttää, jos nainen on raskaana, jos hänellä on selittämätöntä gynekologista vuotoa, aiempi kohdunulkoinen raskaus tai todettu valtimosairaus. (Tikka 2007, 610; Lähteenmäki 2004, 160; Eskola & Hytönen 2002, 78.)

Ihonalaiset ehkäisykapselit eli implantit sopivat naiselle, jolla on pitkäaikainen ehkäisyntarve eikä vasta-aiheita progestiinille. Suomessa on markkinoilla joko kaksi- tai yksisauvaisia kapseleita. Kapselit vapauttavat tasaisella nopeudella progestiinia. Kaksisauvainen vapauttaa levonorgestreelia, joka riittää osalle naisista estämään ovulaation. Vaikka ovulaatio ei estyisikään, kapselit muuttavat kohdunkaulan liman sitkeäksi, mikä estää siittiöiden kulun kohtuun. Kaksisauvainen ehkäisee asennuksen jälkeen raskauden noin viisi vuotta alle 60 kiloilla naisilla. Yli 60 kiloisten naisten tulisi vaihdattua kapseli neljän vuoden välein. Yksisauvainen kapseli vapauttaa taas etonogestreelia, joka estää ovulaation ja ehkäisee kolme vuotta. Kapselit asentaa ihon alle olkavarren sisäsyrrään paikallispuudutuksessa lääkäri, joka myös poistaa kapselit. Kapselin ehkäisyteho alkaa 24 tunnin kuluttua implantaatin asetuksesta. Haittavaikutuksia ovat epäsäännölliset tiputteluvuodot ja paino voi nousta jonkin verran. (Tikka 2007, 610; Lähteenmäki 2004, 163; Eskola & Hytönen 2002, 78.)

Ehkäisyruiske sisältää myös vain progestiinia, ja sen ehkäisyteho säilyy kolme kuukautta. Suomessa käytettävä ruiske sisältää medroksiprogesteroniasetaattia 150 milligrammaa. Ruiske estää ovulaation ja se laitetaan aina kierron viiden ensimmäisen päivän aikana. Ruiske laitetaan syvälle lihakseen, eikä naisen paino rajoita tämän ehkäisyn käyttöä. Tämän ehkäisymenetelmän haittoja ovat vuotohäiriöt, kuukautisten poisjääminen, painonnousu sekä hedelmällisyyden palautuminen vasta 6-8 kuukauden kuluttua lääkkeen käytön lopettamisesta. Suomessa tätä ehkäisyä käytetään vähän. (Tikka 2007, 610–611; Lähteenmäki 2004, 164.)

### 5.2.3 Kierukat

Kierukka on kohdunsisäinen ehkäisyväline ja sopii parhaiten niille naisille, jotka haluavat pitkäaikaista ehkäisyä ja ovat synnyttäneitä. Kierukoita on kahdenlaisia, kupari- ja hormonikierukoita. Molempien rungot on valmistettu muovista, mutta kuparikierukassa vaikutusta tehostaa kuparilanka. Hormonikierukan muovisen varren ympärillä on keltarauhashormonia eli progestiinia paikallisesti erittävä säiliö. (Eskola & Hytönen 2005, 79.) Kierukoiden tarkkaa vaikutusmekanismia ei tiedetä, mutta tutkimusten mukaan molemmat kierukat toimivat siten, että ne estävät jonkin verran munasolun hedelmöittymistä ja tekevät kohdun limakalvon rakenteesta sellaisen, ettei hedelmöittynyt munasolu voi kiinnittyä kohtuonteloon. Hormonikierukan käyttäjällä myös kohdunsuulla oleva lima tulee sitkeämmäksi, jolloin siittiöiden kulku hankaloituu. (Tiitinen 2008.)

Kierukan käytön vasta-aiheita ovat raskauden epäily, synnytyselintulehdus sekä kohdun pahanlaatuinen kasvain tai sen epäily. Sen käyttöä voivat lisäksi estää poikkeavuus emättimen, kohdunkaulan tai kohdun runko-osan rakenteissa. Kuparikierukkaa ei myöskään suositella silloin, jos kuukautiset ovat aiemmin olleet kovin kivuliaita ja runsaita, naisella on anemioita tai hänellä on ollut kohdunulkoinen raskaus, koska sen käyttöön liittyvänä ongelmana pidetään kuukautisvuodon lisääntymistä. Samalla kuukautisten pituus kasvaa ja ne voivat olla kivuliaammat kuin aiemmin. Tätä voidaan helpottaa lääkkeillä, mutta usein ehkäisymenetelmää vaihdetaan tällöin johonkin toiseen. (Tiitinen 2008.) Kierukka lisää myös kohdun ulkoisten raskauksien riskiä, vaikkakin riski on pienempi verrattuna niihin jotka eivät käytä ehkäisyä lainkaan. (Tikka 2007, 605).

Kierukat on pakattu steriilisti ja lääkäri laittaa ne paikalleen tehden aina samalla sisä- ja ulkotutkimuksen. Tarvittaessa otetaan irtosolunäyte. Kierukka laitetaan useimmiten kuukautiskierron 1.-7. päivänä, koska tällöin kohdunkaulankanavan aukko on laajimmillaan. Kierukka asetetaan kohtuun kuljetusputkella siten, että kierukan päässä olevat langat jäävät emättimen ulkopuolelle. Langoista ylimääräinen osa katkaistaan pois, pituudeksi niille jää noin 2 cm. Jälkitarkastus tehdään kolmen kuukauden ja puolen vuoden välillä ja seurantatarkastukset vuosittain. Kierukan käytön alussa käyttäjää ohjataan tarkkailemaan vuotoja, sillä joillekin voi tulla alussa häiritseviä tiputteluvuotoja. Kun elimistö ajan myötä tottuu

kehossa olevaan vierasesineeseen, väliuodot yleensä häviävät itseksseen ilman hoitoa. (Eskola & Hytönen 2005, 79–80.)

On täysin normaalia, että kierukka laskeutuu hieman alaspäin kohdussa, mutta se tulee vaihtaa uuteen, jos se sijaitsee osittain tai kokonaan kohdun kaulakanavassa. Kierukka poistuu noin viidellä prosentilla käyttäjistä itseksseen, joiltakin jopa aivan huomaamatta. Nainen ohjataan kierukan poistolankojen tunnus-  
telemiseen kuukautisten jälkeen, mikä helpottaa tilanteen seuranta. Epäselvissä tilanteissa lääkäri näkee kaikututkimuksella onko kierukka kohtuontelossa. (Eskola & Hytönen 2005, 79–80; Tiitinen 2008.)

Myös kierukkaa pois otettaessa ajankohta pyritään sijoittamaan kuukautisvuodon aikaan. Jos kierukka poistetaan muuna aikana ja nainen on ollut yhdynnässä edeltävän viikon aikana ilman kondomia, tulee naisen käyttää jälkiekäisyä. Papa-löydöksiä ja emätintulehduksia ilmenee jonkin verran enemmän kierukan käyttäjillä, mutta vakavat tulehdukset ovat nykyään melko harvinaisia. (Tiitinen 2008.)

Hormoni- ja kuparikierukan käytön hyötyjä on paljon. Nainen voi tällöin itse päättää ehkäisystä ja vakituudessa suhteessa eläville kierukka on melko varma ja turvallinen ehkäisyväline. Kierukoiden ehkäisyteho pysyy viiden vuoden ajan, joten niiden käyttö on helppoa eikä tarvitse toistuvasti tehdä mitään toimenpiteitä. Niiden käyttö on myös halpaa, eivätkä ne häiritse sukupuolielämää. Ras-  
kaaksi voi tulla heti kierukan ottamisen jälkeen. Kierukoita suositellaan lähinnä synnyttäneille naisille, mutta kuparikierukka on hyvä myös niille synnyttämättömille naisille, joille ei sovi hormonaalinen ehkäisy, sekä vanhemmille tupakoiville naisille tämä on yksi vaihtoehto. Molemmat kierukat sopivat myös imetyksen aikana, koska niillä ei ole vaikutusta maidoneritykseen. (Eskola & Hytönen 2005, 80; Tiitinen 2008.)

Hormonikierukkaa pidetään hyvänä ehkäisymenetelmänä, koska siinä on samassa sekä kierukkaehkäisyn että hormonaalisen ehkäisyn hyviä puolia. Se on Suomessa keksitty ja siinä on useita terveyttä edistäviä vaikutuksia. Sen ehkäisyteho vastaa sterilisaatiota tai on jopa hieman parempi eli sitä voidaan pitää erittäin luotettavana. Keltarauhashormonin vaikutus on lähinnä paikallista, kohdussa tapahtuvaa ja se saa kohdun limakalvon lepotilaan. Vuodoista tulee niu-

kempia ja ne vähenevät eli hormonikierukalla voidaan välttää kuparikierukan yleisin haittavaikutus, lisääntynyt vuoto. Vuodot loppuvat täysin viidesosalla käyttäjistä, vaikkakin käytön alkuun kuuluu monilla ylimääräisiä vuotoja. Vuotojen vähenemisen myötä naisen hemoglobiini paranee ja naisen hyvinvointi lisääntyy. Hormonikierukkaa käytettäessä munasarjat toimivat kuitenkin normaalisti ja munasolu irtoa, koska verenkierrossa on niin pieniä määriä keltarauhashormonia. Hormonikierukka myös suojaa sisäsynnyttin tulehduksilta tehdessään kohdun kaulakanavan liman epäsuotuisaksi mikrobeille. Joillekin käyttäjille keltarauhashormoni voi kumminkin aiheuttaa alussa lieviä sivuoireita, kuten ihon rasvoittumista, lisääntynyttä karvoitusta ja mielialavaihtelua. (Eskola & Hytönen 2005, 81; Tiitinen 2008.)

#### 5.2.4 Estemenetelmät

Estemenetelmistä on Suomessa tarjolla vain kondomi ja Patentex oval<sup>®</sup>-ehkäisypuikko. Ehkäisypuikko sisältää spermisidiä ja sitä ei tule käyttää ainoana menetelmänä. Estemenetelmistä Suomessa ei ole varsinaisesti myynnissä pesaaria, ehkäisysientä tai muita spermisidejä kuin ehkäisypuikko. (Kivijärvi 2007.)

Kondomi on ainut ehkäisyväline, joka suojaa tulehduksilta ja seksitaudeilta, joten sen tärkeyttä ei voida hoitotyön ammattilaisina liikaa korostaa. Kondomi on ainoa miehellä oleva ehkäisymenetelmä vasektomian lisäksi. Myös naisille on kehitetty kondomeja, mutta niitä käytetään melko vähän. Kondomia tulisi käyttää aina uusissa ja satunnaisissa seksisuhteissa, vaikka käyttäisikin samalla jotain muuta ehkäisymenetelmää. Kondomin käytössä on huomioitava, että sitä voi vaurioittaa myös öljypohjaiset liukasteet tai emättimeen käytettävät lääkkeet. (Kivijärvi 2007; Kaplan 1993, 441.)

Naisten kondomi on valmistettu myös erittäin ohuesta muovista ja siinä on tukena kaksi joustavaa muovirengasta. Se asetetaan paikoilleen niiden avulla ennen yhdyntää siten, että sisempi eli pienempi rengas, joka on suljetussa päässä, liukuu häpyluun taakse paikalleen. Ulompi eli isompi rengas on emättimen ulkopuolella. Tämä ehkäisymenetelmä suojaa niin ulkosynnyttimiä kuin emätintäkin sukupuolitaudeilta. Tavallisen kondomin kanssa tätä ei saa käyttää,



koska kitka voi rikkoa molemmat kondomit. Yksinään ollessaan naisten kondomien kestävyys on samaa luokkaa kuin tavallistenkin kondomien. (Tikka 2007, 603–604.) Kallis hinta on kuitenkin ollut yksi este sen yleistymiseen (Eskola & Hytönen 2005, 76).

Miehille laitettavia kondomeja on olemassa paljon erilaisia. Koossa on eroja niin pituuden kuin paksuudenkin suhteen, osa on muotoiltuja ja joihinkin on lisätty erilaisia makuja. Kondomeja on helposti saatavilla, joten kynnys hankkia niitä on pieni. Käytössä tulee muistaa seuraavia asioita. Ensin tulee huomioida, että pakkaus on ehjä ja se tulee avata varovasti. Kynnet ja terävät osat esimerkiksi vaatteissa voivat helposti rikkoa kondomin. Sitten tulee tarkistaa, miten kondomi lähtee rullautumaan auki. Kondomin päähän tulee muistaa jättää tyhjä tila siemennesteelle. Kahta kondomia ei voi käyttää päällekkäin, koska tällöin syntyy kitkaa, joka rikkoo kondomit herkästi. Yhdynnän jälkeen miehen tulee ottaa siitin ulos emättimestä erektion aikana pitäen samalla kiinni kondomin tyvestä. Tarvittaessa liukuvoiteena saa käyttää vesiliukoista tai silikonipohjaista liukuvoidetta. Jos kondomi rikkoutuu, jota tapahtuu noin viidessä prosentissa yhdynnöistä, tai se luistaa pois paikoiltaan, tulee muistaa jälkiehkäisyn tärkeys. Kondomi hävitetään sekajätteiden mukana. (Tikka 2007, 603.)

Ensimmäisiä naisten ehkäisyvälineitä on ollut pessaari. Se on lateksista valmistettu ohut kuppi, joka asetetaan kohdunsuulle ja oikea koko saadaan selville hoitajan tai lääkärin avustuksella. Sen kanssa tulee muistaa aina käyttää spermisidiä. Virtsatietulehdusten riski on suurentunut pessaarin käytön yhteydessä. (Kivijärvi 2007.) Pessaari asetetaan paikoilleen 10- 30 minuuttia ennen yhdyntää ja otetaan pois 6-12 tunnin kuluttua yhdynnästä. Se ei ole kertakäyttöinen eli se tulee muistaa pestä huolellisesti haalealla vedellä ja kuivata jokaisen käytön jälkeen. Näin ollen se on melko hankala käyttää, eikä sen ehkäisyteho ole yhtä hyvä kuin oikein käytetyllä kondomilla. Se kestää käytössä noin vuoden. (Eskola & Hytönen 2005, 76; Tikka 2007, 603.)

Spermisidit ovat kemiallisia valmisteita, jotka tuhoavat siittiöitä. Lisäksi niissä oleva silikoni tekee kalvon kohdunsuulle, mikä estää siittiöiden kulkua. Niitä käytetään suoraan emättimeen vaahtona, ehkäisypuikkona, geelinä tai voiteena. Niiden teho pysyy yhdestä kahteen tuntiin ja niitä on aina laitettava ennen

yhdyntää. Haittapuolena näissä on paikalliset ärsytysoireet ja epäsiisteys. Ehkäisyteho on paljon huonompi kuin oikein käytetyllä kondomilla. (Tikka 2007, 603.)

Ehkäisysieni on spermisidillä kyllästetty sienimäinen pessaari. Se on kertakäyttöinen ja niitä on vain yhtä kokoa. Sieni kostutetaan ensin vedellä ja laitetaan sitten emättimeen kohdunnapukkaa peittämään. Se teho perustuu siihen, että se estää siittiöiden liikkumisen ja imee siemennestettä itseensä. Sen käytössä on riski toksiselle sokki-oireyhtymälle. (Eskola & Hytönen 2005, 76; Kivijärvi 2007.)

Estemenetelmien teho ehkäisyvälineinä on riippuvainen suurelta osin käyttäjästä ja useimmiten niitä osaavat parhaiten käyttää tottuneet käyttäjät, vakituksessa parisuhteessa elävät ja iäkkäämmät käyttäjät. Estemenetelmien yhteydessä tulee kuitenkin hoitajana kertoa myös jälkiehkäisyn mahdollisuudesta. Raskaaksi tulemisen riskiä lisäävät unohdukset, motivaation puute, käyttövirheet sekä ajoitus ja herkkä rikkoutuminen. (Tikka 2007, 603.)

#### 5.2.5 Luonnonmenetelmät

Luonnonmenetelmiä ovat varmat päivät, keskeytetty yhdyntä ja täysimetys. Varmat päivät tarkoittavat sitä, että pari välttää yhdyntää niinä päivinä, jolloin on todennäköisintä tulla raskaaksi tai käyttää pelkästään niinä päivinä estemenetelmiä. Eli toisin sanoen naisen tulee tietää munasolun ja siittiöiden elinikä sekä ovulaationsa ajankohta. Tämän edellytyksenä on melko säännöllinen kuukautiskierto ja ovulaation merkkien tunnistaminen. Säännöllinen täysimetys on myös luonnonmukainen ehkäisykeino ja siitä kerrotaan tarkemmin luvussa Synnytyksen jälkeinen ehkäisy. (Eskola & Hytönen 2005, 75; Kivijärvi 2007.)

Keskeytetyn yhdynnän teho perustuu siihen, että mies ottaa siittimensä pois emättimestä ennen siemensyöksyä. Tämä menetelmä on melko epävarma sen vuoksi, että jo seksuaalisen kiihottumisen aikana erittyy siittiöitä. Huonona puoleena pidetään myös sitä, että yhdynnän aikana menetelmä voi aiheuttaa turhaa

jännitystä molemmille osapuolille, eikä nainen aina ennätä saamaan seksuaalista tyydytystä. (Eskola & Hytönen 2005, 75.)

Rytminen menetelmässä lasketaan varmat päivät. Hedelmällisen ajanjakson ajatellaan kestävän noin kymmenen vuorokautta, vaikka munasolu on hedelmöityskykyisenä vain alle 20 tuntia ovulaatiosta. Siittiöt sen sijaan säilyvät hedelmöityskykyisenä usein kolme vuorokautta, mutta myös jopa 6-7 vuorokautta. Eli, jos naisella on säännöllinen 28 päivän kuukautiskierto, niin varmoina päivinä voitaisiin ajatella kahdeksaa ensimmäistä ja kymmentä viimeistä päivää. On myös olemassa erilaisia keinoja selvittää ovulaation tarkempaa ajankohtaa. Niitä ovat ovulaatiotestit, lämmönmittaus ja liman erittymisen tarkkailu. Ruumiinlämpötila muuttuu ovulaation aikana. Peruslämpö kohoaa 0.3–0.5 astetta munasolun irrottua ja tällöin hedelmällisin ajankohta on ohitettu. Liman erittymisen alkaminen on merkki siitä, että on mahdollista tulla raskaaksi ja viidentenä päivänä runsaimmasta liman eritystä päivästä raskaaksi tulon mahdollisuus loppuu. (Kivijärvi 2007.)

Luotettavuus riippuu paljon käyttäjästä ja ehkäisytehon vaihteluväli onkin todella suuri. Luonnonmenetelmät ovat kaiken kaikkiaan melko epäluotettavia ja niitä tuleekin suositella vain niille, joille ei ole harmillista tulla raskaaksi. (Kivijärvi 2007.) On tärkeää huomioida, että vain yhdellä prosentilla naisista on täysin säännöllinen kierto ja se lisää virhemarginaalin kalenterimenetelmässä jopa 20 %:iin. Luotettavuutta voidaankin lisätä siten, että nainen laskee varmat päivänsä lyhyimmän ja pisimmän kierron mukaan. On kuitenkin tärkeää, että hoitajat osaavat neuvoa myös luonnonmukaisia ehkäisy menetelmiä, koska joillakin asiakkailla vakaumus voi olla esteenä muiden menetelmien käytölle. (Eskola & Hytönen 2005, 75; Tikka 2007, 604.)

#### 5.2.6 Sterilisaatio

Maailman yleisin ehkäisy menetelmä on sterilointi. Se voidaan tehdä joko naiselle tai miehelle. Vuonna 2005 26 % kaikista sterilisaatioista tehtiin miehille. Joissakin maissa sterilisaatio on sallittu vain naisille. Suomessa on sterilointia koskeva lainsäädäntö, joka on ollut voimassa vuodesta 1970 lähtien. (Tikka 2007,

612; Lähteenmäki 2004, 169; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 100; Faxelid 1993, 484.) Vuonna 1985 lakia muutettiin niin, että jo 30 vuoden ikä riitti perusteeksi sterilisaatioon (Sihvo & Koponen 1998, 24). Lain mukaan asiakkaalla on sterilointiin oikeus omasta hakemuksestaan yhden lääkärin päätöksellä, jos hakija on täyttänyt 30 vuotta tai synnyttänyt kolme lasta tai on kolmen alaikäisen lapsen huoltaja. Kaksi lääkäriä tekee päätöksen, kun raskaus olisi hengenvaarallinen hakijalle tai hakijalla on epätavallisen huonot mahdollisuudet muuten ehkäistä raskautta. Terveystieteiden tutkimuskeskus, nykyiseltä nimeltään sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto eli valvira, tekee päätöksen steriloinnista, kun voidaan epäillä, että hakijan tulevilla lapsilla olisi tai heille kehittyisi vaikea sairaus tai ruumiinvika tai kun hakija jostain syystä on kyvytön hoitamaan lapsia. Valvira voi tehdä päätöksen myös tilanteessa, jossa lääkärin päätös on kielteinen. Laki edellyttää myös sitä, että hoitajina kerromme asiakkaalle tarkasti sterilisoimisen merkityksen ja vaikutukset sekä mahdolliset muut keinot ehkäistä raskautta. Meidän on tunnettava sterilisaatiolaki, jotta osaamme kertoa asiakkaalle hänen oikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan, jotka laki turvaa. On myös tärkeää, että kerromme asiakkaalle konkreettisesti miten sterilisaatio tehdään sekä millaisia vaikutuksia sillä tulevaisuudessa on elämään sekä erityisesti seksuaaliterveyteen. Vaikka puolison lupaa sterilointiin ei tarvita, olisi kumppanin suotavaa olla mukana tilanteessa, kun asiasta keskustellaan. Näin voidaan myös arvioida, kannattaako sterilointi tehdä miehelle vai naiselle. (Tikka 2007, 612; Lähteenmäki 2004, 169; Eskola & Hytönen 2002, 83.)

Naisille sterilisaatio tehdään nykyään lähes aina laparoskopiassa, jossa munanjohtimiin asetetaan puristimet. Komplikaatioita voivat olla muun muassa verenvuodot sekä infektiot. Toimenpiteen jälkeen kuukautiset jatkuvat normaalisti, koska leikkaus ei vaikuta hormonitoimintaan. Miesten sterilisaatio eli vasektomia tehdään yleensä avoleikkauksena, jossa siemenjohtimista molemmilta puolilta poistetaan pienet palat. Miehelläkin komplikaatioina saattaa olla infektiota tai verenpurkaumia. (Lähteenmäki 2004, 170.) Sterilointia tulisi hoitajana silti suositella vasta, kun nainen on yli 35-vuotias tai mies yli 45-vuotias. Aina on hyvä muistuttaa asiakkaalle, että toimenpide on lopullinen. Steriloinnin purkaminen myöhemmin on vaikeaa ja usein saattaa olla jopa mahdotonta. Kun asiakas on varma siitä, ettei enää missään tilanteessa halua lapsia, sterilointi on silloin

hyvä ja varma ehkäisykeino. (Tikka 2007, 612.) Raskaustoiveet voivat muuttua, jos puoliso kuolee, tulee avioero tai lapsi sairastuu vakavasti. Jos naisella ja miehellä on ongelmia parisuhteessaan jo sterilisaatiota harkitessa, ei sterilisaatiota tulisi tehdä. (Lähteenmäki 2004, 170.)

### 5.2.7 Synnytyksen jälkeinen ehkäisy

Synnytyksen jälkeinen ehkäisy valitaan sen mukaan imettääkö äiti vai ei. Imetys toimii ehkäisykeinona, koska se estää äidin normaalin kuukautissyklin käynnistymisen. Imetys on tehokas ja 98 %:n varma ehkäisymenetelmä, jos kaikki seuraavat kohdat täyttyvät: äidillä ei ole vielä synnytyksen jälkeen kuukautiset tulleet, lapsi on täysimetetty ja alle kuuden kuukauden ikäinen. Täysimetetty tarkoittaa sitä, että äiti imettää lapsentahtisesti, kuitenkin niin, että pisin imetysväli on alle kuusi tuntia. Jos äiti ei imetä, ensimmäiset kuukautiset voivat tulla jo reilun kuukauden kuluttua synnytyksestä ja hedelmällisyys palautuu nopeasti, joten ehkäisy tulisi aloittaa heti synnytyksen jälkeen, kun yhdynnät alkavat. (Koskinen 2008, 41–42; Tikka 2007, 611; Elomaa 1997, 105–108.) Imetystiheyden merkitys on suuri ehkäisytehon ylläpitäjänä. Gray ym.(1993, 743) ovat tutkimuksessaan todenneet, että tiheä imetysrytmi siirtää ensimmäistä raskaudenjälkeistä ovulaatiota myöhemmäksi.

Paras vaihtoehto alkuun on kondomi. Kun synnytyksestä on kulunut puoli vuotta, lapsi saa lisäravintoa tai kun kuukautiset ovat alkaneet, tulisi siirtyä käyttämään tehokkaampia raskauden ehkäisymenetelmiä. Kierukat, spermisidit, sterilisaatio tai progestiiniehkäisy eivät vaikuta maidontuotantoon, ja niitä voi käyttää heti synnytyksen jälkeen. Yhdistelmäpillerit tulisi ottaa käyttöön vasta ensimmäisten kuukautisten yhteydessä, koska ne voivat vähentää maidon eritystä. Kupari- tai hormonikierukan voi asentaa kuusi viikko synnytyksen jälkeen, esimerkiksi jälkitarkastuksen yhteydessä. Kierukat eivät vaikuta imetykseen eikä sitä kautta vauvaan. (Tikka 2007, 611; Elomaa 1997, 105–108.)

### 5.2.8 Jälkiehkäisy

Jälkiehkäisyä käytetään suojaamattoman yhdynnän jälkeen joko hormonivalmisteena tai kuparikierukkaa käyttäen. Vuonna 2002 ja sen jälkeen yli 15-vuotias on saanut hankkia ehkäisytabletteja ilman reseptiä apteekista. Seuraavana vuonna jälkiehkäisyn käyttö kasvoi 62 %. Jälkiehkäisyn tavoitteena on ei-toivottujen raskauksien ehkäiseminen ja raskaudenkeskeytysten vähentäminen. Jälkiehkäisyn pyrkimys on estää raskaus jo ennen hedelmöitymistä. Kohde-ryhminä ajatellaan olevan erityisesti nuoret, kondomiehkäisyn käyttäjät, imettävät äidit ja seksuaaliväkivallan uhrit. (Eskola & Hytönen 2005, 79.; Tikka 2007, 604; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007, 100.)

Erityisesti silloin tulisi käyttää jälkiehkäisyä, jos on keskikierron aikana ollut suojaamattomassa yhdynnässä, ehkäisytablettien käytössä on tapahtunut yli kahden pillerin unohduksia tai jos kondomi on rikkoutunut tai jäänyt emättimeen. Jälkiehkäisy on tarkoitettu käytettäväksi vain äärimmäisessä tarpeessa ja korkeintaan kolme kertaa vuodessa. Sitä tuleekin hoitajana korostaa. (Eskola & Hytönen 2005, 79.; Tikka 2007, 604.)

Jälkiehkäisytabletit eivät sovi, jos naisella on maksa- munuais- tai verenpainsairaus. Imetys ei ole esteenä jälkiehkäisylle, vaikka lääke imeytyy äidinmaitoon. Imettämistä tulee kuitenkin välttää kuusi tuntia tabletin oton jälkeen. Tablettien suurien hormonimäärien vuoksi sivuvaikutuksina voivat tulla päänsärkyä, rintojen pingottuneisuutta, pahoinvointia ja jopa oksentelua sekä tiputteluvuotoa. (Eskola & Hytönen 2005, 79.; Tikka 2007, 604.)

Jälkiehkäisytabletteina ilman reseptiä käytetään levonorgestreeliä yksistään. Hoitoon kuuluva annos tulee ottaa mahdollisimman pian yhdynnän jälkeen, mielellään 12 tunnin kuluessa, mutta viimeistään 72 tunnin kuluessa. Uusi lääkeannos tulee ottaa, jos nainen oksentaa kolmen tunnin kuluessa lääkkeen ottamisen jälkeen. Lääkkeen teho paranee sen mukaan, miten pian hoito saadaan aloitettua yhdynnän jälkeen. Jälkiehkäisystä ei ole apua jo raskaana oleville. Loppukierron ajan tulee huolehtia normaalisti ehkäisystä. Lääkärintarkastus olisi syytä tehdä kolmen viikon kuluttua jälkiehkäisystä tilanteen tarkastamiseksi ja jatkoehkäisyn suunnittelemiseksi sekä raskaustesti tehdään aina, jos kuukauti-

set ovat myöhässä vähintään viikon. (Eskola & Hytönen 2005, 79; Käypähoito 2005.)

Jos käytetään kuparikierukkaa jälkiehkäisymenetelmänä, se tulisi laittaa viiden vuorokauden sisällä suojaamattomasta yhdynnästä. Se laitetaan yleensä kuitenkin vain pitkäaikaiseen ehkäisyntarpeeseen synnyttäneelle naiselle. Hormonikierukkaa ei käytetä jälkiehkäisyssä. (Eskola & Hytönen 2005, 79.)

## 6 TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyömme tavoitteena on helpottaa maahanmuuttajien kanssa työskentelevien ohjaustyötä ehkäisyneuvonnassa ja auttaa ulkomaalaista asiakasta ymmärtämään neuvonta oikein. Tarkoituksena meillä on tuottaa ohjauskansio ehkäisyneuvonnasta viidellä eri kielellä selventävien kuvien kera.

Ohjauskansion tavoitteena on toimia ehkäisyneuvonnan apuvälineenä, joka helpottaa maahanmuuttajien kanssa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten työtä. Ohjauskansion tarkoituksena on olla selkeä ja helppokäyttöinen apuväline, joka sisältää keskeisimmät ehkäisyneuvonnan aihealueet. Sitä terveydenhoitajat ja kättilöt voivat käyttää esimerkiksi neuvoloissa ja lapsivuodeosastoilla.



## 7 PROJEKTI OPINNÄYTETYÖNÄ

### 7.1 Mikä on projekti?

Projekti on ennalta suunniteltu prosessi, jonka tekijöillä on sovitut tehtävät ja vastuu projektin työstämisestä loppuun. Projekti on aina ainutkertainen ja sen tavoitteet asetetaan etukäteen. Projektin tekemiselle varataan tietty aika ja budjetti. Suunnittelusta tehdään kirjallinen projektisuunnitelma. Projektilla pyritään muuttamaan jokin jo olemassa oleva tilanne. Projektin päämäärään pääsemiseksi tulee ideoida, suunnitella sekä toteuttaa. (Koskenvaara 2009.)

Projektilla on selkeä ennalta määrätty alku ja loppu, sekä niiden välissä sarja toimintoja määrätyssä järjestyksessä. Toiminnot ovat riippuvaisia toisistaan. Aikaisempi toiminto antaa pohjan seuraavalle toiminnolle. Projektin ainutkertaisuus tarkoittaa sitä, että sitä ei ole toteutettu samanlaisena aikaisemmin, eikä sitä myöskään toteuteta täysin samanlaisena jälkeinpäinkään. Projekti on aina pyrittävä toteuttamaan loppuun asti ja tulisi vastata asiakkaan tai projektin tilanteen toivomuksia. (Helsingin yliopisto 2006.)

### 7.2 Projektin aloitus ja suunnitleminen

Aloitimme projektin syyskuussa 2008. Koululta kerrottiin, että ulkomaalaispalvelu tarvitsee ohjauskansioita maahanmuuttajien kanssa työskentelyyn. Otimme yhteyttä ulkomaalaispalvelun terveydenhoitajaan ja hänen luona käydessään aihe tarkentui. Tapaamisen jälkeen aloimme etsiä lähdemateriaalia ja lukea kirjallisuutta sekä suunnitella tarkemmin työmme sisältöä.

Tammikuussa 2009 tapasimme ulkomaalaispalvelun johtajan ja kirjoitimme sopimuksen opinnäytetyöstä. Ulkomaalaispalvelun terveydenhoitaja oli vaihtunut, joten kävimme alkuvuodesta kertomassa työstämme hänellekin. Kävimme hänen kanssaan keskustelua kansion sisällöstä ja tiedonhausta sekä kansion tarpeellisuudesta. Hänen kauttaan pääsimme myös kuuntelemaan somalalaisen luentoa, joka käsitteli somalien kulttuuria ja naisten asemaa siinä.

### 7.3 Projektin toteutumisvaihe

Kirjoitimme ensin työn teoriaosan lähes kokonaan valmiiksi, ja sen jälkeen aloimme koota ohjauskansiota. Näin ollen teoriaosa toimi pohjatietona asiakasryhmistä, joille kansio suunnataan. Kevään 2009 ajan yritimme löytää kääntäjiä työllemme, mutta se osoittautui luultua haasteellisemmaksi. Kirjoitimme kansion tekstiosuudet ensin suomeksi ja sitten lähetimme työn kuvittajalle. Sen jälkeen jatkoimme työtä yhteistyössä kääntäjien kanssa.

Kansion ohjeista teimme mahdollisimman helppolukuiset ja ulkoasussa kiinnitimme huomiota selkeyteen. Työn tekeminen oli aikaa vievää ja haasteellista. Motivaatiota on lisännyt tieto siitä, että kansiolle on tarvetta. Löysimme kääntäjät työhömme ja Tampereen kaupungin kanssa yhteistyössä saimme kansion valmiiksi.

### 7.4 Ohjauskansion arviointi

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli ohjauskansio ehkäisyneuvonnasta vieraasta kulttuurista tuleville. Suunnitelmamme mukaan kansion piti valmistua kesän aikana. Aikatauluun tuli muutoksia, koska kääntäjien löytäminen osoittautui luultua hankalammaksi ja käännöstyön kallis hintataso yllätti meidät. Tampereen kaupunki halusi auttaa meitä kustantamalla käännöskulut, koska kansio menee heidän käyttöönsä. Muutokset suunnitelmiimme venyttivät aikataulua parilla kuukaudella. Olemme tyytyväisiä, että saimme työllemme ammattikäntäjät, koska se lisää kansion luotettavuutta.

Ohjauskansion tavoitteena oli toimia ehkäisyneuvonnan apuvälineenä, joka helpottaa maahanmuuttajien kanssa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten työtä. Työmme tarkisti Tampereen kaupungin terveydenhoitaja ja hän antoi muutamia korjausehdotuksia, jotka teimme. Lopullisesta versiosta hän oli sitä mieltä, että siinä on tiivistetysti kerrottu tärkeimmät asiat jokaisesta ehkäisyvaihtoehdosta. Hoitotyön päällikön mielestä kansiomme on käyttökelpoinen. Arabian kielen tulkkimme Mona Juvonen oli innostunut kansiomme ideasta ja toivoo, että tulevaisuudessakin tehtäisiin enemmän maahanmuuttajille suunnat-

tuja ohjauskansioita heidän omalla kielellään. Valitettavasti emme voi vielä arvioida kansion toimivuutta työelämässä, koska saimme sen valmiiksi vasta samaan aikaan kuin työmme teoriaosankin.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan kuvataiteilija Paula Suomisen oli tarkoituksena kuvittaa koko kansio kesän aikana. Työkiireidensä vuoksi hän piirsi osiin kuvista vain rungot. Tarkensimme ja muokkasimme kuvia tietokoneella sekä loput kuvat piirsimme itse. Jälkeenpäin ajatellen olisimme voineet käyttää kuvitukseen enemmän aikaa, jotta olisimme saaneet lisää selventäviä kuvia. Kansion kuvittaminen sekä kuvien suunnittelu, asettelu ja kokoaminen olivatkin yllättävän työläitä ja aikaa vieviä, minkä vuoksi kuvia on vähemmän kuin alun perin suunnittelimme. Kuvat, joita käytimme työssämme, ovat mielestämme selkeitä ja informatiivisia.

Ohjauskansion tarkoituksena oli olla selkeä ja helppokäyttöinen apuväline, joka sisältää keskeisimmät ehkäisyneuvonnan aihealueet. Ohjauskansion tekstin kirjoitimme työmme teoriaosan pohjalta. Kansioon pyrimme tekemään mahdollisimman napakan ja selkeän tekstityksen. Pääkohtien poimiminen kustakin ehkäisyvaihtoehdosta lyhyesti, mutta informatiivisesti oli melko haasteellista. Olemme kuitenkin tyytyväisiä kansion asiasisältöön.

## 8 POHDINTA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Suomeen on tullut viime vuosina paljon maahanmuuttajia eri kulttuureista. Kansiomme on ajankohtainen ja tarpeellinen työväline ehkäisyneuvontaa antaville kätilöille ja terveydenhoitajille. Työmme teoriaosassa perehdymme yleisesti ohjausmenetelmiin sekä viiden valitsemamme kulttuurin tapoihin. Vieraasta kulttuurista tulevan ohjaus tuo lisähaastetta terveydenhuollon ammattilaisille. Haastetta tuo erilaisten elämäntapojen lisäksi vieras kieli. Myös ihmisten suhtautuminen seksuaalisuuteen vaihtelee suuresti kulttuurista riippuen. Kulttuureissa, joissa seksuaalisuuteen suhtaudutaan pidättyväisesti, naisilla ei juurikaan ole tietoa eri ehkäisyvaihtoehdoista. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää, että maahanmuuttajat saavat Suomessa ehkäisyneuvontaa omalla äidinkielellään.

Opinnäytetyömme teoriaosaa tehdessä mietimme monia eettisiä ristiriitoja. Pohdimme, kuinka paljon maahanmuuttajan kulttuurisia toiveita voi toteuttaa suomalaisessa hoitotyössä. Usein näemme eri kulttuurin ja uskonnon vain ongelmana. Hoitotyön ammattilaisina meidän tulisi kuitenkin kunnioittaa eri kulttuureita ja tapoja sekä kuunnella heidän toiveitaan. Mahdollisuuksien mukaan tulisi huomioida toiveet hoidon ja ohjauksen suhteen. Hoitotyön ammattilaisen tulee muistaa, että joillekin uskonto tuo tiukat rajoitteet arkielämään. Potilas ei silti ole vain tietyn uskonnon edustaja, vaan yksilö, jota on kohdeltava tasavertaisesti. Uskonto ja tavat eivät saa olla este hyvälle ohjaukselle ja hoidolle. Usein keskustelulla ja ymmärtävällä asenteella päästään kaikkia tyydyttävään ratkaisuun. Hoitotyön periaatteiden mukaan hyvässä hoidossa tulisi toteutua sekä asiakkaan itsemääräämisoikeus että turvallinen hoito ja riittävä tiedon jakaminen.

Työmme on suunnattu kätilöille ja terveydenhoitajille, jotka toimivat työssään lisääntymisterveyden asiantuntijoina. Kokemuksemme mukaan koulutuksessa ei perehdytä paljoakaan työskentelyyn maahanmuuttajien kanssa, joten työmme teoriaosa antaa pohjatietoa siitä ja ohjauskansio toimii apuvälineenä työelämässä. Ohjauskansioon on koottu pääkohdat eri ehkäisymenetelmistä, mutta ohjausmenetelmistä ja kulttuureista kerromme vain opinnäytetyön teoriaosassa. Kansio on käännetty venäjän, somalin, kurdin, arabian ja thain kielelle. Kansio-

omme on helppokäyttöinen, koska se ei edellytä, että ohjauspaikalla olisi tietokone tai piirtoheitin.

Ohjaus ja seksuaaliterveys kuuluvat sekä kättilön että terveydenhoitajan työnkuvaan ja heidän työtä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Nämä tulevat erityisesti esille työskenneltäessä vieraasta kulttuurista tulevan kanssa. Työmme alussa käsittelemme vieraasta kulttuurista tulevan ohjausta ja neuvontaa. Ohjauksen merkitys korostuu teoriaosassamme, jossa kerromme erilaisista ohjausmenetelmistä. Seksuaaliterveys on käsitteenä hyvin laaja ja se pitää sisällään muun muassa ehkäisyasiat ja naisen roolin parisuhteessa.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli helpottaa maahanmuuttajien kanssa työskentelevien ohjaustyötä ehkäisyneuvonnassa ja auttaa ulkomaalaista asiakasta ymmärtämään neuvonta oikein. Tarkoituksena meillä oli tuottaa ohjauskansio ehkäisyneuvonnasta. Ohjauskansion tavoitteena oli helpottaa ehkäisyneuvontaa ja tarkoituksena oli olla selkeä ja helppokäyttöinen apuväline, joka sisältää keskeisimmät ehkäisyneuvonnan aihealueet.

Tavoite ja tarkoitus opinnäytetyössämme toteutuivat. Uskomme, että työmme helpottaa terveydenhoitajia ja kättilöitä heidän työssään. Kansio auttaa maahanmuuttajia, joilla on huono suomen kielen taito, valitsemaan Suomessa käytävistä erilaisista ehkäisyvaihtoehdoista itselleen parhaimman. Teoriaosaan kokosimme tietoa kattavasti, vaikka lähteitä ei määrällisesti ole kovin paljon. Ne ovat kuitenkin puolueettomia ja luotettavia. Puolueettomuudella tarkoitamme sitä, että monesti uskonto, kulttuuri ja ehkäisy jakavat voimakkaasti mielipiteitä. Emme kuitenkaan ole käyttäneet lähteitä, joissa tällainen olisi tullut esille. Tuoreita lähteitä oli niukasti ja vanhemmista lähteistä valitsimme luotettavimmat. Tästä saatava luotettava tieto auttaa hoitotyön ammattilaista kohtaamaan vieraasta kulttuurista tuleva asiakas.

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkäaikainen ja haasteellinen prosessi. Aluksi oli vaikeaa löytää kummankin suuntautumisvaihtoehtoon sopiva aihe opinnäytetyöhön. Aiheen löydyttyä ja työskentelyn alettua olemme oppineet muun muassa tiedon hakemista ja sen luotettavuuden arviointia sekä atk-taitoja. Työskentelymme kahdestaan on ollut suuri voimavaramme niin haastavina kuin hel-

pompinakin aikoina. Yhteistyömme on sujunut todella hyvin, vaikka yhteisen ajan löytäminen on ollut välillä vaikeaa. Opittavaa meillä riittää vielä ajankäytön ennakoimisesta ja suunnitelmallisuudesta. Opinnäytetyömme ohjauskansion avulla sekä teoriaosan tuomien valmiuksien pohjalta on enemmän rohkeutta kohdata ohjaustyössä vieraasta kulttuurista tulevia ja eri kieltä puhuvia asiakkaita.

Ideoita jatkoaiheille saimme ulkomaalaispalvelun terveydenhoitajilta. He ehdottivat samantyyppisiä kansioita maahanmuuttajille terveysneuvonnan eri aihealueista, esimerkiksi naiseksi kehittymisestä ja lasten hoidosta. Kuten olemme työharjoittelujaksoilla todenneet, ohjausmateriaalia ulkomaalaisille asiakkaille heidän omalla kielellään on erittäin vähän. Esimerkiksi joillakin pienillä paikkakunnilla ei ole mahdollisuutta tulkkipalveluihin, joten kirjalliset ohjeelliset ja muu materiaali ovat tärkeitä.

## LÄHTEET

- Aallas, E. 1991. Somalishokki. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Alitolppa-Niitamo, A. 1993. Kun kulttuurit kohtaavat. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset.
- Cools, C., Kahla, E. & Tuominen, R. 1998. Kasvotusten potilaan kanssa. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY, 34–48.
- Elomaa, K. 1997. Ehkäisy. Helsinki: Gummerus.
- Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.
- Essak, B. kättilö, terveydenhoitaja, pari- ja seksuaaliterapeutti. 2009. Luento 16.2.2009. Aids-tukikeskus.
- Faxelid, E. 1993. Framkallad abort samt sterilisering. Teoksessa Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen. (toim.) 1993. Lärabok för barnmorskor. Sweden: Studentlitteratur, 477–486.
- Fintra. 1999. Kulttuureja ja käyttäytymistä. Aasia. Helsinki: Painotalo MIKTOR.
- Gray, R., Campbell, O. & Eslamic, S. ym. 1993. The return of ovarian function during lactation: results of studies from the United States and the Philippines. Oxford. Teoksessa Lawrence R.A. & Lawrence R.M. 2005. Breastfeeding. A guide for the medical profession. Philadelphia: Mosby. 743.
- Hajjar, A. 2004. Seksuaalisuus ja intiimiys islamissa. Teoksessa Brusila, P. (toim.) 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 98–115.
- Hallenberg, H. 2004. Seksuaalisuus islamin maissa. Teoksessa Brusila, P. (toim.) 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 74–97.
- Hankonen, A. ym. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Oulu: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. 23–31
- Helsingin yliopisto. 2006. Projektin määritelmä. Luettu 20.10.2009. <http://www.ling.helsinki.fi/kit/2006k/clt310pro/yleista/maaritelma.shtml>
- Hupli, O. 1997. Thaimaa – tuhansien hymyjen maa. Thailand: Media Point Cl.
- Husu, K. 2007. Maahanmuuttajaperhe neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi. 393–398.

Ihme, A. Rainto, S. 2008. Naisen terveys: seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.

Iso-Kivijärvi, M. ym. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Oulu: Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu. 10–18

Kaplan, A. 1993. Familjeplanering. Teoksessa Faxelid, Hogg, Kaplan & Nissen. (toim.) 1993. Lärobok för barnmorskor. Sweden: Studentlitteratur. 437–476

Karmela, L., Mannila, S., Jasinskaja-Lahti, I., Jaakkola, M., Kyntäjä, E. & Reuter, A. 2004. Venäläinen, virolainen ja suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. Tampere: Tammer-Paino.

Kasala, K. 2004. Tämä on suuri salaisuus- ortodoksisen kirkon näkökulmia seksuaalisuuteen. Teoksessa Brusila, P. (toim.) 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 56–73.

Kanervo, S. & Saarinen, T. 2004. Kulttuurit keskuudessamme. Turku: Turun kulttuurikeskus.

Ketola, O., Kovasin, M. & Suominen, T. 1995. Peiton alta. Hoitaminen kulttuurisena ilmiönä. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Kivijärvi A. 2007. Lääkärin käsikirja. Muut menetelmät raskauden ehkäisykeinoina. Luettu 29.4.2009.  
[http://www.terveysportti.fi.elib.piramk.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=estemenetelm%E4t](http://www.terveysportti.fi.elib.piramk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=estemenetelm%E4t)

Koistinen, P. 2007. Asiakkaan ja ryhmän ohjaaminen neuvolassa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) 2007. Neuvolatyön käsikirja. Helsinki: Tammi. 431–438.

Koivisto-Junni, A. 1998. Tulkki – linkki kulttuurien välillä. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) 1998. Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY. 49–57.

Koskenvaara, T. 2009. Projektin suunnitelma. Luettu 20.10.2009.  
<http://www.sapar.fi/uta/suunnitelma.html>

Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita Prima.

Käypä hoito. 2005. Jälkiehkäisy. Luettu 29.4.2009.  
[http://www.terveysportti.fi.elib.piramk.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=estemenetelm%E4t](http://www.terveysportti.fi.elib.piramk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=estemenetelm%E4t)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lähteenmäki, P. 2004. Raskaudenehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) 2004. Naistentaudit ja synnytykset. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy. 157–170.



Mölsä, M. 2004. Tyttöjen ja naisten ympärileikkausperinne. Teoksessa Brusila, P. (toim.) 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 116–133.

Nerweyi, F. 1991. Kurdit. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Ojanen, S. 2001. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Onnismaa, J. 1998. Aikuisten ohjaus auttamiskäytäntönä. Helsinki: Hakapaino Oy.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Tampere: Tammer-Paino.

Rotkirch, A. 2007. Seksi Venäjällä: vapautumista ja vanhoillisuutta. Teoksessa Korhonen, E. (toim.) 2007. Venäläiset perheet ja seksuaalisuus murroksessa. Helsinki: Priimus Paino Oy.

Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Tammi.

Salminen & Poutanen. 1998. Kulttuurikompassi. Helsinki: Oy Edita Ab.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki: Yliopistopaino.

Sihvo, S. & Koponen, P. 1998. Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Stakes. Raportteja 220. Saarijärvi: Gummerus.

Suomi-Venäjä-Seura. 2005. Venäläinen tapakulttuuri. Perinteitä ja nykypäivää. Helsinki.

Tiitinen, A. 2008. Lääkärikirja Duodecim. Tietoa potilaalle: Kierukkaehkäisy. Luettu 27.4.2009.

[http://www.terveysportti.fi.elib.piramk.fi/ltk/ltk.koti?p\\_haku=ehk%E4isy](http://www.terveysportti.fi.elib.piramk.fi/ltk/ltk.koti?p_haku=ehk%E4isy)

Tikka, M. 2007. Raskaudenehkäisy. Teoksessa Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Väyrynen & Äimälä. (toim.) 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima. 600–612.

Tilastokeskus. 2008. Suomessa jo 50 000 venäjänkielistä. Luettu 12.10.2009. [http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-09-08\\_005.html](http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-08_005.html)

Tuulensuu, J. 2008. Naisen ihmisyyys thaimaalaisen prostituution valossa. Helsingin yliopisto. Systemaattisen teologian laitos. Pro gradu.

Ulkoasiainministeriö. 2006. Thaimaa: Kehityksen mittarit. Luettu 12.8.2009. <http://forin.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=17727&contentlan=1&culture=fi-FI>

Väestöliitto. 2009. Sanakirja. Luettu 23.10.2009.  
[http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/seksuaaliterveysklinikan\\_nettipa/ammattilaiset/sanakirja/](http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/seksuaaliterveysklinikan_nettipa/ammattilaiset/sanakirja/)

Yhteinen maailmamme. 2004. Mitä kulttuuri on? Luettu 18.4.2009.  
[www.yhteinenmaailmamme.fi](http://www.yhteinenmaailmamme.fi).

## LIITTEET

LIITE 1: Ehkäisykansio somaliksi

LIITE 2: Ehkäisykansio arabiaksi

LIITE 3: Ehkäisykansio kurdiksi

LIITE 4: Ehkäisykansio thaiksi

LIITE 5: Ehkäisykansio venäjäksi

[illegible][illegible]



El-kaiyogpas  
araba

المواكب موكع الجبل

Toto Montano ja  
Javito Montano

Francia Montano  
abul montano

Peter Montano

Ed Monte  
Monte Montano

PPM AGG 1008

© 2010 The Montano Group. All Rights Reserved.

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

١٥  
 ١٦  
 ١٧  
 ١٨  
 ١٩  
 ٢٠  
 ٢١  
 ٢٢  
 ٢٣  
 ٢٤  
 ٢٥  
 ٢٦  
 ٢٧  
 ٢٨  
 ٢٩  
 ٣٠  
 ٣١  
 ٣٢  
 ٣٣  
 ٣٤  
 ٣٥  
 ٣٦  
 ٣٧  
 ٣٨  
 ٣٩  
 ٤٠  
 ٤١  
 ٤٢  
 ٤٣  
 ٤٤  
 ٤٥  
 ٤٦  
 ٤٧  
 ٤٨  
 ٤٩  
 ٥٠  
 ٥١  
 ٥٢  
 ٥٣  
 ٥٤  
 ٥٥  
 ٥٦  
 ٥٧  
 ٥٨  
 ٥٩  
 ٦٠  
 ٦١  
 ٦٢  
 ٦٣  
 ٦٤  
 ٦٥  
 ٦٦  
 ٦٧  
 ٦٨  
 ٦٩  
 ٧٠  
 ٧١  
 ٧٢  
 ٧٣  
 ٧٤  
 ٧٥  
 ٧٦  
 ٧٧  
 ٧٨  
 ٧٩  
 ٨٠  
 ٨١  
 ٨٢  
 ٨٣  
 ٨٤  
 ٨٥  
 ٨٦  
 ٨٧  
 ٨٨  
 ٨٩  
 ٩٠  
 ٩١  
 ٩٢  
 ٩٣  
 ٩٤  
 ٩٥  
 ٩٦  
 ٩٧  
 ٩٨  
 ٩٩  
 ١٠٠

[illegible]









