

KOULUTERVEYDENHOITAJIEN KOKEMUKSIA
TYTTÖJEN YMPÄRILEIKKAUKSEN PUHEEKSIOT-
TAMISESTA

Armi Haarala ja Emma Hilska
Opinnäytetyö, kevät 2013
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Armi Haarala ja Emma Hilska. Kouluterveydenhoitajien kokemuksia tyttöjen ympärileikkauksien puheeksi ottamisesta. Helsinki, kevät 2013, s. 76, 6 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin yksikkö, Hoitotyön koulutusohjelma, Terveydenhoitaja (AMK)

Ympärileikkausaihe on tullut Suomessa ajankohtaiseksi, se on ollut esillä mediassa ja paljon puhuttu aihe. Maahanmuuttajien määrä Suomessa lisääntyy jatkuvasti, joten myös koulumaailmassa on enemmän maahanmuuttajia ja ulkomaalaistaustaisia oppilaita. Ympärileikkausperinnettä harjoitetaan Afrikassa 28 eri maassa ja osassa Aasian sekä Lähi-idän maissa. Siirtolaisuuden ja pakolaisuuden myötä perinne on levinnyt kaikkialle maailmassa.

Opinnäytetyömme tavoite oli selvittää kouluterveydenhoitajien kokemuksia tyttöjen ympärileikkauksien puheeksiottamisesta. Tutkimuksen kohdekaupunkeina olivat neljä kaupunkia: Helsinki, Espoo, Vantaa ja Oulu. Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselytutkimuksena syksyllä 2012. Kyselyyn vastanneita terveydenhoitajia oli 25. He toimivat terveydenhoitajina peruskouluissa, joko ala- tai yläkoulussa ja osa yhteiskouluissa. Tutkimus on metodologialtaan kvalitatiivinen tutkimus ja aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyössämme korostuu ennaltaehkäisevän terveydenhuollon merkitys. Tutkimustulokset osoittivat, että yli puolet vastanneista terveydenhoitajista koki ympärileikkauksiasian puheeksi ottamisen helpoksi. Vain muutama terveydenhoitaja koki puheeksi ottamisen vaikeaksi. Yli puolet vastanneista oli tehnyt yhteistyötä koulun henkilökunnan kanssa. Vastaaajista alle puolet ei ollut tehnyt yhteistyötä koulun ulkopuolisten tahojen kanssa, eikä oppilaiden vanhempien kanssa. Vaikka terveydenhoitajien mielestä ympärileikkauksista puhuminen on helppoa, he olivat epävarmoja toimintatavoista ja aihe otettiin puheeksi harvoin sekä myöhäisessä iässä.

Asiasanat: tyttöjen ympärileikkaus, monikulttuurisuus, puheeksi ottaminen, terveyden edistäminen, seksuaaliterveys, terveydenhoitotyö, kvalitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Haarala, Armi and Hilska, Emma

School nurses' experiences of discussing female circumcision

76 p., 6 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2013.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse

The objective of our thesis was to find out what kind of experiences school nurses have concerning girls' circumcision. The study was accomplished by an electronic questionnaire in fall 2012 which was sent to public health nurses working in four different cities: Helsinki, Espoo, Vantaa and Oulu. There were 25 respondents. The nurses worked in either elementary school or upper comprehensive school, or in the combination of both. The methodology used in this thesis was qualitative evaluation and the material was analyzed with material based content analysis.

The topic of circumcision is very current and popular in our society and the media. Also the number of immigrants is continuously rising and that brings more immigrant children and youngsters to schools. The tradition of circumcision is still practiced among 28 countries in Africa and in parts of Asia and Middle East. Due to immigration and fugitives the tradition has distributed to all over the world.

The matter of preventive health care is emphasized in our study. Based on the results, over half of the public health nurses found the discussion with customers about circumcision easy. Only a few public health nurses experienced the discussion to be difficult. Over half of the respondents had worked with the school personnel. Under a half have not yet contacted any personnel outside the school nor the parents. Although the discussion is experienced to be easy there was still insecurity and the topic was brought up too rarely and too late.

Keywords: female circumcision, health promotion, sexual health, multiculturalism, school health care, discussion, qualitative research

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TYTTÖJEN YMPÄRILEIKKAUS	8
2.1 Tyttöjen ympärileikkauksien syyt, perinteet, uskomukset ja levinneisyys	9
2.2 Käsitteet	11
2.3 Tyttöjen ympärileikkausten eri muodot	12
2.4 Terveysriskit	13
2.5 Ihmisoikeudet ja lainsäädäntö	16
3 PUHEEKSIOTTAMINEN	20
3.1 Huolen puheeksiottaminen	20
3.2 Seksuaalisuuden puheeksiottaminen	23
4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN	24
4.1 Terveystoimittaja terveyden edistäjänä	25
4.2 Tyttöjen ympärileikkauksen ennaltaehkäisy	27
5 KOULUTERVEYDENHUOLTO JA SEKSUAALITERVEYS	29
5.1 Seksuaaliterveys	30
5.2 Seksuaaliterveys kouluterveydenhuollossa	31
6 KOULUTERVEYDENHUOLTO JA MONIKULTTUURISUUS	33
6.1 Monikulttuuristuva Suomi	33
6.2 Ohjeistus monikulttuurisuuden huomioimisesta kouluterveydenhuollossa	34
6.3 Ohjeistus tyttöjen ympärileikkauksien ehkäisemiseksi	35
6.4 Monikulttuurisuuden tuomat haasteet	36
7 KOULUTERVEYDENHUOLTO JA YHTEISTYÖKUMPPANIT	38
7.1 Yhteistyö vanhempien kanssa	38
7.2 Yhteistyö muun kouluhenkilöstön kanssa	39
7.3 Yhteistyö lastensuojelun kanssa	39
7.4 Yhteistyö järjestöjen ja yritysten kanssa	40
8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	42
9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	43
9.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat	43
9.2 Tutkimusympäristön kuvaus	44
9.3 Tutkimuksen kohderyhmä	45
9.4 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston hankinta	46
9.5 Tutkimusaineiston analysointi	49

10 TUTKIMUSTULOKSET	52
10.1 Ympärileikkauksen puheeksi ottaminen.....	52
10.2 Yhteistyö eri tahojen kanssa.....	53
10.3 Huolen vyöhykkeistö.....	55
10.4 Terveydenhoitajien toimintamalleja.....	56
10.5 Tutkimustulosten yhteenveto	57
11 POHDINTA	60
11.1 Tavoitteiden saavuttaminen.....	60
11.2 Etiikka	62
11.3 Tutkimuksen luotettavuus	63
11.4 Jatkotutkimusaiheita	64
11.5 Ammatillisuuden kehittäminen	65
LÄHTEET.....	66
LIITE 1. Saatekirje terveydenhoitajille.....	70
LIITE 2. Kyselylomake terveydenhoitajille.....	71
LIITE 3. Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten eri muodot.....	74
LIITE 4. Tyttöjen ympärileikkausten ehkäisy.	75

1 JOHDANTO

Viime vuosikymmeninä tyttöjen ja naisten ympärileikkauksista on puhuttu paljon. Se käsittää erilaisia naisen sukupuolielimiin kohdistuvia toimenpiteitä, joita tehdään kaikenikäisille. Läpi historian ihmiset ovat vahingoittaneet kehoaan uskonnon, kulttuurin, tradition, terveyden, kauneuden sekä sosiaalisen statuksen nimissä. Ympärileikkaus on yksi sitkeinten säilyneistä fyysisen väkivallan muodoista ja sitä esiintyy lähes kaikki alla maailmassa. Suurista terveysriskeistä huolimatta, ympärileikkauksia tehdään vielä tänä päivänäkin. (Mölsä 2008, 116.)

Suomessa tyttöjen ympärileikkaus on tullut näkyväksi 1990-luvun alussa, jolloin maahanmuuttajien määrä kasvoi. (Akar & Tiilikainen 2009, 32–33). Ympärileikattuja tyttöjä löytyy tänä päivänä kaikkialta maailmasta ja se on arvostettu rituaali, jota harjoitetaan eri syistä. Tyttöjen ympärileikkaus on ihmisoikeusloukkaus ja Suomen rikoslain mukaan rangaistava teko. (Mölsä 2008; 117, 128.)

Emme olleet alun perin suunnitelleet tekevämme opinnäytetyötä monikulttuurisuudesta. Se tuntui itse asiassa kovinkin kaukaiselta ajatukselta alkutaipaleella, kun pohdimme mahdollista opinnäytetyömme aihetta. Koulussamme alkoi monikulttuurisuuteen liittyviä opintoja. Osallistuimme opintoihimme kuuluvaan seminaariin Väkivallan ammatillinen kohtaaminen monikulttuurisessa asiakastyössä. Kyseisessä seminaarissa oli Ihmisoikeusliitosta puhumassa Saido Mohamed tyttöjen ympärileikkausten vastaisesta toiminnasta. Silloin tämä meillekin vielä vieras aihe tuntui todella mielenkiintoiselta ja tärkeältä.

Meistä oli tärkeää paitsi se, että itse oppisimme aiheesta, myös se että terveydenhoitajat ja alan opiskelijat avaisivat silmänsä myös tälle Suomessa melko uudelle ilmiölle. Meidän mielestämme tämä on sellainen aihe, jota pitäisi tuoda enemmän esille, ja josta pitäisi puhua enemmän ja sitä pitäisi tutkia lisää. Aihe on melko ajankohtainen ja saanut paljon huomiota mediassa opinnäytetyöprojektin aikana. Puheeksiottaminen, joka on terveydenhoitajan yksi tärkein työväline, tuli aiheeseen mukaan, kun päätimme mistä näkökulmasta alkaisimme aihetta työstää.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kouluterveydenhoitajien kokemuksia tyttöjen ympärileikkauksen puheeksiottamisesta. Lisäksi tutkimuksella pyritään arvioimaan sitä, tulevatko ympärileikkaus tapaukset ylipäättään kouluterveydenhoidon tietoon. Tutkimuksella selvitetään myös, mitkä ovat terveydenhoitajien omat voimavarat puheeksiottamisessa ja yhteistyötahot tyttöjen ympärileikkasasioissa.

2 TYTTÖJEN YMPÄRILEIKKAUS

WHO (World Health Organization) ja Yhdistyneet Kansakunnat ovat määritelleet, että tyttöjen ympärileikkauksella tai sukupuolielinten silpomisella tarkoitetaan ei-hoidollisista syistä tehtäviä ulkoisten sukupuolielimien osittaista tai täydellistä poistamista, sekä niiden vahingoittamista muulla tavalla. Ympärileikkaustraditio on syvälle juurtunut useisiin yhteisöihin. Afrikassa sitä tavataan 28 eri maassa ja osassa Aasian, sekä Lähi-idän maissa. On arvioitu, että maailmassa on tällä hetkellä noin 130–140 miljoonaa ympärileikattua tyttöä ja naista, ja kolme miljoonaa tyttöä on vuosittain suuressa riskissä joutua ympärileikatuksi. (WHO 2011, 1.)

Ei tiedetä tarkkaan, miten tyttöjen ympärileikkaus perinne on syntynyt, mutta siitä huolimatta traditiota on esiintynyt lähes kaikilla mantereilla. Sukupuolielinten silpomista harjoitetaan yhä nykyään ja piilotellummin, sen suurista lääketieteellisistä riskeistä huolimatta. (Mölsä 2008, 116.)

Tyttöjen ympärileikkaukset ovat tulleet ajankohtaisiksi myös länsimaissa pakolaisten ja siirtolaisten myötä. Muuttoliikkeen myötä tyttöjen ympärileikkausperinne on noussut yhä enemmän kansainvälisen huomion kohteeksi. Tänä päivänä ympärileikattuja naisia löytyy kaikkialta maailmasta. (Mölsä 2008, 116.)

Suomessa tyttöjen ympärileikkaukset huomattiin 1990-luvun alkupuolella, jolloin maahanmuuttajien määrä myös kasvoi huomattavasti. Somalialaiset ovat määrällisesti suurin maahanmuuttajaryhmä, jotka harjoittavat tyttöjen ympärileikkausperinnettä lähtömaassaan. On huomioitava, että Somalia ei ole kuitenkaan ainut maa missä ympärileikkauksia harjoitetaan. (Akar & Tiilikainen 2009, 32–33).

Tyttöjen ympärileikkauksien lopettamiseen velvoittavat monet ihmisoikeussopimukset (Mölsä 2004, 3). Erityisesti länsimaissa traditiota pidetään naisten alistamisena ja ihmisoikeuksia loukkaavana. Lisäksi ympärileikkaus aiheuttaa vakavia fyysisiä ja psyykkisiä ongelmia naiselle. YK:n ihmisoikeuksien komissio nosti aiheen esille jo vuonna 1952 ja maailman laajuinen vastustamistyö alkoi 1980-luvun alussa. Afrikassa taistelu tyttöjen ympärileikkauksia vastaan alkoi jo 1970-luvulla. (Tiilikainen 2003, 268.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi elokuun lopussa 2012 tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelman 2012–2016 (FGM), jonka päätavoitteita ovat esimerkiksi estää tyttöjen ympärileikkaukset Suomessa, sekä lisätä ympärileikattujen naisten hyvinvointia. Toimintaohjelma on suunnattu erityisesti ammattihenkilöstölle ja päättäjille, jotka kohtaa työssään ympärileikattuja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 3.)

2.1 Tyttöjen ympärileikkauksien syyt, perinteet, uskomukset ja levinneisyys

Tyttöjen ympärileikkauksikä ja tradition syyt vaihtelevat suuresti eri alueilla ja eri etnisissä ryhmissä. Leikkaus voidaan tehdä missä iässä vain, mutta yleisin ikä perinteen toteuttamiselle on neljän ja kymmenen ikävuoden välillä. Maaseuduilla ympärileikkajina toimivat yleensä kylän vanhemmat naiset tai kätilöt. Kaupungeissa varakkaimmat perheet käyttävät koulutettuja kätilöitä ja lääkäreitä. (Mölsä 2004, 4.)

Tradition syntymisestä ei ole tarkkaa tietoa, mutta sen on väitetty saaneen alkunsa Egyptin ja Sudanin alueilta (Mölsä 2004, 4). Perimmäiset syyt ympärileikkaukselle ovat köyhyys ja alikehittyneisyys. Perinteisesti traditiota harjoittavat vetoavat kulttuuriin, uskontoon, seksuaalisuuteen sekä puhtauteen. Jossain yhteisöissä perinne merkitsee muuttumista lapsesta naiseksi, osassa yhteisöissä se merkitsee naisen seksuaalisten halujen vähentämistä, joillekin taas neitsyyden varmistamista ennen avioliittoa.

Joissakin yhteisöissä tyttöjen sukupuolielimet nähdään rumina ja likaisina, näin ollen ulkoisten sukupuolielinten poistaminen tekee naisesta esteettisemmän ja hygieenisemmän. Osa uskoo ympärileikkauksen tekevän naisesta hedelmällisemmän ja parantavan lapsen selviytymismahdollisuuksia synnytyksestä. (Mölsä 2008, 118.) Jossain yhteisöissä tytöistä tehdään naisia poistamalla miehiseksi katsotut ruumiinosat. Ympärileikkaus nähdään näin naisidentiteetin symbolina. (Tiilikainen 2004a, 10.)

Ikivanhaa ja syvälle juurtunutta ympärileikkausperinnettä harjoitetaan pääasiassa Afrikassa ja Lähi-idässä uskonnollisista ja sosiaalisista syistä ja niihin liittyy usein erilaisia juhlia (Mölsä 2008, 118). Tyttöjen ympärileikkaus on islamiakin vanhempi tapa. Suurin osa muslimeista ei harjoita traditiota, mutta niillä alueilla missä perinne on yleinen, ku-

ten Sudanissa ja Somaliassa käytäntöä perustellaan uskonnollisilla syillä. Tyttöjen ympärileikkaus ei kuulu Koraanin opetuksiin, mutta siihen on viitattu suullisessa perimätiedossa, haditheissa. Useat somalialaiset ja sudanilaiset pitävät näitä tyttöjen ympärileikkaukseen viittaavia haditheja vahvoina. (Mölsä 2004, 4-5.)

Islamin oppineet eivät ole yksimielisiä hadithien tulkinnasta. Epätietoisuus islamin kannasta ympärileikkauksiin, johtuu juuri siitä, että traditio mainitaan vain suullisessa perimätiedossa. Yksi haditeista kertoo Profeetan sanoneen leikkausta suorittavalle naiselle: ”Älä leikkaa paljon, sillä se on parempi naiselle ja tekee hänestä miehellekin haluttavamman.” Erimielisyydet liittyvät lievempiin ympärileikkausmuotoihin. Islamin oppineet katsovat, että suuret tytöille tehtävät ympärileikkaukset ovat islamin vastaisia. Tämä on myös vaikuttanut radikaalien ympärileikkausten vähenemiseen. (Akar & Tiilikainen 2009, 33.)

Useilla alueilla, joissa traditiota harjoitetaan, miehet saattavat kieltäytyä naimasta leikkaamatonta naista. Juuri näillä alueilla tyttöjen ympärileikkaus nähdään todisteena naisen neitseydestä ja arvokkuudesta. Miehet tekevät useissa tapauksissa aloitteen traditiolle ja kontrolloivat näin naisten seksuaalisuutta. Useat naiset uskovat miesten menevän mieluummin leikatun kuin ei-leikatun naisen kanssa naimisiin, koska silloin naisen seksuaalisuus ei olisi liiallista eikä tämä voisi pettää miestänsä. Ajatellaan, että leikkaamaton nainen harrastaa irtosuhteita sekä todennäköisesti pettää miestänsä. Mies on useissa kulttuureissa moniavioinen. (Mölsä 2008, 119–120.)

Suurin osa vanhemmista kannustaa tyttäriään leikkaukseen, koska se takaa tulevien sukupolvien jatkumon. Traditioon liittyy suuri hoiva ja rakkaus paranemisprosessin aikana, sekä suuret juhlat parantumisen jälkeen. (Mölsä 2008, 120.)

Ympärileikkaajille tradition jatkuminen takaa toimeentulon. Osassa Afrikan-maissa toteutetuissa ympärileikkausten vastaisissa kampanjoissa on pyritty etsimään ympärileikkaajille vaihtoehtoisia toimeentulon lähteitä, jotta he luopuisivat ympärileikkausammattistaan. (Tiilikainen 2004a, 10.)

Tyttöjen ympärileikkauksia on tiedettävästi harjoitettu alkuperäiskansojenkin keskuudessa Keski- ja Etelä-Amerikassa. Nykyään ympärileikkaus uhkaa tyttöjä maahanmuu-

ton myötä myös Euroopassa, Kanadassa, Yhdysvalloissa, Uudessa-Seelannissa ja Australiassa. (Tiilikainen 2004a, 12.)

Suurimmaksi osaksi tyttöjen ympärileikkauksia harjoitetaan Somaliassa, Egyptissä, Djiboutissa, Malissa, Etiopiassa, Sierra Leonessa, Eritreassa, Sudanissa, Burkina Fasossa, Guineassa, Tshadissa, Gambiassa ja Norsunluurannikolla. Myös Arabian niemimaalla tehdään tyttöjen ympärileikkauksia. Jemenissä noin 23 % naisista ympärileikataan, jossain alueilla yli 96 % naisista. Lisäksi ympärileikkauksia harjoitetaan Omanissa, Yhdistyneissä arabiemiirikunnissa, Saudi-Arabiassa, Intian niemimaalla, Malesiassa ja Indonesiassa. (Tiilikainen 2004a, 12–14.)

Eri leikkaustyyppien esiintyvyyttä alueilla kuvaavat tilastot ja tutkimukset ovat suuntaa antavia, mutta eivät täysin luotettavia. Maiden sisällä voi olla suuria eroja alueellisesti ympärileikkausten esiintyvyydestä. Saman maan sisällä toisella alueella tyttöjen ympärileikkaukset voivat olla erittäin yleisiä, toisella alueella sitä ei välttämättä harjoiteta ollenkaan. (Tiilikainen 2004a, 12.)

Suomessa asuu noin 27 000 maahanmuuttajaa, joiden alkuperäisessä kulttuurissa ympärileikkausperinnettä harjoitetaan. Suurin osa heistä on kotoisin Afrikan maista, mutta perinnettä harjoitetaan myös kurdiyhteisöissä. Tutkimuksen mukaan 97,9 prosenttia somalinaisista on ympärileikattu. Suomessa asuu siis todennäköisesti tuhansia ympärileikattuja naisia. (Mustonen 2012.)

2.2 Käsitteet

Tyttöjen ympärileikkauksiin liittyvistä termeistä ja niiden sopivuudesta on keskusteltu paljon. Ympärileikkausten vastustamistyössä on käytetty kansainvälisesti termiä FGC eli female genital cutting/ surgeries. (Mölsä 2008, 122.) Tyttöjen ympärileikkauksesta käytetään yleisesti termiä FGM eli female genital mutilation, tyttöjen sukupuolielinten silpominen. Termiä käytetään niin Suomessa kuin kansainvälisestikin. (Mölsä 2004, 3). Termi female genital circumcision tarkoittaa tyttöjen/naisten ympärileikkaamista (Mohamed 2012). Inter-Afrikan Committee:n (IAC) vuonna 2003 järjestämässä ympärileikkauskonferenssissa Addis Abebassa nostettiin esille, että termi FGC eli female genital

cutting, tyttöjen sukupuolielinten leikkaaminen olisi neutraalimpi ilmaisu ennaltaehkäisevässä työssä käytettäväksi (Mölsä 2004, 4).

WHO käyttää julkaisuissaan termiä female genital mutilation. Termi mutilation eli silpominen kuvastaa teon vakavuutta. Yhdistyneet Kansakunnat käyttää vuorostaan termiä female genital mutilation/cutting, jolla halutaan korostaa lisäsanana cutting, leikkaus sanan ei-tuomitsevaa merkitystä perinteen harjoittavien yhteisöjen keskuudessa. Kumpikin termi korostavat kuitenkin teon olevan loukkaus ihmisoikeuksia vastaan. (WHO 2008, 3.)

Useissa suomalaisissa tutkimuksissa on käytetty termiä tyttöjen ympärileikkaus, koska se kuvastaa toimenpiteen kulttuurista merkitystä silpomista paremmin. Tämän termin käyttäminen on myös suvaitsevampaa traditiota harjoittavien yhteisöjen parissa tehtävässä ennaltaehkäisevässä työssä. Silpomis-termin on katsottu olevan sopimaton kuvaus pienimmille ympärileikkausmuodoille, kuten erilaisille viilloille ja pistoksille. (Mölsä 2004, 4.) Silpominen terminä on myös emotionaalisesti ja poliittisesti vahvasti latautunut (Tiilikainen 2004a, 9). Olemme myös omassa työssämme käyttäneet termiä tyttöjen ympärileikkaus, sen kulttuurisen ja ennaltaehkäisevän merkityksen takia.

Sunna-ympärileikkaus, joidenkin muslimien käyttämä termi, joka tarkoittaa yleensä muutaman veripisaran tiputtamista klitoriksesta tai pistämistä. Se on kuitenkin hyvin epämääräinen termi, joka ymmärretään usein ”pieneksi” leikkaukseksi. (Tiilikainen 2004a, 10.)

2.3 Tyttöjen ympärileikkausten eri muodot

WHO (World Health Organization) ja Yhdistyneet Kansakunnat ovat määritelleet, että tyttöjen ympärileikkauksella tai sukupuolielinten silpomisella tarkoitetaan ei-hoidollisista syistä tehtäviä ulkoisten sukupuolielimien osittaista tai täydellistä poistamista, sekä niiden vahingoittamista muulla tavalla. Ympärileikkaus tyyppiä on neljä, jotka WHO on luokitellut seuraavasti:

Tyyppi I: Osittainen tai täydellinen klitoriksen poistaminen ja/tai klitoriksen hupun poistaminen (sunna) (WHO 2008, 1).

Tyyppi II: Klitoriksen poistaminen ja pienten häpyhuulten poistaminen osittain tai kokonaan (eksissio) (WHO 2008, 1).

Tyyppi III: Emätinaukon ahtauttaminen leikkaamalla ulkoiset sukupuolielimet ja typistämällä häpyhuulet niin, että ompelemisella muodostetaan peittävä sulku. Klitoris voidaan joko poistaa tai jättää (infibulaatio) (WHO 2008, 1).

Tyyppi IV: Kaikki erilaiset muut tavat vahingoittaa naisen sukupuolielimiä ei-hoidollisista syistä, esimerkiksi: pistely, lävistäminen, viiltely, raaputtaminen ja sukupuolielinten polttaminen (WHO 2008; 1,4).

Ympärileikkauksien laajuus siis vaihtelee parin vesipisaran vuodattamisessa ulkoisten sukupuolielinten poistamiseen ja typistettyjen häpyhuulten yhteen ompelemiseen. Tyypeistä radikaalein versio on infibulaatio (tyyppi 3), jota kutsutaan myös faraoniseksi ympärileikkaukseksi, jolloin jätetään vain pieni aukko virtsan ja kuukautisveren poistumiseksi. Faraonisia ympärileikkauksia tehdään erityisesti Somaliassa, Malissa, Djiboutissa, Pohjois-Sudanissa, eteläisessä Egyptissä lähellä Sudanin rajaa, Etiopiassa ja Eriteriassa. (Akar & Tiilikainen 2009, 33.)

Arvioilta noin 80 prosenttia kaikista tehdyistä tyttöjen ympärileikkauksista kuuluu tyyppeihin I ja II. Tyyppi III eli infibulaatioiden osuus on noin 15 prosenttia kaikista tehdyistä leikkauksista. Luvut ovat suuntaa antavia, koska käytännössä on haasteellista erottaa, minkä tyyppisestä toimenpiteestä on todellisuudessa kyse. (Mölsä 2008, 121.)

2.4 Terveysriskit

Ympärileikkauksen seuraukset vaihtelevat tekotavan, olosuhteiden ja leikkaajaan liittyvien tekijöiden kuten näkökyvyn, iän, taitojen ja käytettyjen välineiden mukaan. Seurauksiin vaikuttavat myös suorituspaikka ja leikkauksen laajuus. Valta osa leikkauksista suoritetaan epähygieenisissä olosuhteissa. Leikkauksen komplikaationa voi olla jopa

kuolema. Osa leikattavista voi päästä sairaalaan toimenpidettä varten, jolloin käytössä on puudutus, steriilit välineet ja lääkkeet. (Mölsä 2008, 126.)

Yleisesti voidaan sanoa, että riskit kasvavat sitä mukaan mitä laajemmasta leikkauksesta on kyse. Tyypin IV leikkauksien seurauksia ei ole lueteltu, sillä niistä on vain vähän tutkittua tietoa, eivätkä sen kaikki tekotavat ole edes tiedossa. (WHO 2008, 33.)

Välittöminä terveystriskeinä ja seurauksina tyypin I, II ja III leikkauksissa on kova kipu, jota erityisesti aiheuttaa hermojen leikkaaminen ja aran sukupuolikudoksen leikkaaminen. Anestesia käytetään harvoin tai puutteellisesti. Paranemisaika on myös kivuliasta. Tyypin III leikkaus on muita leikkauksia laajempi ja sen kesto on noin 15–20 minuuttia, joten kipu ja paraneminen kestävät pidempään. (WHO 2008, 33.)

Välittömänä seurauksena leikkauksista voi tulla shokki, kivun tai verenvuodon takia. Verenvuoto voi olla todella suurta ja leikattu voi saada verenmyrkytyksen. Leikkauksien seurauksena voi tulla virtsaamis- ja ulostusongelmia, jolloin voi esiintyä turvotusta ja kipua. Infektiot voivat levitä kontaminoituneiden instrumenttien välityksellä ja esimerkiksi HIV voi tarttua, kun leikataan samaan aikaan useampia tyttöjä samoilla välineillä. Kuolema on myös yksi välitön seuraus toimenpiteestä, suuri verenvuoto, vuotoshokki ja tulehdukset aiheuttavat kuolemia ympärileikatuille tytöille. (WHO 2008, 33.)

Ympärileikkauksilla on suuret haittavaikutukset psyykkisesti. Kova kipu, shokki ja fyysinen väkivalta ovat asioita, jonka takia monet ympärileikkauksen läpi käyneet tytöt ja naiset kuvailevat ympärileikkauksen niin traumaattiseksi kokemukseksi. (WHO 2008, 33.)

Pitkäaikaisia seurauksia ympärileikkauksista voi olla krooninen kipu; tulehdukset, esimerkiksi virtsatietulehdus on yleinen ympärileikatuilla tytöillä ja naisilla. Keloidieja eli todella suuria arpikudoksia voi syntyä sukupuolielimiin. Sukupuolielimissä voi esiintyä bakteeritulehduksia. Myös seksistä nauttiminen hankaloituu, sillä yhdyntä voi aiheuttaa kipua ja traumaattiset muistot leikkauksesta saattavat vähentää seksuaalisia haluja. (WHO 2008, 34.)

Pitkäaikaisena seuraamuksena osalla ympärileikatuista naisista on suurentunut riski traumaperäiseen stressihäiriöön, ahdistuneisuuteen, masennukseen ja muistin menetykseen. Teon kulttuurinen merkityskään ei välttämättä suojele naista tai tyttöä psyykkisiltä komplikaatioilta. (WHO 2008, 34.)

Ympärileikkaukset voivat aiheuttaa synnytyshaittoja, jotka yleisesti liittyvät III-tyypin leikkaukseen, esimerkiksi synnytys voi hidastua, synnytyspelot, repeämiä voi tulla joustamattomien arpikudosten vuoksi, tulehdukset, verenmyrkytys, jäykkäkouristus, jopa kuolemaan johtava verenvuoto ja tarpeettomat keisarinleikkaukset. (Mölsä 2008, 127.)

Vastasyntyneelle voi koitua ongelmia äidin ympärileikkauksesta. Pitkittyneessä synnytyksessä vastasyntyneellä voi olla hapenpuute, joka voi aiheuttaa aivovaurion tai kuoleman vauvalle. Krooniset infektiot voivat siirtyä äidiltä vauvalle. WHO on tutkinut synnytyskomplikaatioiden ja naisten ympärileikkauksien yhteyttä. Afrikassa toteutettu laaja tutkimus osoitti selvästi, että ympärileikatulla naisella on suuri riski synnyttää. (Mölsä 2008,127–128.) Faraonisesta ympärileikkauksesta ei ole haittaa raskaudelle tai synnytykselle, jos se on purettu ennen raskautta asiallisissa olosuhteissa (Tiilikainen 2004a, 15).

Tyypin III leikkaukseen liittyy lisäriskejä ja seuraamuksia. Tyypin III ympärileikkaus aiheuttaa usein kipua ja hitautta virtsaamisessa, samoin kuukautisveren poistuessa. Naisille joille on tehty infibulaatio, joudutaan tekemään avausleikkaus myöhemmin, synnytyksen yhteydessä. Osa naisista ommellaan uudelleen kiinni aina synnytyksen jälkeen eli reinfibuloidaan.(WHO 2008, 35.) Komplikaatioiden riski kasvaa, jos nainen reinfibuloidaan aina uudelleen synnytyksen jälkeen (Tiilikainen 2004a, 15).

Korjaavia toimenpiteitä tehdään ympärileikatuille naisille ja tytöille. Defibulaatio on sukupuolielinten silpomisen korjaava kirurginen toimenpide, jossa avataan ympärileikkauksiarpi ja vapautetaan peitetty virtsaputkensuu sekä vaginan aukko, jotta kuukautisveri ja virtsa pääsevät ulos normaalisti. Toimenpide helpottaa katetrointia ja synnytystä sekä parantaa naisen seksuaalista elämää. Defibulaatiota eli avausleikkausta suositellaan kaikille III tyypin mukaisesti leikatuille sekä kroonisista vaivoista kärsiville naisille. (Mölsä 2008, 124–125.)

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointi tutkimuksessa tulokset osoittavat, että ympärileikkausten vastaista neuvontatyötä tarvitaan entistä enemmän myös muissa kuin somalitaustaisten maahanmuuttajien keskuudessa. Somalinoisista 70 prosenttia ja kurditaustaisista naisista 32 prosenttia kertoivat olevansa ympärileikattuja. Neljännes somalaisista ja vähän alle kolmannes kurdinaisista kertoi ympärileikkauksesta koituneen terveysongelmia, kuten ongelmia raskaudessa ja synnytyksessä, sekä kipuja, tulehduksia ja vaikeuksia yhdynnässä. Kaikista naisista terveysongelmia ympärileikkauksen takia oli ollut 17 prosentilla somalitaustaisista ja 10 prosentilla kurditaustaisista. (Koponen & Mölsä 2012, 142–143.)

2.5 Ihmisoikeudet ja lainsäädäntö

Tyttöjen ympärileikkaus on maailmanlaajuisesti tunnustettu ihmisoikeuksia loukkaavaksi traditioksi. Se on väkivallan tavoin hyökkäys tyttöjen ja naisten tasa-arvoisuutta, arvokkuutta ja koskemattomuutta kohtaan. Traditio loukkaa esimerkiksi oikeutta fyysiseen koskemattomuuteen, oikeutta vapauteen väkivallasta, oikeutta terveyteen, oikeutta elämään ilman syrjintää sekä yleisesti useita lasten oikeuksia. Suurin osa ihmisoikeussopimuksista ei suoraan mainitse naisten ympärileikkauksia, mutta niistä voidaan tulkita niiden kieltävän tyttöjen ympärileikkaukset. (Tiilikainen 2004a, 18.)

Tyttöjen ympärileikkausten kannalta huomattavia ihmisoikeussopimuksia ovat Yhdistyneiden Kansakuntien lapsen oikeuksia käsittelevä yleissopimus, naisten syrjimistä ehkäisevä yleissopimus, kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia käsittelevä yleissopimus sekä kidutuksen vastainen sopimus. Alueellista sopimuksista tärkeitä ovat Euroopan ihmisoikeussopimus ja Afrikan yhtenäisyysjärjestö OAU:n laatimat Afrikan ihmisoikeuksien ja kansojen oikeuksien peruskirja sekä lapsia koskeva sopimus. Ihmisoikeussopimusten noudattamien käytännössä ei ole kovin monissa paikoissa vielä toteutunut. (Tiilikainen 2004a, 18.)

YK:n lasten oikeuksia koskevassa yleissopimuksessa (The United Nations Convention on the Rights of the Child, 1989) säädetään lapsen oikeudesta parhaaseen mahdolliseen terveyteen ja sairauksien hoitoon. Sopimuksessa sanotaan, että valtion on aloitettava tehokas toiminta lasten terveydelle haitallisten perinteisten tapojen poistamiseksi. So-

pimuksessa todetaan myös, että valtion on suojeltava lasta kaikenlaiselta ruumiilliselta ja henkiseltä väkivallalta ja vahingoittamiselta, silloin kun lapsi on vanhempansa, laillisen huoltajan ja tai jonkun muun hoidettavana. Sopimuksen allekirjoittaneet maat ovat siis sitoutuneita tyttöjen ympärileikkausten poistamiseen ja ennaltaehkäisemään niitä. Suomessa viranomaisilla on velvollisuus ennaltaehkäistä tyttöjen ympärileikkauksia. (Tiilikainen 2004a, 18.)

Ympärileikkauksia tehdään myös aikuisille naisille. Naisten ympärileikkauksen suhteen merkittävä sopimus on naisten syrjintään liittyvä yleissopimus (The United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 1979). Pekingissä vuonna 1995 pidetyn YK:n naisen asemaa koskevan konferenssin toimintaohjelmassa on erikseen mainittu naisten sukupuolielinten silpominen yhtenä väkivallan muotona naisia kohtaan. Ohjelmassa todetaan, että hallituksen tulisi säätää lakeja ja toimeenpanna niitä, liittyen väkivaltaisiin käytäntöihin naisia kohtaan, kuten juuri sukupuolielinten silpominen. Hallituksen tulisi tukea myös kansalais- ja paikallisjärjestöjä väkivaltaisten käytäntöjen eliminoimiseksi. (Tiilikainen 2004a, 18–19.)

Tyttöjen ympärileikkaus on loukkaus myös seksuaalioikeuksia kohtaan. Oikeudet perustuvat Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestön liiton vuonna 1995 tekemään seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien peruskirjaan. (Tiilikainen 2004a, 19.) Viimeisen 15 vuoden aikana maahanmuuttajien määrä Suomessa on kasvanut nopeasti. Se on nostanut esille useita monikulttuurisuuteen liittyviä kysymyksiä. Tyttöjen ja poikien ympärileikkaukset ovat laittaneet Suomen viranomaiset miettimään rajanvetoa kulttuurin merkityksen, Suomen lain ja ihmisoikeuksien välillä, erityisesti naisten ja lasten oikeuksien sekä uskonnonvapauden väliin. (Tiilikainen 2004b, 257.)

Länsimaissa tyttöjen ympärileikkaus on joko kielletty omalla ympärileikkauksen kieltävällä lailla, kuten Englannissa, Norjassa ja Ruotsissa, tai sovelletaan olemassa olevaa rikoslakia (Akar & Tiilikainen 2009, 34). Useat kansalaisjärjestöt ja muut viralliset toimijat taistelevat tyttöjen ympärileikkauksia vastaan. Euroopassa on aloitettu useita maahanmuuttajille suunnattuja tyttöjen ympärileikkauksien vastaisia projekteja. (Tiilikainen 2004a, 19.)

Suomessa tyttöjen ympärileikkausten vastustaminen on tuottanut tulosta. Etenkin maahanmuuttajanuorten asenne ympärileikkausta kohtaan on muuttunut kielteisemmäksi ja he vastustavat sitä lähes poikkeuksetta. Ympärileikkauksista puhuminenkaan ei ole enää niin iso tabu, kuin kymmenenvuotta sitten. On tapahtunut iso muutos, kun nuoret vastustavat ympärileikkauksia ja myös vanhemmat maahanmuuttajat eivät pidä ympärileikkausperinnettä enää niin tärkeänä. (Mustonen 2012.)

Suomessa ei ole erillistä tyttöjen ympärileikkausta kieltävää lakipykälää. Traditio on kuitenkin Suomen rikoslain mukaan rangaistava teko. Laki koskee myös häpyhuulten uudelleen yhteen ompelemista emättimen sulkemiseksi eli reinfibulaatiota. Suomessa on aloitettu kolme lakialoitetta tyttöjen ympärileikkausten kieltämiseksi, ensimmäisen keran jo vuonna 1992 ja viimeisin vuonna 2003. Oikeusministeriöllä on ollut tähän asti kielteinen kanta laki uudistusta kohtaan. (Tiilikainen 2004a, 19.)

Suomessa ei ole vielä ollut oikeustapausta tyttöjen ympärileikkauksesta. On todennäköistä, että rangaistukseksi saisi tuomion törkeästä pahoinpitelystä. Ympärileikkaamisesta voi pahimmillaan saada 10 vuoden vankeusrangaistuksen. (Akar & Tiilikainen 2009, 34.) Suomessa on ympärileikkaus epäilyjä, mutta asian sen verran tabu, ettei kukaan ole niistä täällä nostanut syytettä. Ruotsissa ja Tanskassa on tapauksista nostettu syytteet. (Mustonen 2012.)

Suomen rikoslain mukaan törkeäksi pahoinpitelyksi määritellään tapaus, jossa aiheutetaan vakava ruumiinvamma tai sairaus ja teko on kokonaisuuteen katsoen törkeä. Syyteoikeus rikokseen vanhenee 20 vuodessa sen tapahtumapäivästä. Suomen rikoslaki on voimassa silloinkin, kun Suomessa asuva henkilö viedään leikattavaksi ulkomaille. Teko on rangaistava, jos se kohdistuu Suomen kansalaiseen, Suomessa pysyvästi asuvaan tai jos tekijä on Suomen kansalainen. Jos ympärileikkauksen takana on joku yllyttäjä, hänet tuomitaan kuten leikkauksen tekijä, vaikka hän ei itse osallistuisi leikkaukseen. Lääkärin suorittaessa tyttöjen ympärileikkauksen, hän voi lisäksi menettää oikeutensa toimia lääkärinä. (Tiilikainen 2004a, 20.)

Suomen laissa voidaan tuomita myös henkilö joka tietää etukäteen törkeän terveydenvaarantamisen tai törkeän pahoinpitelyn olevan hankkeilla. Tämä henkilö on silloin rangaistuksen uhalla velvollinen ilmoittamaan asiasta viranomaisille etukäteen, tai henki-

lölle joka on uhan alla, tai estämään tilanteen, mutta ilmoitusvelvollisuus ei koske rikosta valmistelevien läheisiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 18.)

Myös lastensuojelulaki suojaa tyttöjä ympärileikkauksilta. Lastensuojelulain mukaan lapsella on oikeus turvalliseen kehitykseen. Laissa määrätään, että sosiaali- ja terveys- huollon, koulutoimen, poliisitoimen, seurakunnan palveluksessa tai luottamustoimessa oleva henkilö on velvollinen ilmoittamaan toimea tai virkaa hoitaessaan tietoonsa saamastaan perhe- ja yksilökohtaisen lastensuojelun tarpeesta lapsesta sosiaalilautakunnalle. (Tiilikainen 2004a, 20.)

Lastensuojelulain mukaisiin avohuollon toimenpiteisiin ryhdytään jos lapsen kasvuolot vaarantuvat tai eivät turvaa hänen kehitystään ja terveyttä. Ympärileikkauksen uhatessa tyttölasta, voi huostaanotto olla mahdollinen. Huostaanotto voidaan myös tehdä, jos ympärileikkaus on jo tehty ja vanhemmat eivät ymmärrä lapsen hoidon tarvetta. (Tiilikainen 2004a, 20.)

Afrikassa taistellaan myös tyttöjen ympärileikkauksia vastaan. Useissa maissa on kehitetty tyttöjen ympärileikkauksen vastaisia lakeja ja toimintaohjelmia. Sudanissa esimerkiksi laki kieltää vain infibulaatio-tyyppiset leikkaukset, ei lievempiä ympärileikkauksen muotoja. Egyptissä vuorostaan käydään keskustelua siitä, onko tyttöjen ympärileikkaukset lainsäädännön mukaan kiellettyjä kaikissa olosuhteissa vai voidaanko tapa hyväksyä lääkäreiden suorittaman ja näin medikalisoida. (Akar & Tiilikainen 2009, 34.)

Useissa maissa lait eivät ole olleet riittävän tehokkaita keinoja ympärileikkaus perinteen katkaisemiseksi. Kehitystä positiiviseen suuntaan on siitä huolimatta tapahtunut monissa Afrikan maissa tyttöjen ympärileikkausten ehkäisemisen suhteen. (Akar & Tiilikainen 2009, 34.)

3 PUHEEKSIOTTAMINEN

3.1 Huolen puheeksiottaminen

Vaikeiden asioiden puheeksiottaminen voi olla yllättävän hankalaa kokeneillekin terveydenhoitajille. Etenkin kun kyseessä on asia, jonka taustalla on suuret kulttuurierot. Huolella tarkoitetaan subjektiivista näkemystä, joka terveydenhoitajalle voi syntyä asiakassuhteessa. Huolen taustalla on terveydenhoitajan tai muun alan ammattilaisen intuitiivinen kuva lapsen tai nuoren tilanteesta sekä ympäröivän verkoston oletetuista voimavaroista. Tämä kuva rakentuu kolmesta eri asiasta: tiedosta, tunteista ja velvoitteista. Ymmärrys, joka asiakassuhteessa syntyy, perustuu siis intuitiiviseen kuvaan, joka on muodostunut kolmesta eri elementistä: kognitiivisesta, emotionaalisesta ja moraalisisesta. (Arnkil & Eriksson 2005, 20–22.)

Huolen puheeksiottaminen on kunnioittavaa keskustelua, jonka päätehtävänä on lasta koskevan huolen poistaminen. Kun työntekijälle syntyy huoli lapsesta tai nuoresta, työntekijälle herää usein kysymys siitä, riittävätkö omat voimavarat vai tarvitsenko tukea ja/tai kontrollia tilanteen ratkaisemiseen. Näiden tuntemusten arvioimiseksi on kehitetty huolen vyöhykkeistö. (Arnkil & Eriksson 2009.) Vyöhykkeistön avulla työntekijä voi määritellä omien lisävoimavarojen tarvetta sekä auttamismahdollisuuksiensa riittävyyttä ja oman huolen astetta koskien lasta/nuorta (Arnkil & Eriksson 2005, 25).

TAULUKKO 1. Huolen vyöhykkeistö

HUOLEN VYÖHYKKEISTÖ

Tom Arnkil & Esa Eriksson, THL

EI HUOLTA	PIENI HUOLI	TUNTUVA HUOLI	SUURI HUOLI
1	2	3	4
<p>Ei huolta lainkaan.</p>	<p>Pieni huoli tai ihmettely käynyt mielessä.</p> <p>Luottamus omiin mahdollisuuksiin hyvä.</p> <p>Ajatuksia lisävoimavarojen tarpeesta.</p>	<p>Huoli kasvaa ja on tuntuva.</p> <p>Luottamus omiin mahdollisuuksiin heikkenee.</p> <p>Omat voimavarat ehtymässä.</p> <p>Selvästi koettu lisävoimavarojen ja kontrollin *) lisäämisen tarve.</p>	<p>Huolta on paljon ja jatkuvasti, huoli on erittäin suuri.</p> <p>Omat keinot loppumassa tai lopussa.</p> <p>Lisävoimavaroja, kontrollia ja muutos tilanteeseen saatava heti.</p>

* kontrolliilla tarkoitetaan tilanteen hallinnan lisäämistä rajoittamalla jotakin epätoivottavaa asiaa esim. päihteiden käyttöä

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

2009

Arnkil & Eriksson/THL

1



Eri työntekijöille eri toimipisteissä lapsien/nuorten tilanteet näyttäytyvät erilaisena, jonka aiheuttaa huolen subjektiivinen luonne. Subjektiivinen huoli saatetaan nähdä ikään kuin jatkumona, jonka toisessa päässä on huoleton tilanne ja toisessa päässä työntekijä kokee, että lasta tai nuorta uhkaa akuutti vaara. (Arnkil & Eriksson 2005, 26–29.)

1. Vailla huolta oleva tilanne on sellainen, jossa työntekijä kokee, että lapsella tai nuorella on asiat hyvin. Työntekijän silmissä vaikuttaa, että lapsella on hyvä ja turvallinen kasvuympäristö, jossa lapsi kasvaa, kehittyy tai oppii normaalisti. (Arnkil & Eriksson 2005, 26–29.)

2. Pienen huolen tilanteessa työntekijä aistii joitakin tekijöitä, jotka herättävät hänessä pientä huolta. Huolta saattaa esiintyä useinkin, mutta työntekijä luottaa omiin voimavaroihinsa ja auttamismahdollisuuksiinsa. Tällaisessa tilanteessa työntekijä kokee vielä puheeksiottamisen melko helpoksi tarjoamalla omaa tukeaan. Näissä tilanteissa on hyvät mahdollisuudet varhaiseen puuttumiseen. (Arnkil & Eriksson 2005, 26–29.)

3. Tuntuva huolen aste, jossa liikutaan harmaalla alueella. Työntekijä on saattanut kantaa huolta jo pitkään ja nyt hänestä alkaa tuntua, etteivät omat voimavarat ja auttamismahdollisuudet riitä, tai ne ovat hiipumassa. Työntekijä on saattanut käyttää omat keinonsa loppuun ja hän kokee kasvavaa huolta sekä kaipaa lisäapua ja kontrollia. Tällöin työntekijä on usein epävarma ”riittävästä näytöstä”. Työntekijä joutuu arvioimaan myös velvollisuuksiaan, sitooko häntä vaitiolovelvollisuus tai lastensuojelulain ilmoitusvelvollisuus. Tähän vyöhykkeeseen yleensä kuuluu se, ettei muiden tilanteeseen kytkeytyvien tahojen mukanaolosta ole tietoa tai työnjako on epäselvä. Työntekijä voi olla hyvin epävarma, kenen tehtävä on ratkoa tilanteeseen liittyviä kysymyksiä. (Arnkil & Eriksson 2005, 26–29.)

4. Suuren huolen alueella lasta tai nuorta kohtaa akuutti vaaratilanne työntekijän näkökulmasta. Työntekijän huoli on kasvanut suureksi ja omat voimavarat sekä auttamismahdollisuudet ovat olemattomia. Työntekijä uskoo, että ellei tilanteeseen saada heti muutosta, lapselle tai nuorelle voi käydä huonosti. Työntekijä tarvitsee apua muilta tahoilta kuten sosiaalityöntekijältä, poliisilta tai psykiatrilta ja hän on velvollinen ottamaan heihin yhteyttä. Nämä asiat tekevät tästä tilanteesta jopa helpomman, kuin harmaan vyöhykkeen tilanteista, koska tilanteeseen on saatava välittömästi muutos. (Arnkil & Eriksson 2005, 26–29.)

Työntekijä muodostaa itselleen usein niin sanottuja ajatuskokeita, joita kutsutaan ennakoinniksi. Niiden avulla työntekijä valmistautuu kohtamaan puheeksi oton seurauksia ja ne ovat osa puheeksi oton menetelmän ydintä. Työntekijä tarvitsee menetelmäkseen tietoista ennakointia, jotta hän pystyy arvelemaan, kuinka päästä hyödyllisimpään lopputulokseen, eli parantaa lapsen tai nuoren tilanne ja säilyttää kontakti lapseen tai nuoreen. Tämä tietoinen ennakointi selkeyttää ja jäsentää toimintaa ja sitä voi hyödyntää tietoisesti. Ennakointi voi olla myös vähemmän selkeää ja tietoista, jolloin työntekijä ei saa maksimoitua ennakoinnista syntyvää hyötyä. (Arnkil & Eriksson 2005, 26–29.)

Ennakoinnin tärkein tehtävä on siitä saatava palaute ja tulevaan työskentelyyn vaikuttava lisääntynyt ymmärrys. Ennakoinnin ei tarvitse osua oikeaan, eivätkä ne yleensä sitä teekään, koska kyseessä ei ole ennustaminen. On tärkeää saada työntekijä miettimään, mitkä osatekijät herättävät kiinnostusta ja huomiota. (Arnkil & Eriksson 2005, 26–29.)

3.2 Seksuaalisuuden puheeksiottaminen

Seksuaaliterveyden puheeksiottaminen on tärkeä osa terveydenhoitajan ennakoivaa hoitotyötä. Puheeksi ottaminen edellyttää oikeaa ajankohtaa ja erityistä hienotunteisuutta, puhumattakaan hyvistä vuorovaikutustaidoista sekä tiedollisesta osaamisesta koostuvaa kokonaisuutta. Seksuaalisuudella on iso merkitys kasvavan lapsen ja nuoren elämässä, ja seksuaalinen hyvinvointi on suorassa yhteydessä koettuun elämänlaatuun. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b.)

Jack Annon kehitti PLISSIT- menetelmän, joka mahdollistaa erilaisten lähestymistapojen käytön sekä auttaa henkilöitä, joilla on seksuaalisuuteen liittyvä ongelma. PLISSIT- menetelmässä on neljä eri tasoa, joilla erilaisia lähestymistapoja kuvataan. Neljästä eri tasosta kaksi on tarkoitettu nimenomaan ennakoivaan terveydenhuoltoon ja ovat siksi tärkeitä terveydenhoitajan työssä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012b.)

Ensimmäinen taso on luvan antaminen, jolla tarkoitetaan positiivista sekä sallivaa asennetta seksuaalisuuteen sen monissa eri ilmenemismuodoissa. Tarkoitus on kuunnella asiakkaan mahdollisia huolenaiheita ja kysymyksiä seksuaalisuuteen liittyvissä erilaisissa asioissa. Luvan antamisen pohjana on luottamussuhde asiakkaaseen ja hoitajan on tärkeää osoittaa joko sanallisesti tai sanattomasti hyväksyntänsä asiakkaan ajatuksille, tunteille ja tarpeille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b.)

Toinen taso on rajatun tiedon antaminen ja sillä tarkoitetaan tiedon antamista asiakkaan pulmaan tai huoleen. Annettava tieto liittyy hyvin usein sukupuolielinten anatomiaan, seksuaaliseen suuntautumiseen, raskauteen, synnytykseen, ehkäisyyn, aborttiin, seksi- tauteihin ja niin edelleen. Tällä tasolla esimerkiksi terveydenhoitaja voi arvioida asiakkaan tarvetta seksuaalineuvonnan tai - terapian suhteen sekä arvioida käytettäviä hoito- ja neuvontamenetelmiä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b.)

4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveydenhoitaja työskentelee perhettä suunnittelevien, raskaana olevien, vasta synnyttäneiden ja lasten, nuorten, työikäisten sekä ikääntyvien ja heidän perheidensä terveyden edistämiseksi. Terveydenhoitajat työskentelevät eri-ikäisten neuvolatoiminnassa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, avosairaanhoidossa, työterveyshuollossa, kotihoidossa ja itsenäisinä yrittäjinä. Työmenetelmistä keskeisimpiä ovat vastaanottotoiminta, kotikäynnit, yksilö- ja ryhmäohjaus sekä neuvonta, terveystarkastukset sekä seulontatutkimukset. Terveydenhoitaja työskentelee sekä julkisen että yksityisen sektorin ja vapaaehtoisjärjestöjen palveluksessa tai itsenäisinä ammatinharjoittajina (Haarala ym. 2008, 25–26.)

Terveydenhoitaja on hoitotyön, eritoten terveydenhoitajatyön, kansanterveystyön ja terveyden edistämisen asiantuntija. Terveydenhoitajan tekemästä työstä on käytetty viime aikoina termiä terveydenhoitajatyö, mikä tarkoittaa ainoastaan terveydenhoitajan pätevyyden omaavan henkilön työtä, jossa nousee esille vahvasti terveyden edistämisen näkökulma. Terveydenhoitotyö-termi käsittää vuorostaan kenen tahansa ammattiryhmän tekemästä terveydenhoitotyöstä. Valtakunnallisissa suosituksissa käytetään terveydenhoitajan työstä edelleen termiä terveydenhoitotyö (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry i.a.)

Terveydenhoitajan alue- ja väestövastuisessa työssä keskeistä on ihmisten aktivoiminen ja osallistaminen oman terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen. Keskeistä on yhteiskunnallisen eriarvoisuuden vähentäminen sekä terveyden tasa-arvon lisääminen. Työn suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa sekä kehittämisessä terveydenhoitaja huomioi väestön hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat tekijät. (Suomen Terveydenhoitajaliitto ry i.a.)

Terveydenhoitajan ammattikuvaa pitää jatkuvasti verrata ammattikäytäntöön niin, että muutokset näkyvät myös ammattikuvassa. Terveydenhoitajan asiantuntijuudessa näkyy kriittinen ajattelu, vastuullisuus ja itsenäinen päätöksenteko. Asiantuntijuus kehittyy myös työntekijän ja työtehtävien välisen suhteen pohjalta. (Haarala ym. 2008, 23–24, 28.)

Terveydenhoitajan eettisen osaamisen perustana painottuvat seuraavat arvot: asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, erilaisuuden hyväksyminen, ihmisen arvostaminen, luottamuksellisuus, lähimmäisen vastuu, puolueettomuus, tasa-arvoisuus, vapaaehtoisuus ja yksilöllisyys. Terveydenhoitajan on tiedostettava omat arvonsa, asenteensa ja ihmis- ja terveystieteensä, jotta hän voi ymmärtää asiakkaidensa arvojen ja kulttuurin moninaisuuden. Hoitotyössä on käytössä kansainvälisen sairaanhoitajaliiton laatimat eettiset ohjeet. (Haarala ym. 2008, 24–25.)

4.1 Terveydenhoitaja terveyden edistäjänä

Terveydenhoitajan tehtävä on rakentaa muiden tahojen kanssa terveyttä edistävää toimintaa yhteiskunnassa. Tärkeä tehtävä on tarttua kansallisten ohjelmien ja suositusten toimeenpanoon yhdessä asiantuntijoiden kanssa sekä vahvistaa terveyden edistämisen näkökulmaa terveystaloudessa. Terveydenhoitajan on aktiivisesti seurattava yhteiskunnallisia muutoksia ja terveystaloudellisia linjauksia. (Haarala & Mellin 2008, 42.)

Terveyden edistäminen on määritelty prosessiksi, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät ja vallitsevat olot. Tarkoituksena on parantaa terveysoloja sekä ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. Terveyden edistämisen prosessissa asiakkaalle luodaan mahdollisuuksia hallita, parantaa ja ylläpitää terveyttään. Terveyden edistämistä ohjaavat arvot, kuten ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, voimavarojen lähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallistaminen, yhteistyö, kestävä kehitys sekä asiakasnäkökulma ja kulttuurisidonnaisuus. (Haarala & Mellin 2008, 51.)

Terveyden edistäminen on olennainen osa terveydenhoitajan työtä. Se koskee ihmisen elämää kokonaisuutena, ja perustuu asiakkaan oma-aloitteisen toiminnan tukemiseen. Terveyden edistämisen työ vaatii ymmärrystä paitsi siitä mitä terveys on, myös ymmärrystä terveyden moniulotteisuudesta. Lisäksi on tiedettävä terveyttä määrittävät tekijät eli terveyden determinantit (Haarala & Mellin 2008, 52.)

TAULUKKO 2. Terveiden determinantit

Yksilölliset tekijät	Sosiaaliset tekijät
- ikä - sukupuoli - perimä - tiedot - taidot - kokemukset - elintavat	- sosioekonominen asema - toimeentulo - sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot ja keskinäinen vuorovaikutus - osallistuminen
Rakenteelliset tekijät	Kulttuuriset tekijät
- koulutusmahdollisuudet - elinolot - elinympäristö - työolot - palvelujen saatavuus, toimivuus ja laatu	- fyysisen, taloudellisen ja poliittisen ympäristön turvallisuus - viihtyvyys - arvot ja asenteet

Terveiden determinantit. Haarala, Päivi & Mellin, Oili-Katriina 2008

Terveiden edistäminen on vaikuttamista yhteiskunnan rakenteellisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Siinä yhdistetään usean tieteenalan tietoa ja se sisältyy yhteiskunnan eri hallinnonaloille, joten se vaatii monitieteistä tutkimusta sekä eri hallintoalojen yhteistyötä. Terveidenhuollolla on kuitenkin asiantuntijanrooli terveyttä edistävissä toiminnassa, sen käynnistämisessä, kehittämisessä, ohjaamisessa ja tiedon tuottamisessa. Terveidenhoitajat voivat rakentaa terveyttä edistävää toimintaa vaikuttamalla kunnan hyvinvointipolitiikkaan ja käynnistämällä yhteistyötä eri hallinnonalojen, järjestöjen sekä tiedotusvälineiden kanssa. (Haarala & Mellin 2008, 52–53.)

Terveiden edistämistyötä tehdään yksilön, perheen, ryhmän, yhteisön sekä väestön tasolla ja yhteiskunnan eri osa-alueilla. Terveyttä pyritään edistämään lähellä ihmistä ja hänen arki ympäristöään esimerkiksi heidän asuinalueillaan, työpaikoilla ja kouluissa. Terveyttä edistävä toiminta voidaan jakaa viiteen tasoon jotka ovat terveyttä edistävä

yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön aikaansaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveystalvelujen uudistaminen. (Haarala & Mellin 2008, 55–56.)

Käytännössä terveyttä voidaan edistää erilaisista lähestymistavoista, kuten preventiivisestä, kasvatuksellisesta, asiantuntijakeskeisestä ja voimavarakeskeisestä lähestymistavasta. Preventiivinen tapa painottuu sairauksien ehkäisyyn neuvonnan ja ohjauksen avulla. Kasvatuksellisessa tavassa painottuu asiakkaan oikeus saada tietoa sekä vastuu ja vapaus tehdä valintoja luotettavan tiedon perusteella. Asiantuntijakeskeisessä tavassa keskitytään yksilön käyttäytymiseen ja sen muuttamiseen. Voimavarakeskeinen tapa on prosessi, jonka kautta asiakkaalla on suurempi mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua terveyttään edistäviin päätöksiin. (Haarala & Mellin 2008, 57–58.)

Terveyden edistämisen työn sisältö ja menetelmät vaihtelevat asiakkaan mukaan. Olen-naista on, että terveyttä edistävässä työotteessa keskitytään sairauden sijaan terveyteen sekä mahdollistetaan asiakkaan osallistuminen ja voimavarojen käyttö, ottaen huomioon terveyden moniulotteisuus sekä terveyteen vaikuttavat yksilön ulkopuoliset tekijät. (Haarala & Mellin 2008, 58.)

4.2 Tyttöjen ympärileikkauksen ennaltaehkäisy

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisemiseksi toimintaohjelman elokuun lopussa 2012. Yhtenä tavoitteena on rohkaista terveydenhuollon ammattilaisia ottamaan asia puheeksi perheen kanssa. Terveystenhoitajat eivät tapaa lapsia kouluissa ja neuvoloissa enää niin usein, että voisivat huomata lapsen muuttuneen käyttäytymisen. Terveystenhoitajan tulisi uskaltaa ottaa ympärileikkauksiasia puheeksi, jos tietää perheen lähtevän lomamatkalle. (Mustonen 2012.)

Suomessa on tehty tyttöjen ympärileikkaukseen liittyvää ennalta ehkäisevää työtä jo 20 vuotta ja siitä on hyviä kokemuksia. Aihe on pyritty ottamaan mukaan ohjelmiin ja oppimateriaaleihin. Sosiaali- ja terveysministeriö on esimerkiksi julkaissut naisten sukupuolielinten silpomiseen liittyvän esitteen, joka on saatavissa sähköisesti suomen, ruotsin, englannin ja somaliankielellä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 26.)

Kauimmin pystyssä ollut hanke tyttöjen ympärileikkauksien ehkäisemiseksi on ollut Ilmioikeusliiton KokoNainen-projekti, joka on toiminut vuodesta 2002 lähtien. Hankkeessa on ollut mukana kaksi asiantuntijaa, jotka ovat olleet mukana maahanmuuttajatyössä ja kouluttaneet ammattihenkilöstöä. Hankkeessa on tuetettu valtakunnalliseen käyttöön tarkoitettua materiaalia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 27.)

Helsingin tyttöjen talossa on pidetty useita keskustelutilaisuuksia maahanmuuttajataustaisten tyttöjen kanssa koskien ympärileikkauksia. Tyttöjen talo on tehnyt yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa ympärileikkauksia käsittelevän kirjasen Tytöstä naiseksi, joka on saatavina myös sähköisenä versiona. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 27.)

5 KOULUTERVEYDENHUOLTO JA SEKSUAALITERVEYS

Kouluterveydenhuolto on tarkoitettu peruskoululaisille ja heidän vanhemmilleen. Kouluterveydenhuolto on maksutonta ja lakisääteistä perusterveydenhuoltoa ja sitä on saatavilla pääasiallisesti koulupäivän aikana kouluilta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.) Sosiaali- ja terveysministeriö valvoo ja ohjaa terveydenhuoltoa kouluissa, ja siitä säädetään terveydenhuoltolaissa. Yhtenäinen laatu- ja palvelutaso varmistetaan valtakunnallisesti valtioneuvoksen asetuksilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b). Lisäksi kouluterveydenhuoltoa ohjaavat useat suositukset ja oppaat (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012).

Kouluterveydenhuollon toteuttamisesta vastaavat kunnat. Jokainen kunta laatii kouluterveydenhuollolle toimintaohjelman yhteistyössä opetus- ja sosiaalitoimen kanssa sekä nimetään vastuuhenkilö kouluterveydenhuollolle. Kunnat tekevät yhteistyötä huoltajien, oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

Kouluterveydenhuolto sisältää oppilaan kehityksen ja kasvun sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, vanhempien ja huoltajien tukemisen kasvatustyössä, erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden tukemisen ja pitkäaikaisesti sairaan lapsen omahoidon tukemisen, kouluympäristön terveellisyyden, turvallisuuden ja kouluyhteisön hyvinvoinnin seurannan sekä edistämisen, suun terveydenhuollon ja tarpeelliset erikoistutkimukset oppilaan tilan selvittämiseksi. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Kouluterveydenhuollon rungon perustavat koko ikäluokille tehtävät terveystarkastukset, joka mahdollistaa oppilaiden ja heidän vanhempiensa tapaamisen. Tarkastuksissa arvioidaan oppilaan fyysistä ja psykososiaalista terveydentilaa suhteessa kehitysvaiheeseen ja ikään sekä pyritään löytämään sairaudet ja terveyttä sekä hyvinvointia uhkaavat tekijät. Avainasemassa havaitsemassa ongelmien varhaisessa toteamisessa ovat kouluterveydenhuollon henkilöstä, kouluterveydenhoitajat ja lääkärit. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

Kouluterveydenhuoltoon kuuluu vuosittaiset terveystarkastukset, joista kolme (ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella luokalla) olevat tarkastukset ovat laajoja terve-

ystarkastuksia. Terveystarkastuksissa saa aina yksilöllistä terveysneuvontaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012).

Laajassa terveystarkastuksessa terveydenhoitaja ja lääkäri arvioivat yhdessä oppilaan terveyden ja koko perheen hyvinvointia, eli vanhemmat kutsutaan mukaan terveystarkastukseen. Terveyden edistämisen lisäksi tavoitteena on tunnistaa varhaisessa vaiheessa, jos oppilaalla ja hänen perheellään on erityistä tuen tarvetta. Laajojen terveystarkastusten välissä olevia ikäluokkia tarkastuksia kutsutaan määräaikaistarkastuksiksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Terveystarkastusten lisäksi terveydenhoitaja tapaa oppilaitaan vastaanotollaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Avoimet vastaanotot oppilaille on tärkeä työmuoto, koska oppilaat voivat tulla ilman ajanvarausta juttelemaan oireistaan ja huolistaan. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012.)

5.1 Seksuaaliterveys

Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt seksuaaliterveyden seuraavasti:

Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 17.)

WHO on määritellyt myös seksuaalioikeudet seuraavasti:

Seksuaalioikeuksiin sisältyvät ihmisoikeudet, jotka on tunnustettu kansallisissa lainsäädännöissä, kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa ja muissa yhteisesti hyväksytyissä asiakirjoissa. Ne pitävät sisällään kaikkien ihmisten oikeuden – ilman pakottamista, riistoa ja väkivaltaa – parhaaseen saavutettavissa olevaan seksuaaliterveyden tilaan, mikä käsittää myös mahdollisuuden käyttää seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä terveydenhoitopalveluja, hakea, saada ja levittää seksuaalisuuteen liittyvää tietoa, seksuaalikasvatukseen, kehon koskemattomuuden kunnioittamiseen, kumppanin valintaan, päättää omasta aktiivisuudestaan, yhteiseen tahtoon perustuviin seksuaalisiin suhteisiin, yhteiseen tahtoon perustuvaan

avioliittoon, päättää, haluaako yleensä ja milloin haluaa hankkia lapsia, tavoitella tyydyttävää, turvallista ja nautinnollista seksielämää. Ihmisoikeuksien vastuullinen käyttäminen edellyttää sitä, että jokainen ihminen kunnioittaa muiden oikeuksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, 17–18.)

Seksuaaliterveyteen liittyvät näkemykset eroavat usein eri kulttuureissa. Naisenaseman ja heidän oikeutensa määrätä koskemattomuudestaan nähdään eri tavalla. Seksuaalisuus on edelleen usein tabu eri kulttuureissa. Maahanmuuttajan asiakasvastaanotto vaatii riittävän valmentautumisen ja monikulttuurista asiantuntemusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 32.)

5.2 Seksuaaliterveys kouluterveydenhuollossa

Kouluterveydenhuolto edistää seksuaaliterveyttä osallistumalla koulun seksuaaliterveysopetuksen suunnitteluun sekä toteutukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 54). Kouluterveydenhuollossa seurataan ja tuetaan lasten ja nuorten seksuaalikehitystä. Lisäksi tavoitteena on, että lapsesta ja nuoresta kehittyy omaa ja toisten seksuaaliterveyttä ymmärtävä sekä ihmisen itsemääräämisoikeutta kunnioittava ja vastuullisesti käyttäytyvä ihminen, joka pystyy läheisiin ihmissuhteisiin. Erityisenä tehtävänä kouluterveydenhuollolla on tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ne lapset, joiden seksuaalisessa kehityksessä voi olla ongelmia. (Ala-Luhtala & Rytäläinen-Korhonen 2011, 179.)

Seksuaaliterveyden edistäminen ja seksuaalineuvonta ovat osa kouluterveydenhuollon määräaikaista terveystarkastuksia. Tarkastuksessa arvioidaan lapsen, nuoren ja perheen yksilöllistä tarvetta seksuaalineuvontaan keskustelun ja havainnoinnin avulla. (Ala-Luhtala & Rytäläinen-Korhonen 2011, 179.) Asiakastapaamisissa voidaan arvioida, onko lapsi tai nuori omaksunut opetussuunnitelmaan sisältyvät seksuaaliopetuksen asiat (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 54).

On tärkeää luoda luottamuksellinen ilmapiiri, jotta lapsi tai nuori voi tulla vastaanotolle myös silloin, kun kokee asiansa niin vaikeaksi, ettei voi siitä kenenkään muun kanssa keskustella. Tapaamisissa voidaan käyttää apuna seksuaaliterveysanamneesia. Anam-

neessissa on valmiita kysymyksiä seksuaaliterveyteen liittyen, joka helpottaa vaikeidenkin asioiden puheeksi ottamista. Anamneesia voi muokata itselleen sopivaksi ja omia tarpeita vastaavaksi. Valmis pohja löytyy Väestöliiton verkkosivuilta. (Ala-Luhtala & Rytäläinen-Korhonen 2011, 179–180.)

Seksuaalineuvonnassa lähtökohtana ovat lapsen tai nuoren myönteinen käsitys seksuaalisuudesta sekä tyttöjen ja poikien erot. Neuvonnassa huomioidaan nuoren ikä, kasvu ja kehitys sekä hänen ja perheen yksilölliset tarpeet. Vanhemmille kerrotaan nuoren oikeuksiin liittyvistä asioista, kuten oikeudesta hyvään elämään ja kunnioittavaan kohteluun, oikeudesta olla rakastettu, oikeudesta fyysiseen koskemattomuuteen, tieto oman kehon itsemääräämisen oikeudesta sekä oikeudesta tukeen ja turvallisiin aikuisiin ympärillä. (Ala-Luhtala & Rytäläinen-Korhonen 2011, 180, 183.)

Kouluterveydenhuollon roolin oppilaan henkilökohtaisessa seksuaalineuvonnassa tulisi olla nykyistä suurempi. Oppilailla on paljon kysymyksiä koskien omaa seksuaalisuuttaan, eikä heillä aina ole ketään muuta ihmistä kenelle siitä puhua. Seksuaalineuvonnassa pyritään korjaamaan vääriä käsityksiä, torjumaan paineita sukupuolielämän aloittamista varhaisessa vaiheessa ja painotetaan oman päätöksenteon tärkeyttä. Neuvonnassa tulee ottaa huomioon molempien sukupuolien erityistarpeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 55.)

Epäilyn herätessä lapsen tai nuoren kaltoin kohtelusta tai seksuaalisesta hyväksikäytöstä tehdään lastensuojeluilmoitus sekä otetaan yhteys sosiaalitoimeen ja lastensuojeluviranomaisiin. Asiasta on keskusteltava välittömästi myös koulun lääkärin kanssa ja selvitettävä asia. Epäilyyn liittyessä fyysisiä merkkejä tai jos pahoinpitelyä on tapahtunut, lapsi tai nuori lähetetään päivystykseen tutkittavaksi. Pieninkin epäily tulee tarkastaa ja varmistaa että kaltoin kohtelu tai seksuaalinen hyväksikäyttö ei jatku. (Ala-Luhtala & Rytäläinen-Korhonen 2011, 183–184.)

Trauma vaikuttaa nuoren koulunkäyntiin. Koulun oppilashuoltohenkilöstö ja nuorisopsykiatrian poliklinikka tarjoavat tukea nuorelle. Kouluterveydenhuollossa tulisi olla kaikilla eri toimijoilla kirjalliset ohjeistukset siitä, miten toimitaan oppilaan kaltoin kohtelun tai seksuaalisen hyväksikäytön epäilyn ja ilmitulon yhteydessä. (Ala-Luhtala & Rytäläinen-Korhonen 2011, 183–184.)

6 KOULUTERVEYDENHUOLTO JA MONIKULTTUURISUUS

6.1 Monikulttuuristuva Suomi

Suomesta on tullut nopeasti monikulttuurinen maa. Kouluissa puhutaan jo 50 eri kieltä, ja niille jotka haluavat jäädä osaksi suomalaista yhteiskuntaan, tarjotaan kotouttamisohjelmia. Heiltä odotetaan suomalaisen kulttuurin omaksumista ja siihen sopeutumista. Lisäksi heillä on saatavilla yhteiskunnan tarjoamia palveluita, esimerkiksi terveydenhuoltopalvelut. (Brusila 2008, 9.)

Terveydenhuollon eettisiin lähtökotiin kuuluu kohdella kaikkia kunnioittavasti ja tasa-arvaisesti. Ajattelemattomuuttaan ja tietämättömyyttään saatetaan välillä toimia toisesta kulttuurista tullutta kohtaan kuitenkin loukkaavasti, jolloin hyvä hoitosuhde menetetään. Hienotunteinen ja potilaan kulttuuria kunnioittava lähestyminen rakentaa siltaa kulttuurirajojen yli. Kaikissa kulttuureissa on yhtä monia yksilöllisiä asenteita kuin yksilöitäkin. (Brusila 2008, 9.)

Maahanmuuttajien kotoutumisesta ja viihtymisestä huolehtiminen on keskeinen yhteiskunnallinen tehtävä Suomessa. Kotouttamistoiminta on ollut yksilökeskeistä, eikä ole ottanut tarpeeksi huomioon perheiden tarpeita. (Alitolppa-Niitamo & Söderling 2005, 8.)

Suomessa on maahanmuuttajia yli 160 eri maasta (Söderling 2005, 17). Suomessa asui vuoden 2011 lopussa vakituisesti 257 248 ulkomaista syntyperää olevaa ihmistä, joka on 4,8 % koko Suomen väestöstä. Uudellamaalla lähes 9 % väestöstä on ulkomaista syntyperää. Pohjois-pohjanmaalla, johon myös Oulun kuuluu, maahanmuuttajia on niukasti vajaat 2 % väestöstä. Kunnittain tarkasteltuna Manner-Suomessa Helsingissä on eniten 11,8 prosenttia ulkomaista syntyperää olevaa henkilöä. Vantaalla on 11,2 prosenttia ja Espoossa 10,5 prosenttia väestöstä ulkomaista syntyperää. (Tilastokeskus 2011.) Tutkimuksen kohde kaupungeissa eli Helsingissä, Vantaalla, Espoossa ja Oulussa kaikissa on maahanmuuttajia. Oulua lukuun ottamatta maahanmuuttajien määrä kaupungeissa on melko suuri.

Ulkomaista syntyperää olevien ikärakenne poikkeaa suomalaista syntyperää olevista. Koko väestön keski-ikä oli vuoden 2011 lopussa 41,6 vuotta. Suomalaista syntyperää olevien keski-ikä oli tuolloin 42 vuotta. Ensimmäisen polven ulkomaalaista syntyperää olevien keski-ikä oli 37,7 vuotta ja toisen polven ulkomaista syntyperää olevien henkilöiden 11,8 vuotta. Toisen polven ulkomaista syntyperää olevista alle 18-vuotiaita oli 87 prosenttia. (Tilastokeskus 2011.) Suomessa on siis paljon maahanmuuttaja lapsia, joista suurin osa on myös kouluterveydenhuollon asiakkaita.

6.2 Ohjeistus monikulttuurisuuden huomioimisesta kouluterveydenhuollossa

Monikulttuurisuus on suuri haaste kouluterveydenhuollolle. Eri kulttuurista tulevilla oppilailla ja heidän vanhemmillaan on eri lähtökohdat ymmärtää Suomen terveydenhuollon järjestelmää. Heidän omat kulttuuri- ja perhetaustaansa liittyvät erityiskysymykset on huomioitava kouluterveydenhuollossa. Väärinkäsityksiä syntyy herkästi, ja siksi asioiden kunnolla käsitteleminen on tärkeää. Uuden maahanmuuttajaoppilaan tullessa kouluun, on aluksi selvitettävä onko hänelle tehty maahanmuuttajan terveystarkastus. Oppilaalla voi olla terveysongelmia, joita ei Suomessa esiinny. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 87.)

Uuden maahanmuuttajaoppilaan ja hänen vanhempiansa kanssa ensimmäinen tapaaminen tehdään laaja-alaisena terveystarkastuksena. Tapaamiseen on varattava riittävästi aikaa ja ammattitaitoinen tulkki. Perheelle esitellään koulun terveydenhuolto, sen toiminta sekä toiminnan periaatteet. Tilanteessa on tuotava esiin, että toiminta perustuu lakeihin, määräyksiin, se on kaikille yhdenmukaista sekä perustuu tutkittuun tietoon ja asiantuntemukseen. Perheelle on myös hyvä mainita kouluterveydenhuollon olevan maksutonta Suomessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 88.)

Koulun terveydenhuollon toiminnasta ja pelisäännöistä heti alkuun kerrottaessa pyritään korostamaan toiminnan ennalta ehkäisevyyttä, toimitaan lapsen parhaaksi ja saadaan kouluterveydenhuollon sekä perheen välille luotua luottamussuhde. Asioiden hoitaminen helpottuu ja koko perhe sekä yhteisökeskeisyys tulee jatkossakin huomioida toiminnassa. Maahanmuuttajaoppilaiden vanhemmille voidaan järjestää omia vanhempieniltoja, joissa käydään kouluterveydenhuoltoon ja lapsen terveyteen liittyviä teemoja.

Suomessa kauemmin asuneet maahanmuuttajavanhemmat voivat opastaa ja auttaa uusia maahanmuuttajavanhempia tutustumaan Suomen kouluterveydenhuoltoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 89.)

6.3 Ohjeistus tyttöjen ympärileikkauksien ehkäisemiseksi

Lapsien kasvattamisesta on tuotava julki, ettei minkäänlaista ruumiillista kuritusta suoda, ja mikäli tällaista tapahtuu, asiasta tehdään lain nojalla lastensuojeluilmoitus. Erityisesti tyttöjen asemaa, koulutuksen tärkeyttä ja ruumiillista koskemattomuutta tulee korostaa. Heti alussa kerrotaan Suomen ehdottoman kielteinen suhtautuminen tyttöjen ympärileikkaamiseen, ja kerrottava toimenpiteestä aiheutuvat haitat tytön kehitykselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 88.)

Lasten oikeudet Suomessa ovat samat suomalaisille kuin muualta muuttaneille lapsille. Lapsen fyysinen koskemattomuus on suojattu Suomen lainsäädännössä. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus on Suomen rikoslain mukaan rangaistavaa. Ympärileikkaamisesta tai siinä avustamisesta voi saada useiden vuosien vankeusrangaistuksen, tämä on voimassa myös silloin kun Suomessa asuva henkilö viedään ulkomaille leikattavaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 88.)

Sosiaali- ja terveyshuollon henkilöiden sekä opettajien on velvollisuus puuttua tilanteisiin, joissa lapsen kehitys ja terveys ovat uhattuina. Vanhemmille on kerrottava etukäteen myös terveystiedon opetuksesta ja seksuaalineuvonnasta. Maahanmuuttajalapsen mielialaa tulee tarkkailla, mahdollisten aikaisempien traumojen takia. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 88.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on hiljattain julkaissut toimintaohjelman tyttöjen ympärileikkausten ehkäisemiseksi Suomessa. Toiminta ohjelma sisältää tuoreen ohjeistuksen ympärileikkausten ehkäisemiseksi. Opetustoimessa tulisi etukäteen suunnitella miten reagoidaan tilanteeseen, jossa epäillään tytön olevan ympärileikkausuhan alla. Koulun johdolla tulisi olla tiedossa mistä saadaan ohjeistusta ja tukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 32.)

Ympärileikkausasian ennaltaehkäisy ja vastuu puheeksottamisesta on kaikilla lapsiperheiden kanssa työskentelevillä. Tyttöjen ympärileikkaus on otettava puheeksi ainakin kerran sosiaali- ja lastensuojelutyössä ja kerrottava suomalaisesta lainsäädännöstä asiakkaiden kanssa, jotka ovat lähtöisin alueilta, joissa perinnettä harjoitetaan. Terveystoimittaja, kättilö tai lääkäri selvittää tytön ympärileikkaustilanteen keskustellen ja tutkien. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 32.)

Erityisen tärkeää on kulttuurisensitiivinen lähestyminen ja säilyttää ympärileikatun tytön arvokkuus ja yksityisyys hoito- ja tutkimustilanteissa. Terveystoimittajien tulee osata hoitaa ympärileikattuja raskaana olevia äitejä sekä tarjota avausleikkausta kaikille tyyppin III läpikäyneille naisille ja tytöille. Jatkohoitoon kuuluu tarvittaessa psyykinen tuki. Avausleikkauksia suositellaan oleskeluluvan saaneille tytöille, koska jos oleskelulupaa ei myönnetä ja avattu tyttö palaa kotimaahansa, voi ympärileikkauksien purkamisesta koitua hänelle hankaluuksia omassa yhteisössään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 32.)

Kynnys tehdä lastensuojeluilmoitus tulisi olla matala, jos herää epäily, että ympärileikkausta suunnitellaan. Lastensuojeluilmoitus tehdään siinäkin tapauksessa, kun epäillään, että ympärileikkaus on tehty tytön asuessa Suomessa. Lastensuojelu voi pyytää poliisilta virka-apua, kuten maasta poistumisen estämiseksi, kun tyttölästä ollaan viemässä pois maasta ympärileikkausta varten. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 33.)

6.4 Monikulttuurisuuden tuomat haasteet

Monikulttuurisuus Suomessa kasvaa jatkuvasti. Terveystoimittajien tarvitaan laajempaa monikulttuurista asiantuntemusta maahanmuuton yleistyessä. Seksuaaliterveyteen liittyvät näkemykset poikkeavat suuresti eri kulttuureissa. Erityisesti naisen asema ja heidän oikeutensa määrätä koskemattomuudestaan nähdään usein eri tavalla kuin meidän kulttuurissamme. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 32.)

Ilman riittävää valmentautumista asiakas kohtaamiset vastaanotoilla aiheuttavat pettymyksiä kummallekin osapuolelle. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluissa on huomioitava, että maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden perustiedot voivat usein olla

puutteelliset, sillä seksuaalisuus on edelleen tabu useissa kulttuureissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 32.)

Maahanmuuttajat tulevat usein maista, joissa tiedon saatavuus ja tietämyksen taso seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista ovat suomalaista keskivertoa selvästi heikompaa. Suomeen on koko ajan lisääntymässä maahanmuuttajia joiden tietämys seksuaaliterveydestä ei vastaa palvelutarjoajien ja valistustoimintaa tekevien oletuksia. Suomalaisesta terveydenhuollosta puuttuu usein tietoa maahanmuuttajien tarpeista. (Väestöliitto 2006, 34.)

Terveydenhuollossa tarvitaan ammattitaitoisia tulkkaus- ja käännöspalveluita, joihin myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa. Suurimmissa kaupungeissa löytyy materiaalia maahanmuuttajien omalla kielellä. Väestöliiton Kotipuu tarjoaa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille koulutusta sekä konsultaatiota vanhemmuuteen liittyvissä monikulttuurisuuskysymyksissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 32.)

Ihmisoikeusliitto ry:n asiantuntijaryhmä on tehnyt suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle tyttöjen ja naisten ympärileikkauksista Suomessa, sekä tuottanut sitä tukevan opetusfilmin. Ihmisoikeusliitto järjestää koulutusta aiheesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 32.)

7 KOULUTERVEYDENHUOLTO JA YHTEISTYÖKUMPPANIT

7.1 Yhteistyö vanhempien kanssa

Yhteistyön rakentaminen vanhempien ja kodin kanssa tulisi aloittaa jo esikoulusta alkaen. Tavoitteena on mahdollisimman luottamuksellinen suhde vanhempiin, jotta he voivat ottaa yhteyttä lastensa hyvinvointiin liittyvissä asioissa kouluterveydenhuoltoon. Tarkoitus on saada vanhemmat kokemaan kouluterveydenhuolto myönteisenä asiana. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 23.)

Kouluterveydenhuolto on vastuussa tiedon toimittamisesta koteihin. Oppilaille ja vanhemmille esitellään kouluterveydenhuollon tavoitteet, toimintatavat, yhteydenottomahdollisuudet, vastaanotto ajat, työntekijät ja muu toiminta. Heitä tiedotetaan lasten tarkastusohjelmasta sekä seulontasuunnitelmasta koko kouluvuosien ajalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 23.)

Vanhemmille kerrotaan tietosuojasta sekä, että kouluterveydenhuollolla, opetushenkilöstöllä ja oppilashuollonhenkilöstöllä on oikeus salassapidon estämättä antaa toisilleen sellaista tietoa, joka on välttämätöntä lapsen koulunkäynnin järjestämisen takia, ja että nämä kaikki henkilöt ovat salassapitovelvollisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 23.)

Vanhemmilta tarvitaan kirjallinen lupa, jos potilasasiakirjoja luovutetaan terveydenhuollontoimintayksiköstä toiseen. Heidän kanssaan sovitaan lapsen lähettamisestä erikoistutkimuksiin ja lähetetään tehtyjen tutkimusten tulokset kirjallisina. Vanhemmat kutsutaan mukaan lapsen laaja-alaisiin terveystarkastuksiin ja mahdollisuuksien mukaan myös terveydenhoitajan terveystapaamisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 23.)

Lapsen tarvitessa erityistä tukea, kouluterveydenhuollon tulisi tehdä kotikäyntejä. Koulunopetussuunnitelmassa kuvataan koulun ja kodin yhteistyö tavoitteita. Kodin ja koulun yhteistyötä tukevat vanhempien yhdistykset ja niiden valtakunnalliset liitot: Suomen

vanhempainliitto ja Förbundet Hem och Skola. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 24.)

7.2 Yhteistyö muun kouluhenkilöstön kanssa

Kouluterveydenhuolto toteutuu parhaiten hyvässä yhteistyössä koulun henkilökunnan, erityisesti opettajien kanssa. Kouluterveydenhuollossa voidaan tukea opettajia terveyden edistämisen ja hyvinvoinnin huomioon ottamisessa, koulun kehittämisessä ja jokapäiväisessä opetustyössä. Kouluterveydenhuollon on tutustuttava koulun toimintaan ja kerrottava opettajille omasta työstään, jotta yhteistyöstä olisi sujuvaa. Opettajat yleensä havaitsevat ensimmäisenä oppilaan pulmatilanteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 24.)

Kouluterveydenhuollolla on velvollisuus muun oppilashuollon kanssa selvittää lapsen ja perheen tilanne sekä miettiä mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Tiiviillä yhteistyöllä yksittäistapauksissa selkiytyvät samalla koulun yhteiset toimintatavat ja tarvittaessa niitä voidaan kehittää. Koulutyötä toteutetaan opetussuunnitelman pohjalta, kouluterveydenhuollon henkilöstö tutustuu opetussuunnitelmaan ja sen aikatauluun. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 24.)

7.3 Yhteistyö lastensuojelun kanssa

Lastensuojeluilmoitus tehdään, kun herää huoli lapsen tai nuoren kehityksen vaarantumisesta, hoidon ja huolenpidon tarpeesta, tai silloin, kun lapsen tai nuoren käyttäytyminen vaatii lastensuojelun tarpeen selvittämistä. Salassapitosäännökset eivät rajoita ilmoituksen tekemistä. Ilmoitusvelvollisuus astuu voimaan myös silloin, kun esimerkiksi terveydenhoitaja saa selville, että lapsi tai nuori muuttaa usein paikkakunnalta toiselle tai hän epäilee, että lapseen tai nuoreen on kohdistunut jokin rikos. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Mikäli terveydenhoitaja ei ole varma tulisiko ilmoitusta tehdä, voi aina pyytää neuvoa oman kuntansa lastensuojeluviranomaiselta ilman, että lapsen henkilöllisyys ilmaistaan.

Lapsi voi myös itse tehdä ilmoituksen tai jompikumpi hänen vanhemmistaan. Terveystenhoollonammattilaisilla on velvollisuus tehdä ilmoitus epäilyn herätessä, kun taas naapureilla tai muilla vastaavilla ei ole. Tämä velvollisuus edellyttää juuri kyseistä henkilöä tekemään ilmoituksen, eikä tehtävää voi delegoida kellekään muulle. Mikäli ilmoituksen tekijä on viranomainen, hänen nimensä kerrotaan aina perheelle, eikä ilmoitusta voi täten tehdä nimettömänä lainkaan. (Lastensuojelun käsikirja 2012.)

Lastensuojelun ja kouluterveydenhuollon tulee yhdessä sopia menettelyistä, joilla terveystarkastuksissa selvitetään oppilaiden ja heidän perheidensä elämäntilannetta lastensuojelun kannalta. Lastensuojelun näkökulman mukaan otto kouluterveydenhuoltoon tarkoittaa yhteistyötä ja perehtymistä kunnan lastensuojelupalveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 25–26.)

Asian puheeksiottaminen vaatii valmiutta tukea lasta ja perhettä. Lapsen hyvinvoinnin ollessa uhattuna pitää uskaltaa toimia ja ilmoitus tulee tehdä viipymättä. Lastensuojelun työntekijöitä voi konsultoida tarvittaessa, jos on epävarma lastensuojelun tarpeesta tai on muuta kysyttävää aiheesta. Lastensuojelun asiantuntemuksella ja tukitoimilla pystytään ehkäisemään lapsen ja perheen tilanteiden kriisiytyminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 26.)

7.4 Yhteistyö järjestöjen ja yritysten kanssa

Useat järjestöt ja yritykset tarjoavat kouluille yhteistyötä esimerkiksi terveyden edistämiseen liittyvissä hankkeissa. Parhaimpaan lopputulokseen päästään, jos koulu, vanhemmat ja kyseinen järjestö tai yritys suunnittelee hankkeen yhdessä. Monet järjestöt ja yritykset tekevät myös käytännöllisiä tukiaineistoja terveyskasvatukseen liittyen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 26.)

Koulun ja kouluterveydenhuollon on säilytettävä riippumattomuutensa. Rahallisen tukemisen tai muun yhteistyön ehdot ja toteuttamisenmuodot eivät saa olla ristiriidassa koulun, eikä kouluterveydenhuollon omien tavoitteiden kanssa. Kouluterveydenhuollon ja koulun tehtävä on arvioida järjestöiltä ja yrityksiltä tulevan aineiston opetuksellinen sisältö ja sen yhteensopivuus koulun opetussuunnitelmaan ja kouluterveydenhuollon

tavoitteisiin. Kouluterveydenhuollossa on tarkkailtava, että oppilaat voivat helposti tunnistaa milloin on kysymys yhtiökumppaneiden mainonnasta ja näkemyksistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002, 26.)

8 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kouluterveydenhoitajien kokemuksia tyttöjen ympärileikkauksien puheeksiottamisesta. Erityisesti selvitämme terveydenhoitajien kokemuksia, miten he kokevat asian puheeksiottamisen, ja minkälaisia kokemuksia heillä siitä on ollut.

Opinnäytetyön avulla saamme tietoa, miten terveydenhoitajat kokevat puheeksiottamisen ja miten he ovat toimineet tällaisissa tilanteissa. Tiedon kautta voidaan arvioida, minkälaiset valmiudet ja mitä eri toimintatapoja terveydenhoitajilla on ottaa asia puheeksi sekä nähdään onko asian tiimoilta jotain kehitettävää. Opinnäytetyömme kartoittaa myös sitä minkälaiset ammatilliset valmiudet terveydenhoitajilla on kohdata erilaisia ihmisiä monikulttuuristuvassa Suomessa.

9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

9.1 Tutkimuksen metodiset lähtökohdat

Opinnäytetyömme on metodologialtaan kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tarkastellaan maailmaa erilaisten merkitysten kautta. Maailmaa, joka on sosiaalinen ja ihmisten välinen, jossa merkitykset ilmenevät sosiaalisina suhteina sekä niistä muodostuvina merkityskokonaisuuksina. Merkityskokonaisuudet ilmenevät usein ihmisistä lähtöisin olevina ja ihmiseen päätyvinä tapahtumina. Näitä ovat esimerkiksi ajatukset, toiminta, päämäärän asettaminen ja myös yhteiskunnan rakenteina. Kvalitatiivisella tutkimuksella voidaan määrittää myös tietylle ihmiselle merkittäviksi koettuja tapahtumia tai tapahtumaketjuja. (Vilka 2005, 97.)

Hoitotieteessä tutkimusmenetelmiä koskeva osaaminen on kehittynyt vuosikymmenten kuluessa. Hoitotieteen käyttämät menetelmät perustuvat enimmäkseen yhteiskunta- ja käyttäytymistieteen sekä humanistisen tieteen menetelmiin. Käytännössä siis tutkimustietoa on tuotettu lähinnä kyselyin, haastatteluin ja havainnoiden. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 40.)

Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä tehtävissä tutkimuksissa kuuluu aina vastata kysymykseen siitä, minkälaisia merkityksiä tutkimuksessa tutkitaan? Tutkimuksessa tutkitaan joko käsityksiin tai kokemuksiin liittyviä merkityksiä. Käsitysten ja kokemusten välinen suhde saattaa olla pulmallinen. On otettava huomioon, ettei käsityksen ja vastaavan kokemuksen välillä aina ole yhteyttä. Kokemuksen erottaa Laineen mukaan se, että se on aina omakohtainen. Käsitykset kertovat enemmän yhteisön erilaisista tavoista ajatella yhteisössä. Tutkimusta tehdessä on tärkeää tiedostaa käsityksen ja kokemuksen välinen ero, kun määritetään tutkimuksen tavoitteita ja tutkimusongelmaa. (Vilka 2005, 98.)

Tutkimuksemme liittyy vahvasti kulttuurisiin ilmiöihin, etenkin kun on kyse ympäristöleikkauksista, jotka ovat Suomessa laittomia. Pohdimme tarkkaan mitä aineiston ke-

ruumenetelmää käytämme tutkimuksessamme, jotta saisimme mahdollisimman monipuolisia kokemuksia esiin.

Tutkimusaineistoa voi kerätä kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä monella eri tavalla. Yleisin niistä on haastattelu, koska halutaan kuulla ihmisten kokemuksista puheen muodossa. Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä on kolme erilaista tutkimushaastattelumuotoa, jotka ovat lomakehaastattelu, avoin haastattelu ja teemahaastattelu. Lomakehaastattelulle on tyypillistä, että tutkija harkitsee tarkasti ja päättää kysymysten esittämisjärjestyksen ja muodon. Lomakehaastattelu on menetelmänä toimiva silloin, kun tutkimusongelma on hyvin rajattu ja kun tarkoituksena on tarkastella esimerkiksi vain yhtä asiaa koskevia kokemuksia. (Vilka 2005, 100–101.)

Opinnäytetyömme aineiston keruu on yhdestä näkökulmasta tehty lomakehaastattelun muodossa. Terveystoimijat kertovat kokemuksiaan tyttöjen ympärileikkausten puheeksi ottamisesta. Kysymyksiä lomakkeessamme on kuitenkin enemmän, kuin lomakehaastattelulle on tyypillistä. Osittain aineiston keruumenetelmämme täyttää myös teemahaastattelun kriteereitä.

Teemahaastattelussa tarkastellaan useampia aiheita tai teema-alueita, joita tulee tutkimusongelman nimissä käsitellä. Teemahaastattelu sisältää avoimia kysymyksiä, joiden järjestyksellä ei ole tarkkaan määrättyä järjestystä. Avoimiin kysymyksiin on tarkoitus vastata omin kokemuksin ja kuvauksin. Avoimet kysymykset toimivat hyvin silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta on vasta vähän tietoa. (Vilka 2005, 101–102.)

9.2 Tutkimusympäristön kuvaus

Tärkeimpiä ja oman työmme ideaa eteenpäin vieviä lähteitä opinnäytetyössämme ovat olleet Pirkko Brusilan Seksuaalisuus eri kulttuureissa ja Ihmisoikeusliiton Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa-Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle sekä Sylvia Akarin ja Marja Tiilikaisen Katsaus islamilaiseen maailmaan - Naisten, perhe ja seksuaaliterveys.

Suuressa osassa ovat olleet naisten ympärileikkausaiheeseen laajasti perehtyneiden Mulki Mölsän ja Marja Tiilikaiset tutkimukset ja tekstit. Lisäksi saimme paljon ideoita ja inspiraatioita omaan työhömmme Seija Parekhin opinnäytetyöstä Tyttöjen ympärileikkauksista koskevien suositusten tunnettavuus ja käyttö terveydenhuollossa.

Olimme jo päässet pitkälle opinnäytetyössämme ja kirjoittaneet teoriaosuuden valmiiksi, kun elokuun 2012 lopussa ilmestyi sosiaali- ja terveysministeriön: Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksien estämisen toimintaohjelma 2012–2016 (FGM), josta tarkistimme uusimman tiedon ja teimme korjauksia sen mukaan.

Puheeksi ottamisen teoriaosuudessa päälähteenämme on Tom Arnkilin ja Esa Erikssonin Huoli puheeksi – opas varhaisista dialogeista. Taustatyönä perehdyimme myös laajasti WHO:n teksteihin koskien naisten ympärileikkauksia ja Ihmisoikeusliiton Koko-Nainen -projekti, ja etsimme laajasti tietoa tradition taustoista ja historiasta, jotta itsellemme aukeaisi täysin mistä tässä perinteessä on kyse.

9.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohteeksi on valittu väkiluvultaan isoja kaupunkeja, koska niissä on oletustusti myös enemmän maahanmuuttajien kuin pienissä kaupungeissa. Tutkimuskaupunkeina ovat Helsinki, Vantaa, Espoo ja Oulu.

Helsinki on väkiluvultaan Suomen isoin kaupunki (595 384 asukasta) Espoo toiseksi isoin (252 439 asukasta), Vantaa neljänneksi isoin (203 001 asukasta) ja Oulu on listassa kuudentena (143 909 asukasta) (Tilastokeskus 2012a). Tutkimus on tehty kyseisten kaupunkien ylä- ja alakoulujen terveydenhoitajille.

Vantaan kaupungilla on 39, Helsingillä 125, Espoolla 55 ja Oululla 41 kouluterveydenhoitajaa, joille kysely on lähetetty. Vastauksia tuli yhteensä 25 kaikista kaupungeista. Pyysimme yhteyshenkilöitä myös lähettämään muistutusviestin terveydenhoitajille, kun vastausaikaa oli jäljellä muutama viikko.

Tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat työskentelevät kaikki peruskouluissa. Vastauksia tuli yhteensä 25 kappaletta yhteistyö kaupungeista. Kyselyyn vastanneista yhdeksän työskentelee alakoulussa, kuusi yläkoulussa ja kymmenen yhteiskouluissa, joissa on sekä ala- että yläkoulu.

Vastanneista kaikkien paitsi yhden terveydenhoitajan koulussa on ollut tai on parhailaan maahanmuuttaja tai ulkomaalaistaustaisia asiakkaita. Vastanneiden joukossa oli terveydenhoitajia, jotka olivat tietoisia siitä, että tyttöasiakkaiden joukossa on ympärileikattuja. Suurimmalle osalle terveydenhoitajista on herännyt jossain vaiheessa työsuhdettaan vähintään epäily, että asiakas saattaa olla ympärileikattu ja siksi aihe on otettu puheeksi.

9.4 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineiston hankinta

Opinnäytetyömme aineistokeruumenetelmänä on käytetty sähköpostitse lähetettyä kirjallista kyselyä. Perustimme opinnäytetyötä varten yhteisen sähköpostiosoitteen, johon vain kummallakin meistä oli pääsy. Keräsimme kyselyn vastaukset kyseiseen sähköpostiin. Erillistä sähköpostia käytettiin turvallisuussyistä ainoastaan tämän tutkimusaineiston keruuseen, etteivät vastaukset sekoitu muihin posteihin tai joudu väärin käsiin. Sähköpostiosoite ja vastaukset tuhottiin tutkimuksen päätyttyä.

Kyselylomakkeen alussa on ohjeet kyselyn täyttämiseen ja sen palauttamiseen. Kyselyn yhteydessä olemme lähettäneet terveydenhoitajille saatekirjeen, jossa esittelemme opinnäytetyömme aiheen, tavoitteen ja tarkoituksen. Lisäksi saatekirjeessä oli yhteystietomme ja siinä rohkaistiin osallistumaan tutkimukseemme.

Kysymyksiä luodessa on oltava tarkka, koska ne luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten muoto aiheuttaa eniten virheitä tutkimustuloksiin, sillä vastaaja ei ajattele samalla tavalla kuin tutkija tarkoittaa, tulokset vääristyvät. Kysymysten on oltava yksiselitteisiä. Ne rakennetaan tutkimuksen tavoitteiden ja tutkimusongelmien mukaisesti. (Valli 2001, 100.)

Kyselyn idea on hyvin yksikertainen. Halutessamme tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän toimii niin kuin toimii, on häneltä viisasta kysyä asiaa. Kysely on menettelytapa, jossa tiedonantajat itse täyttävät heille esitetyn kyselylomakkeen joko kotonaan tai valvotusti ryhmätilanteessa. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 72–73.)

Kyselylomakkeen alkuosassa kartoitimme vastaajan taustatietoja, kuten työskenteleekö hän ala- vai yläkoulussa terveydenhoitajana, onko koulussa maahanmuuttajia ja onko vastaaja kohdannut ympärileikattuja tyttöjä vastaanotollaan. Kyselylomakkeen ydin-osassa keskitytään terveydenhoitajien kokemuksiin tyttöjen ympärileikkauksista ja siihen minkälaista yhteistyötä terveydenhoitajan on mahdollisesti tehnyt aiheen tiimoilta asiakkaan, asiakkaan vanhempien, muun koulun henkilöstön ja koulun ulkopuolisten henkilöiden kanssa.

Kyselyn ydinosan kysymykset ovat kaikki avoimia kysymyksiä. Kyselyn lopussa selvitimme myös kouluterveydenhoitajien toimintatapoja, jos heille herää epäily koulun tytön joutuvan mahdollisesti ympärileikattavaksi. Kysymykset pohjautuivat teorianäkökulmaamme ja lähteenä käytimme esimerkiksi Huoli puheeksi opas varhaisista dialogeista kirjaa.

Kyselylomake sisälsi yhteensä 12 kysymystä, joista neljä ensimmäistä kysymystä on monivalintakysymyksiä, ja loput kahdeksan avoimia kysymyksiä. Ajattelimme saavamme avoimilla kysymyksillä kattavampia vastauksia terveydenhoitajien kokemuksista kuin monivalintakysymyksillä. Neljä monivalintakysymystä kyselyn alussa olivat taustatietojen hankinnan kannalta mielestämme selkein ratkaisu.

Avointen kysymysten muodossa etuna on se, että vastausten joukossa voi olla hyviä ideoita. Avoimet kysymykset mahdollistavat myös sen, että saadaan vastaajan mielipide perusteellisesti selville. Aineisto on mahdollista luokitella monella tavalla. Vastaajat voivat joskus vastata kysymysten vierestä, eikä suoraan kysymykseen. Avoimet kysymykset ovat työläitä analysoida, vastauksien luokittelu ja tulosten laskeminen vie paljon aikaa. (Valli 2001, 111.)

Kysymysten laatimisen jälkeen keskityimme kyselylomakkeen ulkoasuun ja kyselyn toimivuuteen. Päätaavoite oli saada kyselystä mahdollisimman selkeä ja helposti vastat-

tava. Alun taustatieto kysymyksissä alleviivattiin oikea vaihtoehto. Tutkimuskysymyksen kannalta päädyimme ydinkysymysten osalta avoimiin kysymyksiin, joihin vastaaja pystyy itse kirjoittamaan oman näkemyksensä asiasta. Pyrimme luomaan yksinkertaisia ja helposti ymmärrettäviä kysymyksiä. Kiinnitimme myös huomiota kysymysten pituuteen, ettei niistä tulisi liian pitkiä. Pyrimme käyttämään selkeitä tunnettuja termejä ja sanoja kysymyksissä. Jätimme vastaajalle myös hyvin tyhjää tilaa vastata avoimiin kysymyksiin.

Kyselylomaketta laadittaessa on kiinnitettävä huomiota sen pituuteen ja kysymysten lukumäärään. Pitkään kyselyyn jätetään herkästi vastaamatta tai vastataan huolimattomasti. Lisäksi on kiinnitettävä huomiota lomakkeen selkeyteen, ulkoasuun, kysymysten loogiseen etenemiseen ja vastausohjeiden tarpeellisuuteen. (Valli 2001, 100–101.)

Testasimme kyselylomakkeen ja saatekirjeen koehenkilöllä, joka oli alakoulun koulu-terveydenhoitaja. Hänen mukaansa meillä oli selkeät ohjeet kyselyn täyttämiseen ja palauttamiseen, ja hän koki kysymykset myös melko selkeiksi. Hän esitti myös joitain parannusehdotuksia, joten korjasimme lausemuotoja testauksen jälkeen.

Kyselylomakkeen hyviä puolia on se että, tutkimuksessa tutkija ei vaikuta olemuksellaan, eikä läsnäolollaan vastauksiin. Kyselylomaketutkimus parantaa myös luotettavuutta, sillä jokainen kysymys esitetään vastaajalle samassa muodossa. Kyselylomake vähentää aineiston keruusta aiheutuvia kustannuksia, kun matkustaminen vastaajan luokse jää pois. Kysely voidaan lähettää vastaajalle ja näin voidaan laajentaa tutkimusaluetta laajemmalle maantieteelliselle alueelle. Vastaaja pystyy itse päättämään itselleen sopivimman ajan kyselyyn vastaamiseen. Näin vastaaja pystyy vastaamaan kyselyyn rauhassa ja pohtia vastauksia kunnolla. (Valli 2001, 101.) Käytössämme oli sähköinen kyselylomake, joka mahdollisti myös Oulun kouluterveydenhoitajien ottamisen mukaan kyselyyn.

Kyselylomakkeen heikkouksia on se, että postikyselynä tehdyssä aineistonkeruussa vastausprosentti jää yleensä vähäiseksi. Väärinymmärtämisen mahdollisuuskin on, sillä vastaaja ei voi saada tarkentavaa informaatiota itselleen epäselvien kysymysten yhteydessä. Asiaa voidaan ennalta ehkäistä hyvillä vastausohjeilla ja selkeällä lomakkeella.

Lisäksi ongelmana voi olla, että vastaaja on vastannut väärin tai epätarkasti. (Valli 2001, 101–102.)

9.5 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimuksen ydin on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätöksien teko. Siihen on tähdätty jo tutkimusta aloittaessa. Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia ongelmiin saadaan. Tässä vaiheessa voi käydä myös ilmi, että ongelmat olisi pitänyt asettaa eri tavalla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 216.)

Aluksi tarkastimme kyselylomakkeet läpi mahdollisten virheiden ja puutteellisten tietojen takia. Lomakkeisiin oli osattu vastata melko hyvin ja selkeästi. Suurempia puutoksia tai virheitä emme löytäneet. Emme joutuneet hylkäämään yhtään vastausta.

Usein tallennettu laadullinen aineisto on tarkoituksenmukaista kirjoittaa puhtaaksi sananasaisesti eli litteroida. Litterointi voidaan tehdä koko kerätystä aineistosta tai voidaan valikoida teema-alueiden mukaisesti. Litteroiminen on yleisempää kuin päätelmien tekeminen suoraan nauhoista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 217.) Litteroimme omassa työssämme kaikki vastaukset, sillä vastauksia palautui suhteellisen vähän ja koimme luotettavien vastauksien saamiseksi koko aineiston litteroimisen tarpeelliseksi.

Analyysi aloitetaan mahdollisimman pian kuin aineiston on kerätty, jotta aineisto inspiroi vielä tutkijaa. Aineistoa voidaan täydentää tarvittaessa. Aineistoa voidaan analysoida useilla eri tavoin. Tavat jaetaan karkeasti kahteen: selittämiseen pyrkivään lähestymistapaan ja ymmärtämiseen pyrkivään lähetysmäistapaan. Selittämiseen pyrkivässä tavassa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Ymmärtämiseen pyrkivässä tavassa käytetään tavallisesti laadullista analyysia sekä päätelmien tekoa. Tutkimukseen valitaan sellainen analyysitapa, joka parhaiten tuo vastauksen ongelmaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 219.) Opinnäytetyömme on ymmärtämiseen pyrkivä, sillä analyysimenetelmämme on aineistolähtöinen sisällönanalyysi, jossa aineisto ensin ryhmiteltiin.

Sisällönanalyysissä tulee määrittää analyysiyksikkö ennen analyysin aloittamista. Analyysiyksikkö voi olla yksi sana tai keskustelussa se voi olla lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Aineiston laatu ja tutkimustehtävä ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 110.)

Aineistolähtöinen laadullinen analyysi eli induktiivinen aineiston analyysi jaetaan kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Toinen vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi ja kolmas vaihe on teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 108.)

Pelkistämässä karistetaan tutkimukselle epäoleellinen pois. Se voi olla aineiston pilkkomista osiin tai tiivistämistä. Ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään luokaksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineisto tiivistyy, kun yksittäiset tekijät sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. Ryhmittelyssä luodaan pohja tutkimuksen perusrakenteelle ja alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Abstrahoinnissa erotetaan olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 109–111.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä, jolloin saadaan vastaus tutkimustehtävään. Analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään aineistosta käsitteellisempään näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. Yläkäsitteiden avulla muodostetaan kuva tutkimuskohteesta. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan jatkuvasti alkuperäisaineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään aineistosta malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta tulleet käsitteet ja niiden sisällöt. Johtopäätös vaiheessa tutkija pyrkii ymmärtämään asioiden merkitystä tutkittavalle. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 112–113.)

Sovelsimme aineistolähtöistä sisällönanalyysia työssämme. Luimme ja kävimme aineistoamme useita kertoja läpi, jonka jälkeen aloitimme sen järjestelyn ja ryhmittelyn. Karitoimme materiaalin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Käytimme eri värejä luokitellesamme aineistoa. Merkkasimme samankaltaisuudet samalla värillä, joten ne oli helppo löytää tekstistä ja se selkeytti työtämme. Saimme tiivistettyä aineisosta olennaisen.

Ryhmittelimme aineiston yhdistävään luokkaan, pääluokkiin ja yläluokkiin, joka helpotti kerätyn materiaalin käsitteellistämistä. Yhdistävä luokka on päätutkimuskysymyksemme eli kouluterveydenhoitajien kokemuksia tyttöjen ympärileikkauksista.

10 TUTKIMUSTULOKSET

10.1 Ympärileikkauksen puheeksi ottaminen

Vastanneista terveydenhoitajista viisitoista koki ympärileikkauksasian puheeksiottamisen luontevaksi tai helpoksi. He pitivät asiaa normaalina kysymyksenä terveystarkastuksen yhteydessä. Osa otti asian puheeksi kuukautisista puhumisen yhteydessä, ja osa ensimmäisen tai viidennen luokan terveystarkastuksessa. Kolme kertoi parhaaksi tavaksi kysyä asiaa suoraan, jolloin kysymykseen saadaan mahdollisimman selkeä ja suora vastaus. Heidän mielestä on turha kierrellä kysymystä. Kaksi vastaajista kertoivat tietävänsä ympärileikkauksista paljon, joten kokivat asian puheeksiottamisen sen takia luontevaksi. He kokivat tiedon tuovan lisää varmuutta puheeksiottamiseen. Yksi vastaajista koki maahanmuuttajien osaavan tarpeeksi suomenkieltä, jolloin ei synny väärinymmärryksiä ja asioista on helppo keskustella.

Yleensä suoraan kysymykseen saa suoran vastauksen, pitää välttää turhaa ”salailu/ arvailu” leikkiä. Tästä olen saanut myös hyvää palautetta, ei kannata kierrellä (Vastaaja 1).

Koen puheeksi ottamisen virkavelvollisuudekseni ja asiaa helpottaa mielestäni myös se että asiasta on puhuttu julkisuudessa ja perheillä on tavallaan jo etukäteen tiedossa, että koulussa tarkkaillaan oppilaan terveydentilaa, perheasioita ym. (Vastaaja 9).

Ihan normaaliksi. Asia täytyy mielestäni huomioida kouluterveydenhuollossa. Minulla on tietoa ympärileikkauksista ja minusta se on tärkeää että on tietoa eri kulttuureista ja tavoista. (Vastaaja 22.)

Se on ihan helppoa ja luontevaa, jos olen varma siitä, että maahanmuuttaja osaa suomen kieltä tarpeeksi hyvin, niin ettei väärinymmärryksiä tule. Tarkastuksissa käytän melko paljon aikaa keskustelemiseen ja toiseen tutustumiseen. Kun olemme jo ensin hieman tutustuneet toisiimme, on helpompi ottaa esille hankalimpiakin aiheita. (Vastaaja 13.)

Toiseksi suurimmaksi ryhmäksi vastaajista nousivat ne, jotka kokivat asian puheeksi ottamisen vaikeaksi tai heitä jännitti ottaa asia puheeksi. Kaksi tästä ryhmästä piti asiaa myös hyvin tärkeänä, mutta pelkäsivät asiakkaan ja hänen vanhempiensa reaktiota. Osa pohti myös maahanmuuttajien mahdollisesti puutteellisen kielitaidon vaikuttavan asian

ymmärtämiseen. Yksi vastaajista pohti, että sanavalintoja pitää miettiä tarkkaan, jotta ei loukkaisi ketään. Yksi vastaaja kertoi tuntevansa puheeksi ottamisen vaikeaksi, koska hänelle ei ollut paljoa tietoa ympärileikkauksista. Yhtä vastaajista mietitytti vanhempien suhtautuminen asian puheeksiottoon.

Puheeksi ottaminen arastutti sen vuoksi, että mietin kuinka osaan selittää asian maahanmuuttajalle, jolla on puutteellinen suomen kielen taito (Vastaaja 11).

Vaikeaksi, koska ei voi etukäteen tietää vanhempien suhtautumisesta puheeksi ottamiseen (Vastaaja 19).

En ole vielä asian eteen joutunut, mutta katson sen kyllä vaikeaksi, koska tuntuisi, ettei ole paljon annettavaa/kerrottavaa (Vastaaja 2).

Muutama vastaajista ei ollut ottanut asiaa puheeksi koskaan. Heillä oli vain muutama maahanmuuttaja koulussa, eikä heillä ollut mitään erityistä toimintamallia tilanteeseen. Osa vastaajista kertoi asian puheeksiottamisen kuuluvan työhön ja sen olevan velvollisuus, johon suhtautuvat ammatillisesti, eivätkä kokeneet asiaa luontevaksi tai vaikeaksi.

Suhtauduin asiaan ammatillisesti ja lähinnä terveystietoihin liittyvänä asiana (Vastaaja 24).

Kuuluu työhön, on velvollisuus. (Vastaaja 5).

10.2 Yhteistyö eri tahojen kanssa

Kaksikymmentä vastanneista terveydenhoitajista ei ole ottanut ympärileikkaus asiaa puheeksi vanhempien kanssa. Osa vastaajista kertoi, ettei ole ollut syytä ottaa asiaa puheeksi tai ei ole tullut sellaista tilannetta kohdalle. Viisi vastaajaa oli ottanut asian puheeksi vanhempien kanssa. Suurin osa heistä oli kysynyt vanhemmilta suoraan vastaanotolla, mikä on heidän suhtautumisensa ympärileikkauksiin ja aikomukset omien lastensa suhteen. Yksi vastaajista oli soittanut asian tiimoilta huoltajalle kotiin ja ottanut asian puheeksi. Yksi vastaajista kertoi ottavansa asian puheeksi vanhempien kanssa ensimmäisen luokan terveystarkastuksessa ja kertoo tyttöjen ympärileikkauksien olevan Suomen laissa kiellettyä ja kysyy samalla myös vanhempien mielipidettä asiaan.

Matkan tarkoitusta on kyselty, samoin minkälainen suhtautuminen vanhemmilla on ympärileikkaamiseen (Vastaja 4).

En, ei ole ollut sellaista tilannetta että olisi ollut tarpeen (Vastaja 21).

Olen aloittanut tässä työssä vasta muutama kuukausi sitten, joten kovin paljon en ole tavannut vielä vanhempia. Yhdessä 1.lk tarkastuksessa otin asian esille äidin kanssa. Tässä tapauksessa perhe oli asunut Suomessa jo kauan ja lapsikin oli täällä syntynyt. Äiti ymmärsi ja osasi puhua suomea hyvin, hänen kanssaan oli helppo kommunikoida. Siinä tilanteessa oli helppoa kysyä äidin mielipidettä ympärileikkaus-asiaan. (Vastaja 2.)

Olen ottanut puheeksi 1lk tarkastuksessa. Olen kertonut että ympärileikkaus on yleistä heidän maassaan tms. ja kysynyt ovatko he miettineet asiaa ja ovatko tietoisia suomen laista yms. (Vastaja 5.)

Vastanneista terveydenhoitajista kolmesta oli tehnyt yhteistyötä muun koulun henkilöstön kanssa ympärileikkausasioiden tiimoilta. Suurin osa terveidenhoitajista oli keskustellut asiasta opettajien kanssa, joille oli herännyt epäily koulun oppilaan joutuvan ympärileikatuksi. Osa oli keskustellut aiheesta yleisesti oppilashuoltoryhmässä, esimerkiksi siitä miten ympärileikkaustapauksissa toimintaan tai käsitelleet yksittäistä tapausta. He olivat miettineet oppilashuoltoryhmässä sitä, kuinka tapauksessa edetään ja kuka on yhteydessä vanhempiin ja tehdäänkö lastensuojeluilmoitusta tai pitäisikö heitä konsultoida asiasta. Kaksi vastaajista oli keskustellut asiasta koululääkärin kanssa ja yksi vastaaja maahanmuuttajakuraattorin kanssa.

Olen tehnyt valmistavan opettajan kanssa yhteistyötä, koska hänellä joskus herännyt epäily että onko perhe menossa omaan maahan sen vuoksi. Silloin olemme perheen kanssa yhdessä asiasta keskustelleet (Vastaja 5).

Joskus on tullut epäily ympärileikkaukseen menosta kotimaahan isomman tytön kohdalla. On mietitty miten asia keskustellaan vanhemman kanssa ja kuka keskustelee. (Vastaja 20.)

OHR:ssä, oppilas ”hävinnyt” koulusta ns. matkalle ja palannut selvästi erilaisena, käytös muuttunut (Vastaja 1).

Ei ole tehty. Ei ole ollut tarvetta. Ei ole ollut ympärileikattuja oppilaita. (Vastaja 14.)

Vastajista 22 ei ollut tehnyt yhteistyötä koulun ulkopuolisten järjestöjen kanssa tyttöjen ympärileikkauksiin liittyvissä asioissa. Kolme vastaajista kertoi tehneensä yhteistyö-

tä koulun ulkopuolisten tahojen kanssa. Vain yksi vastaaja oli konsultoinut lastensuojelua ja kysynyt miten tällaisessa tapauksessa tulisi toimia. Yksi vastaajista oli ollut yhteydessä maahanmuuttajien terveydenhuoltoon ja tiedustellut sieltä asiasta. Yksi vastaajista kertoi tehneensä lastensuojeluilmoituksen oppilashuoltoryhmän kanssa tapauksesta, jossa tyttö oli jo ympärileikattu ja tapaus havaittiin jälkeenpäin.

Olen ollut maahanmuuttajien terveydenhuoltoon joskus yhteydessä asian tiimoilta. En ole joutunut tekemään lastensuojeluilmoitusta. (Vastaaja 5.)

Olen tehnyt lastensuojeluilmoituksen yhdessä OHR:n kanssa (Vastaaja 1).

Olen konsultoinut Lasua (Vastaaja 19).

Ympärileikkauksen tiimoilta en ole ollut yhteydessä kehenkään, koska ei ole asia kohdannut minua. Muuten kyllä yhteistyökumppaneita on työssäni reilusti. Lastensuojeluilmoituksia olen tehnyt työssäni muista syistä. (Vastaaja 16.)

10.3 Huolen vyöhykkeistö

Pyysimme terveydenhoitajia arvioimaan kyselylomakkeessa huolen vyöhykkeistön avulla oman auttamismahdollisuuksien riittävyttä ottaa ympärileikkaus asia puheeksi. Vyöhykkeistö on lajiteltu neljään eri pääryhmään (Arnkil & Eriksson 2005, 26–29).

Vastauksia tuli kaikkiin neljään eri ryhmään. Vastaajista 14 koki pientä huolta oman auttamismahdollisuuksien riittävydestä ottaa asia puheeksi. Seitsemän vastaajaa oli sitä mieltä, ettei heillä ollut huolta ollenkaan. Kolme vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on tuntuva huoli ja vain yksi vastaajista koki huolen suureksi.

Valtaosa vastaajista koki pientä huolta, joka on määritelty pieneksi ihmettelyksi, mutta luottamus omiin mahdollisuuksiin on hyvä. Pieneen huoleen kuuluu ajatukset lisävoimavarojen tarpeesta. Osa vastaajista oli myös vastannut kokevansa tuntuva huolta, joka on määritelty, että huoli kasvaa ja luottamus omiin mahdollisuuksiin heikkenee.

Tuntuvassa huoleessa omat voimavarat ovat ehtymässä ja koetaan selkeä lisävoimavarojen ja kontrollin lisäämisen tarve. Vain yksi vastaaja koki suurta huolta, joka on määri-

teltty jatkuvaksi huoleksi ja, että huoli on erittäin suuri. Suuressa huoleessa omat voimavarat ovat loppumassa tai loppunut ja tarvitaan lisävoimavaroja, kontrollia sekä muutos tilanteeseen on saatava heti.

10.4 Terveydenhoitajien toimintamalleja

Kysyimme terveydenhoitajilta olivatko he kohdanneet tilannetta, jossa koulun tyttö oli lähdössä ulkomaanmatkalle, esimerkiksi kotimaahansa Somaliaan, ja heräisi epäily, että tyttö voisi joutua ympärileikatuksi. Jos he olivat kohdanneet tilanteen, kuinka he olivat silloin toimineet, tai jos eivät olleet kohdanneet, kuinka he toimisivat tilanteessa. Näin halusimme selvittää terveydenhoitajien mahdollisia toimintamalleja tyttöjen ympärileikkaustapauksien kohdalla.

Vastanneista 23 ei ollut kohdannut kyseistä tilannetta, mutta jos kohtaisivat kyseisen tilanteen, lähes kaikki kertoivat, että keskustelisivat tytön vanhempien kanssa asiasta. Vastajat selvittäisivät vanhemmilta matkan tarkoitusta ja kysyisivät suoraan mahdollisista ympärileikkaus aikeista. Kolme vastaajaa keskustelisi asiasta tytön opettajan kanssa. Yksi vastaajista kertoi matkojen tulevan yleensä vasta jälkikäteen heidän tietoonsa.

Keskustelisin asiasta tytön (ja tarvitt.opettajan kanssa). Yleensä matkat tulevat tietoon jälkikäteen jo matkan tehtyä. (Vastaja 4.)

En ole kohdannut vastaavaa tilannetta, mutta jos näin kävisi, ottaisin ensin yhteyttä koulukuraattoriin jonka kanssa lähtisimme asiaa pohtimaan. Tytön vanhemmat pitäisi ehdottomasti myös saada keskustelemaan asiasta. (Vastaja 17.)

Ottaisi asian puheeksi vanhempien kanssa. En ole kohdannut aiemmin. (Vastaja 25.)

Olen, soitto kotiin, äiti jutellut kanssani, huoli on osoittautunut aiheettomaksi (Vastaja 5).

Selvittäisin matkan tarkoitusta ja kysyisin suoraan onko kyseessä ympärileikkaus, vahvasta epäilystä ottaisin yhteyttä vanhempiin ja tarvittaessa tekisin LS-ilmoituksen. En ole kohdannut tilannetta. (Vastaja 18.)

Puolet vastaajista konsultoisi lastensuojelua ja tekisi lastensuojeluilmoituksen huolen kasvaessa. Kaksi vastaajista puhuisi asiasta myös itse tytön kanssa. Kaksi vastaajista kertoisi vanhemmille tyttöjen ympärileikkauksien olevan Suomen laissa kiellettyä ja kertoisi ympärileikkauksen haitoista.

Vastaavaa tilannetta en ole kohdannut. Luultavasti ottaisin tytön käymään ensin luokseni ja jututtaisin häntä. Jos pitäisin tilannetta uhkaavana, konsultoisin kouluni psykologia asian tiimoilta ja yhdessä mieltisimme mikä olisi oikea polku edetä. Eli pitäisikö olla yhteydessä ensin kotiin ja sitten lastensuojeluun vai heti suoraan lastensuojeluun. Tarkkaa toimintamallia en osaa sanoa, onneksi koulun terveydenhoitajalla on aina joku yhteistyöhenkilö, jota voi konsultoida. (Vastaaja 2.)

Kertoisin vanhemmille, että ympärileikkaus on Suomen lakien mukaan kiellettyä ja olisin yhteydessä lastensuojeluun (Vastaaja 6).

Selvittäisin matkan tarkoitusta ja kysyisin suoraan onko kyseessä ympärileikkaus, vahvasta epäilystä ottaisin yhteyttä vanhempiin ja tarvittaessa tekisin LS-ilmoituksen. En ole kohdannut tilannetta. (Vastaaja 21.)

Otan asian puheeksi tytön vanhempien kanssa ja jos edelleen huoli jatkuu teen lastensuojelu ilmoituksen. En onneksi. (Vastaaja 24.)

Kolme vastanneista kertoi kohdanneensa kyseisen tilanteen. He olivat kaikki ottaneet asian puheeksi huoltajien kanssa ja kysyneet suoraan ympärileikkauksaikeista. Kahdessa tapauksessa huoli oli osoittautunut aiheettomaksi, kolmannelle tapauksesta oli tehty lastensuojeluilmoitus. Yksi vastaajista oli soittanut äidille kotiin ja kysynyt suoraan asiasta.

Olen, olen suoraan kysynyt mitä, miksi ja milloin. (Vastaaja 1.)

10.5 Tutkimustulosten yhteenveto

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että suurin osa kouluterveydenhoitajista kokee tyttöjen ympärileikkauksen puheeksiottamisen luontevaksi, mutta osalle se on vielä haastavaa. Eroavaisuudet vastanneiden kesken oli melko suuret. Vastanneiden joukossa oli myös niitä, jotka kokivat puheeksiottamisen todella haastavaksi ja vieraaksi. Tulokset mielestämme osoittavat, että ympärileikkauksiasian puheeksiottaminen on

haastavaa osalle ammattihenkilöstöstä ja siinä oli havaittavissa epävarmuutta. Niin kuin teoriaosuudessa todettiin, vaikeiden asioiden puheeksiottaminen voi olla hankalaa ammattilaisillekin.

Alakoulussa työskentelevistä terveydenhoitajista kaikki ne, jotka ovat ottaneet aiheen puheeksi asiakkaan kanssa, ovat tehneet niin terveystarkastusten yhteydessä. Muutama terveydenhoitaja on ottanut aiheen puheeksi myös silloin, kun on tullut tietoon ulkomaanmatka. Terveydenhoitaja on tällaisessa tilanteessa soittanut vanhemmille tai pyytänyt asiakasta tulemaan vastaanotolle.

Terveydenhoitajista alle puolet otti ympärileikkausasian vanhempien kanssa puheeksi ja puolet oli tehnyt yhteistyötä koulun muun henkilöstön kanssa. Vain kolme oli ollut yhteydessä koulun ulkopuolisiin tahoihin. Lähes kaikki vastanneet ilmoittivat heidän koulussaan olevan maahanmuuttajia, osa tiesi, että koulussa on myös ympärileikattuja tyttöjä. Vain yhdellä vastanneista ei ollut maahanmuuttajia koulussaan tällä hetkellä ja parilla vastanneella niitä oli vain muutama.

Voidaan päätellä, että asian puheeksi ottaminen yhteistyötahojen ja vanhempien kanssa tapahtuu melko harvoin, jos maahanmuuttaja-oppilaita ja ympärileikkaustapauksia kuitenkin koulussa on. Toimintamalli ympärileikkaustapauksissa pitäisi olla käyty läpi kaikissa kouluissa, joten onko asia näin? Kysytäänkö laajoissa terveystarkastuksissa vanhempien kantaa ympärileikkauksiin? Näin tulisi tehdä jos ainakin toinen vanhemmista on lähtöisin maasta, jossa perinnettä harjoitetaan. Onko tarpeeksi varhaista ottaa asia puheeksi vasta 5. luokkalaisen kanssa? Suurin osa ympärileikkauksista suoritetaan kuitenkin pienille tytöille. Myös avausleikkauksen suosittelu ja siihen ohjaaminen on äärimmäisen tärkeää tehdä varhaisessa vaiheessa.

Huolen suuruudesta suurin osa oli arvioinut auttamismahdollisuuksiensa riittäväydeksi pienen huolen. Vastauksissa oli paljon vaihtelua, sillä osa oli sitä mieltä, että heillä ei ole huolta ollenkaan, mutta löytyi myös niitä joilla oli tuntuva sekä suuri huoli. Tästä voidaan päätellä, että osa terveydenhoitajista tunnistaa tarvitsevansa joko lisää voimavaroja ja tukea tai mahdollisesti lisätietämystä aiheesta.

Voimavarojen ja tuen tarpeen myöntämisessä tai muiden ammattilaisten konsultoimisessa ei tulisi olla niin isoa kynnystä, vaan näin sensitiivisessä asiassa tulisi pyytää herkästi muiden ammattilaisten mielipiteitä ja apua. Kyseessä on laitton toimenpide, jonka tietoon tulemisen jälkeen tulisi tehdä välittömästi lastensuojeluilmoitus. Vastauksista meille jäi tunne, että huolen suuruutta ei mielellään tunnusteta, vaikka se osoittaisi myös ammattitaitoa. Omien voimavarojen tunnistaminen on yksi ammatillisen kehityksen haasteista ja vaikka terveydenhoitajan työ on erittäin itsenäistä, tällaisissa tilanteissa pitäisi mielestämme turvautua myös muuhun henkilökuntaan.

Terveydenhoitajien toimintamalleista yleisimmäksi nousi asian puheeksiottaminen vanhempien kanssa ja noin puolet olisi lisäksi konsultoinut lastensuojelua tai tehneet lastensuojeluilmoituksen. Vastauksien perusteella suurella osalla terveydenhoitajista oli vähän kokemusta tyttöjen ympärileikkaustapauksista, mutta he tiesivät miten toimisivat vastaavanlaisessa tilanteessa. Nämä käytetyt toimintamallit eivät kuitenkaan olleet läheskään aina virallisen ohjeistuksen mukaisia malleja. Vastauksien perusteella voidaan siis päätellä, että osa vastanneista ei tunne ohjeistusta eikä sitä, miten tulisi toimia kyseisissä tilanteissa.

Vain muutama terveydenhoitajista olisi toiminut suositushjeistuksen mukaan tyttöjen ympärileikkaustapausten ehkäisemiseksi. Kolme oli kohdannut tilanteen, jossa oli epäily ympärileikkauksesta. Yhdestä tapauksesta oli tehty lastensuojeluilmoitus. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna terveydenhoitajien tietoisuus ympärileikkauksista on jonkin verran lisääntynyt ja aihe ei ole enää niin vieras kuin muutama vuosi sitten, mutta epävarmuutta toimintatavoista on edelleen.

11 POHDINTA

11.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Opinnäytetyömme aiheen löydyttyä alkoi haastavin taipale. Meillä oli todella vahva ja palava halu tietää aiheesta kaikki, joten opinnäytetyön aiheen rajaaminen ja näkökulman päättäminen työlle oli vaikeaa, emmekä osanneet suunnata työskentelyämme tiettyyn yksittäiseen aiheeseen. Molemmilta tuli vielä paljon erilaisia ideoita. Aiheen rajaamisen vaikeus näkyi myös useaan otteeseen korjatussa ja parannetussa tutkimussuunnitelmasamme. Tässä kohtaa työskentelyä nousi esille, kuinka tärkeää on vertaistuki ja seminaarityöskentely. Saimme loistavia neuvoja muilta sekä opiskelijoilta että opettajilta ja vihdoinkin saimme selkeän suunnan työllemme.

Itse tekstin kirjoittaminen sujui nopeasti johdonmukaisesti, kun suunta oli selvillä. Tietoa löytyi paljon. Seuraava haaste oli kyselylomakkeen luominen. Kyselylomakkeen suunnittelu osoittautui mielestämme haasteelliseksi. Oikeanlaisten kysymysten löytäminen ja niiden asettelu vei paljon aikaa. Jouduimme muokkaamaan kysymyksiä useaan kertaan parempaan muotoon ja selkeämmiksi. Näin jälkikäteen olemme löytäneet lisää parannusideoita, kun huomasimme kaikkien vastausten perusteella, mitkä kysymykset toimivat hyvin, ja mitä kysymyksiä olisi voinut vielä selkeyttää tai muokata.

Palautettujen vastauksien vähäisyys yllätti meidät, kun aluksi pelkäsimme, että vastauksia tulee niin paljon, että vastausten käsittely on haasteellista. Pohdimme, miten selviämme vastauksien analysoinnista ja litteroinnista lukuisten vastauksien kanssa. Näin jälkikäteen ajatellen, aineiston keruu olisi ollut järkevämpi toteuttaa nettikyselynä, enemmän kuin sähköpostitse. Olisimme ehkä saaneet enemmän vastauksia ja tietoturvalisuus olisi ollut varmempi, kuin sähköpostikyselyssä. Positiivista oli huomata, että vaikka vastauksia tuli vähän, niihin oli vastattu hyvin ja kattavasti. Vastausten perusteella tuli tunne, että kysymykset oli ymmärretty haluamallamme tavalla. Vastausten analysointi tuntui meistä sujuvan hyvin, se tuntui selkeältä ja asiaa auttoi se, että olimme käyneet vastaukset useaan otteeseen läpi.

Pysyimme aikataulussa tutkimuksemme kanssa ja yhteistyö toimi koko prosessin ajan. Työt jakautuivat tasavertaisesti. Onnistuimme mielestämme saamaa hyviä ja kattavia vastauksia tutkimusongelmaan ja ennen kaikkea opimme koko tutkimusprosessista paljon ja kehityimme tutkimuksen aikana. Huomasimme asioita, joita olisimme voineet tehdä toisin ja asioita jossa onnistuimme.

Olemme pyrkineet lähestymään tutkimuskohteena olevaa aihetta kunnioittavasti ja ymmärtävästi. Työssämme on luonnollisesti Suomen lain ja suositusten mukainen kielteinen suhtautuminen ympärileikkauksiin ja oman haasteen tuo myös se, että asia on vielä jonkun verran vieras Suomessa.

Olemme kiitollisia vastaajille, jotka jakoivat kokemuksiaan tutkimustamme varten. Toivoimme, että opinnäytetyömme kehittää ennaltaehkäisevää terveydenhoitotyötä. Työstä on ollut itsellemme suuri hyöty ja se on ollut tärkeä mahdollisuus oppia ja kehittää itseämme terveydenhoitajina. Olemme myös pohtineet omaa suhtautumista ympärileikkauksiin, ympärileikattuihin asiakkaisiin ja asian puheeksi ottamiseen.

Opinnäytetyöstämme on hyötyä kaikille terveydenhoitajille ja alan opiskelijoille, jotka kohtaavat maahanmuuttajia ja eri kulttuuritaustan omaavia asiakkaita. Opinnäytetyön kannattavana ajatuksena on terveydenhoitajien keskeinen rooli tyttöjen ympärileikkauksen ennaltaehkäisyssä. Saadulla tiedolla kouluterveydenhoitajien kokemuksista on suuri merkitys siihen, miten vastaavissa tilanteissa voisi toimia ja minkälaisia haasteita terveydenhoitajat kohtaavat työssään.

Kyselyistä kävi ilmi, että on vielä paljon terveydenhoitajia, jotka eivät olleet kohdanneet vielä tilannetta, jossa olisi tarvinnut ottaa puheeksi ympärileikkauksiasioita. On kuitenkin suositeltavaa valmistautua kohtaamiseen etukäteen. Oman suhtautumisen ja toimintatapojen kertaamisen tärkeys korostuu. Asiasta on oltava myös oikeanlaista tietoa, jotta sitä voi käsitellä. Maahanmuuttajien määrä on jatkuvasti kasvussa, joten on vain ajan kysymys milloin nämäkin terveydenhoitajat kohtaavat työssään ympärileikattuja tyttöjä ja sen uhan alla olevia. Toivomme, että tämä työ tavoitti myös heidät ja sai heidät miettimään asiaa.

11.2 Etiikka

Etiikan ja tutkimuksen suhde on kaksinainen. Tutkimuksen tulokset vaikuttavat eettisiin ratkaisuihin, ja toisaalta eettiset näkemykset vaikuttavat tutkijan tieteellisessä työssään tekemiin ratkaisuihin. Viimeisintä etiikan ja tieteen yhteyttä kutsutaan tieteen etiikaksi. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 125.)

Tutkijan eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat käsi kädessä. Uskottavuuden perusta on siinä, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu esimerkiksi rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa. Vastuu tutkimuksen rehellisyydestä ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on tutkimuksen tekijällä ja tutkimusryhmän ja – yksikön johtajalla. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 132–133.) Olemme pyrkineet käsittelemään aineistoa mahdollisimman rehellisesti ja huolellisesti. Kävimme tarkasti läpi kaikki vastaukset ja pyrimme analysoidessa säilyttämään mahdollisimman hyvin vastaajien henkilökohtaiset kokemukset ja mielipiteet.

Vastauksia varten perustettiin uusi sähköposti, jonne keräsimme kaikki opinnäytetyöhön liittyvät muutkin materiaalit. Näin pyrimme varmistamaan turvallisemmin, että opinnäytetyön kokoamiseen käytetty materiaali hävitetään työn valmistumisen jälkeen. Vastanneiden henkilöllisyys on myös pidetty ainoastaan opinnäytetyön kirjoittajien tiedossa, eivätkä henkilöllisyystiedot liittyneet opinnäytetyön kirjoittamiseen tai vastauksien käsittelyyn.

Työn näkökulmaan, käsitteisiin ja muokkautumiseen ovat osaltaan varmasti vaikuttaneet koulussa käymämme monikulttuurisuuden opinnot. Käytimme työssämme käsitettä tyttöjen ympärileikkaus, koska se on soveliaampi käytettäväksi ennaltaehkäisevässä työssä ja kuvastaa sen kulttuurista merkitystä. Olemme suhtautuneet aiheeseen avoimin mielin ja pyrkineet tarkastelemaan asiaa eri näkökulmista ja ottamaan vastaan eri näkemyksiä ja mielipiteitä.

Olimme lukeneet myös aikaisempia opinnäytetöitä aiheesta, josta meille oli muodostunut kuva siitä, että terveydenhoitajat eivät olleet erityisen valveutuneita ympärileikkauskulttuurista ja asia tuntui vieraalta sekä uudelta vielä monille. Ennakkoluulomme saattoi

osaltaan vaikuttaa työhömmä. Olemme kuitenkin matkan varrella todenneet, että asiassa on tapahtunut huomattava muutos. Ympärileikkauksasia on ollut paljon esillä viime aikoina, siitä tiedetään enemmän ja asia ei ole enää niin herkkäluontoinen.

11.3 Tutkimuksen luotettavuus

Yksittäisessä tutkimuksessa on arvioitava luotettavuutta, koska kaikessa tutkimustoinnassa pyritään välttämään virheitä. Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään yleisesti validiteetin eli tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu ja reliabiliteetin kautta eli tutkimustulosten toistettavuus käsitteiden kautta. Kyseisten käsitteiden käyttöä on kritisoitu laadullisessa tutkimuksessa, sillä ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja käsitteinä niiden ala vastaa määrällisen tutkimuksen tarpeita. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 134, 136.) Kaikkien tutkimusten luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi arvioida, vaikka kyseisiä termejä ei haluttaisikaan käyttää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227).

Reliaabelius tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Se voidaan todeta monella tavalla. Tulosta voidaan pitää reliaabelina jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen, tai jos samaa asiaa tutkittaessa eri kerroilla saadaan sama tulos. Validius käsite tarkoittaa taas pätevyyttä. Menetelmät eivät aina vastaa todellisuutta, sillä joskus vastaajat ovat käsittäneet kysymykset toisin kuin tutkija. Jos tutkija käsittelee kysymykset oman alkuperäisen ajattelumallinsa mukaisesti, ei tuloksia voida pitää pätevinä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.)

Pohdimme vähäisen vastausprosentin mahdollista vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. Jos olisimme saaneet enemmän vastauksia, olisivatko tulokset luotettavampia ja tulokset kenties erilaisia? Suurempi vastausmäärä olisi varmasti tuonut enemmän esiin kokemuksia tyttöjen ympärileikkauksen puheeksiottamisesta, mutta mietimme myös, että jättivätkö jotkut vastaamatta sen takia, ettei heillä vielä ollut kokemuksia asiasta?

Palautuneiden vastauksien vähäisyyden takia voimme pitää tuloksia suuntaa antavina, muttei kuitenkaan täysin luotettavina. Taustatietoina olisimme voineet kysyä myös vastaajien ikää, kotipaikkakuntaa ja työkokemusta. Näin olisimme voineet nähdä oliko työ-

kokemuksella ja iällä jotain merkitystä vastauksien kannalta sekä olisiko eri kaupunkien välillä ollut eroavaisuuksia.

Keskeistä laadullisessa tutkimuksessa on henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset. Validius tarkoittaa kuvauksen ja siihen liittyvien selitysten sekä tulkintojen yhteensopivuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Se koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227.)

Olemme opinnäytetyössämme selostaneet mielestämme tarkasti työmme eri vaiheita. Koimme sen myös tärkeäksi, että lukijat ymmärtävät, mitä on tehty, miten on tehty ja miksi. Oppimisen kannalta se oli myös meille tärkeä prosessi, samalla tiivistimme asian itsellemme.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sisäinen johdonmukaisuus painottuu. Tutkija on lukijoillensa velkaa uskottavan selityksen aineiston kokoamisesta ja analysoinnista. Tutkijan on annettava lukijalle tarpeeksi informaatiota siitä, miten tutkimus on tehty, jotta tuloksia voidaan arvioida. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 140–141.)

Laadullisen tutkimuksen perusvaatimus on, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimus. Luotettavuuden parantamisesta keskusteltaessa on puhuttu tutkimusprosessin julkisuudesta, eli tutkija raportoi tekemäänsä yksityiskohtaisesti ja tutkijakollegat arvioivat prosessia ja, että tutkimuksen tiedonantajat arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 142.)

11.4 Jatkotutkimusaiheita

Työtä tehdessä on herännyt useita ajatuksia mahdollisista jatkotutkimusaiheista. Ympäristöleikkaus tehdään tytöille usein jo todella nuorella iällä, joten mietimme, että tutkimuksen voisi tehdä myös neuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille. He näkevät usein koko perheen vastaanotolla, tai yleensä ainakin äidin ja tytön. Tällöin olisi kätevää ottaa äidin kanssa puheeksi ympäristöleikkausaihe. Neuvolassa on todennäköisesti usein myös

tiedossa onko äiti itse ympärileikattu, jolloin olisi erityisen tärkeää ottaa selvää, mikä suunnitelma perheellä on lapsen kohdalla. Neuvolassa työskentelevillä terveydenhoitajilla olisi varmasti kokemuksia asian puheeksiottamisesta.

Mieleemme jäi myös vastausten yhtenäisyyden vähäisyys. Olisi ollut mielenkiintoista tutkia aiheita vertaillen onko eri kaupunkien välillä eroavaisuuksia. Muuan muassa kunkin kaupungin toimintamalleja voisi vertailla keskenään ja siihen liittyen voisi olla kysymyksiä lomakkeessa. Esiin olisi saattanut nousta pääkaupunkiseudulle uusiakin toimintamalleja, ja päinvastoin. Tutkimuksen mukaan voisi ottaa isoimpia kaupunkeja ympäri Suomen, kuten esimerkiksi Tampereen ja Jyväskylän.

11.5 Ammatillisuuden kehittäminen

Aiheen varmistumisessa suuri inspiroiva tekijä oli meihin vaikutuksen tehnyt tositapah-tumiin perustuva elokuva Aavikon kukka. Elokuvan päähenkilö oli todellisuudessa avainasemassa ympärileikkausaiheen julki tuomisessa, jotta tästä tabumaisesta ilmiöstä tulisi tunnettu myös länsimaisissa kulttuureissa. Tämä brutaali ja järkyttävä toimenpide herätti meissä niin suuren mielenkiinnon, että halusimme perehtyä aiheeseen lisää etenkin ajatellen tulevaa ammattiamme terveydenhoitajina. Emme tienneet leikkaustoimenpiteistä ennen kuin katsoimme aiheeseen liittyviä dokumenttielokuvia. Etenkin perin-teen levinneisyys ja taustalla vaikuttavat uskomukset sekä syyt olivat yllättäviä.

Opinnäytetyö muistuttaa meitä ennaltaehkäisevän työn tärkeydestä. Puheeksi ottaminen on terveydenhoitajien tärkein työväline ennalta ehkäisevässä työssä. Terveydenhoitajille tulee olla rohkeutta ottaa puheeksi sensitiiviseltäkin tuntuvat asiat. Seuraukset siitä, ettei herännyttä huolta oteta puheeksi, voivat olla merkittävät.

Vastauksista kävi ilmi, että yhdessä koulussa oli ollut tapaus, jossa tyttö oli ympäri-leikattu ja asia huomattu vasta jälkikäteen. Niin kuin eräs vastaajista totesi, usein jotkut tapaukset tulevat vasta jälkikäteen tietoon. Tämä tuo entistä vahvemmin esille ennalta ehkäisevyyden tärkeyttä. Asiat ovat yritettävä ottaa puheeksi riittävän aikaisessa vaiheessa. Pitäisikö vanhemmilta aina kysyä aiheesta jo ensimmäisen luokan terveystar-kastuksen yhteydessä? Mikä olisi oikea ratkaisu tähän ongelmaan?

LÄHTEET

- Akar, Sylvia & Tiilikainen, Marja 2009. Katsaus islamilaiseen maailmaan - Naisten, perhe ja seksuaaliterveys. Helsinki: Väestöliitto.
- Ala-Luhtala, Riitta & Ryttyläinen-Korhonen, Katri 2011. Seksuaaliterveys. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa menetelmäkäsikirja. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos Viitattu 11.8.2012.
www.thl.fi/thl-client/pdfs/c0383a69-f643-4d70-bc03-09c6f86cd89b
- Alitolppa-Niitamo, Anne & Söderling Ismo 2005. Toistaako historia itseään? Teoksessa Alitolppa-Niitamo, Anne; Fågel, Stina & Söderling, Ismo (toim.) Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotiutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin, 7-12. Helsinki: Väestöliitto.
- Arnkil, Tom & Eriksson, Esa 2005. Huoli puheeksi - Opas varhaisista dialogeista. Helsinki:Stakes.
- Arnkil, Tom & Eriksson, Esa 2009. Huolen vyöhykkeistö, THL. Viitattu 30.7.12.
<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/BBA7E5EE-6C1F-4E87-ADF3-F1B399BBFACE/0/THLHuolenvyöhykkeistö4vyöhykettä.ppt>
- Brusila, Pirkko 2008. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Helsinki: Duedecim.
- Haarala, Päivi & Mellin, Oili-Katriina 2008. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa Haarala, Päivi; Honkanen, Hilikka; Mellin, Oili-Katriina & Tervaskanto-Mäentausta, Tiina. Terveystieteen osaaminen. Helsinki:Edita, 42-61.
- Haarala, Päivi; Honkanen, Hilikka; Mellin, Oili-Katriina & Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2008. Terveystieteen osaaminen. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko ja Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita.Helsinki: Tammi.
- Immonen, Paula; Lindqvist, Eija; Matikainen, Anna-Mari ja Paananen Ulla Kristiina 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.
- Koponen, Päivikki ja Mölsä, Mulki 2012. Naisten ympärileikkaus. Raportissa Castaneda, Anu E; Koponen, Päivikki; Koskinen, Seppo; Mölsä, Mulki ja Rask, Shadia. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi . Tutkimus venä-

läis- somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL), 141–144. Viitattu 10.1.2013.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90907/THL_RAP2012_061_verkko.pdf?sequence=1

Lastensuojelun käsikirja 2012. Lastensuojeluilmoitus. Viitattu 5.12.2012.

[http://www.sosiaaliportti.fi/fi-](http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/lastensuojeluntarve/lastensuojeluilmoitus/)

[FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/lastensuojeluntarve/lastensuojeluilmoitus/](http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/lastensuojeluntarve/lastensuojeluilmoitus/)

Mohamed, Saido 2012. Tyttöjen ympärileikkaus ja asennemuutos. Suomen Kätilöliitto. Viitattu 30.8.2012.

http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Seksuaalisuus_etnisissa.pdf

Mustonen, Satu 2012. Maahanmuuttajien asenteet tyttöjen ympärileikkauksiin tiukentuneet. Yle uutiset 17.9.2012. Viitattu 10.1.2013.

http://yle.fi/uutiset/maahanmuuttajien_asenteet_tyttöjen_ymparileikkauksiin_tiukentuneet/6292043

Mölsä, Mulki 2004. Ajat ovat muuttuneet. Selvitys tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen liittyvistä asenteista ja aikeista pääkaupunkiseudulla asuvien maahanmuuttajien keskuudessa. Ihmisoikeusliitto ry. KokoNainen-projekti. Viitattu 30.8.2012.

http://www.ihmisoikeusliitto.fi/images/pdf_files/ajatovatmuuttuneet.pdf

Mölsä, Mulki 2008. Tyttöjen ja naisten ympärileikkausperinne. Teoksessa Pirkko Brusila (toim.) Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Helsinki: Duodecim, 116–133.

Sarajärvi, Anneli & Tuomi, Jouni 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Viitattu 11.8.2012.

www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Oppaita51_2002.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen

Toimintaohjelma 2007–2011. Viitattu 11.8.2012. www.thl.fi/thl-client/pdfs/cbbcdf34-116e-4a6e-b588-1b46b202f1b2

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Uusi lastensuojelulaki (417/2007) voimaan 1.1.2008. Viitattu 11.11.12.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1253381>

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksien estämisen toimintaohjelma 2012–2016 (FGM). STM, Helsinki. Viitattu 10.1.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21903.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. Kouluterveydenhuolto. Viitattu 10.10.2012.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/kouluterveydenhuolto.
- Suomen Terveydenhoitajaliitto ry i.a. Terveydenhoitaja. Viitattu 24.11.2012. Suomen Terveydenhoitajaliitto, Helsinki.
http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/sthl_ry/terveydenhoitaja
- Söderling, Ismo 2005. Suomen väestökysymys ja maahanmuutto. Teoksessa Alitolppa-Niitamo, Anne; Fågel, Stina & Söderling, Ismo 2005. Olemme Muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotiutumiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin, 13-23. Väestöliitto, Helsinki.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto ja BZgA Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Viitattu 12.8.2012. www.thl.fi/thl-client/pdfs/039844e2-c540-4e81-834e-6f11e0218246
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a. Kouluterveydenhuolto. Viitattu 10.10.2012.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/palvelut/oppilas/kouluterveydenhuolto
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b. Seksuaalisuus puheeksi -menetelmä. Viitattu 23.12.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/menetelmat/seksuaalisuus
- Tiilikainen, Marja 2003. Arjen Islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Tiilikainen, Marja 2004a. Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki, Ihmisoikeusliitto. Viitattu 30.8.2012.
http://www.ihmisoikeusliitto.fi/images/pdf_files/kokonainenohjeistus.pdf
- Tiilikainen, Marja 2004b. Ongelmallinen ympärileikkaus. Teoksessa Kirstiina, Kouros & Susan, Villa (toim.) Ihmisoikeudet ja islam. Helsinki:Otava, 257–264.
- Tilastokeskus 2011. Väestörakenne 2011. Suomen väestöstä ulkomaista syntyperää olevia 4,8 prosenttia. Viitattu 2.12.2012.

http://www.stat.fi/til/vaerak/2011/01/vaerak_2011_01_2012-11-30_tie_001_fi.html

Tilastokeskus 2012a. Väestötilastot. Suurimmat kunnat. Viitattu 2.12.2012.

http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html.

Tilastokeskus 2012b. Väestötilastot. Väestömuutokset. Viitattu 2.12.2012.

http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Tilastokeskus 2012c. Väestötilastot. Ulkomaiden kansalaiset. Viitattu 2.12.2012.

http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Valli, Raine 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Juhani, Aaltola & Raine, Valli Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle Jyväskylä:. PS-kustannus, 100–112.

WHO 2008. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement. Viitattu 30.8.2012.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf

WHO 2011. An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM). Progress report. Viitattu 30.8.2012.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_11_18/en/index.html

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

Väestöliitto 2006. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Viitattu 12.8.2012.

www.vaestoliitto.fi/@Bin/906885/Sekstervpolohjelma.pdf

LIITE 1. Saatekirje terveydenhoitajille

HYVÄ TERVEYDENHOITAJA

Sinulla on nyt tilaisuus osallistua tutkimukseen, joka edesauttaa kulttuurilähtöisen hoitotyön toteutumista Suomessa. Vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen voit terveydenhoitajana antaa arvokasta tietoa tyttöjen ympärileikkausaiheen puheeksi ottamisesta.

Olemme terveydenhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulussa Helsingin yksikössä ja teemme opinnäytetyötämme kouluterveydenhoitajien kokemuksista tyttöjen ympärileikkauksista. Opinnäytetyö liittyy huolen puheeksiottoon ja monikulttuuriseen hoitotyöhön. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia terveydenhoitajan valmiuksia ottaa asia puheeksi vastaanotollaan. Tutkimme aihetta myös neljän eri teeman kautta. Aiheet ovat suhde asiakkaaseen, yhteistyö vanhempien kanssa, yhteistyö koulun kanssa ja yhteistyö koulun ulkopuolelle.

Terveydenhoitajien kokemukset ja näkemykset aiheen tiimoilta ovat ensiarvoisen tärkeitä tutkimuksen onnistumisen kannalta. Kyselylomakkeen kysymykset ovat pääosin avoimia kysymyksiä sekä muutama monivalintakysymys, joihin vastataan valitsemalla oikea vaihtoehto. Täytetty lomake palautetaan meille alla olevaan sähköpostiosoitteeseen 30.11.2012 mennessä. Kyselyn vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista.

Mikäli Sinulla on opinnäytetyöhön tai kyselylomakkeeseen liittyviä kysymyksiä, niin voit ottaa meihin yhteyttä sähköpostitse. Annamme mielellämme lisätietoja. Tutkimuksen ohjaavina opettajina toimivat Eila Niitamo ja Nicola Arvilommi.

Kiitos yhteistyöstä!

Terveydenhoitajaopiskelijat Emma Hilska ja Armi Haarala

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sturenkatu 2

00510 Helsinki

Sähköposti: oppistyo@gmail.com

LIITE 2. Kyselylomake terveydenhoitajille

Kysymyksiin vastaaminen vie noin viisitoista minuuttia, kiitos!

Alleviivaa oikea vaihtoehto kysymyksissä 1-6!

1. Oletko terveydenhoitajana

Ala-asteella Yläasteella?

2. Onko koulussasi maahanmuuttajia / ulkomaalaistaustaisia asiakkaita?

Kyllä Ei

Jos vastasit ei, voit siirtyä suoraan kysymykseen 8.

3. Jos kyllä, oletko tietoinen onko tyttöasiakkaiden joukossa ympärileikattu- ja?

Kyllä Ei

4. Jos sinulla on herännyt epäily, että asiakkaasi voisi olla ympärileikattu tai joutua ympärileikatuksi, oletko ottanut asian puheeksi vastaanotollasi?

Kyllä Ei

5. Miten ja missä yhteydessä olet ottanut asian puheeksi?

6. Millaiseksi koit puheeksiottamisen?

- 7. Jos koit puheeksiottamisen vaikeaksi, mitä syitä siihen voisi olla? Jos koit puheeksi ottamisen luontevaksi, onko sinulla jokin toimintamalli, jonka mukaan toimit?**
- 8. Oletko ottanut ympärileikkauksen puheeksi lapsen tai nuoren vanhempien kanssa? Miten?**
- 9. Miten olette keskustelleet tai tehnyt yhteistyötä koulun muun henkilökunnan kanssa asian tiimoilta? Missä tapauksissa?**
- 10. Oletko ollut yhteydessä muihin koulun ulkopuolisiin yhteistyökumppaneihin? Oletko joutunut tekemään esimerkiksi lastensuojeluilmoituksen?**
- 11. Arvioi kokemasi huolen suuruutta asteikolla 1-4, 1:n ollessa huoleton tilanne ja 4:n ollessa akuutti uhka, jolloin omat voimavarasi eivät riitä asian käsittelyyn.**
- Alleviivaa vaihtoehto**
- | | | | |
|----------|----------|----------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------|----------|----------|----------|

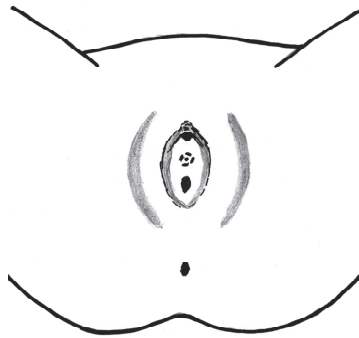
12. Kuinka toimit, jos riskiryhmään kuuluva koulunne tyttö on lähdössä kesäksi esim. Kotimaahansa Somaliaan ja on syytä epäillä, että hän voi joutua ympärileikatuksi? Oletko kohdannut vastaavan tilanteen aiemmin?

Kiitos vastauksestanne!

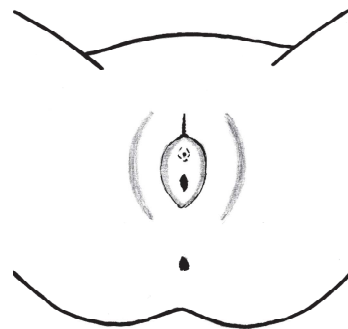
Terveisin Emma Hilska ja Armi Haarala
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

Vastaukset lähetetään osoitteeseen oppistyo@gmail.com

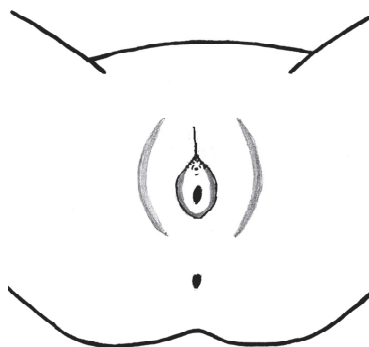
LIITE 3. Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten eri muodot



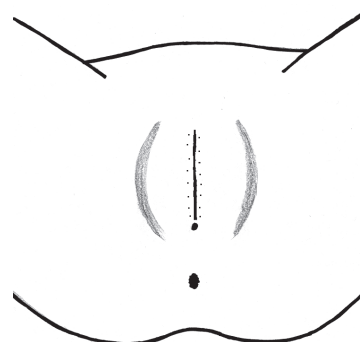
Normaali anatomia



Tyyppi I: Klitoriksen huppu ja klitoris poistettu



Tyyppi II: Klitoris ja osa pienistä

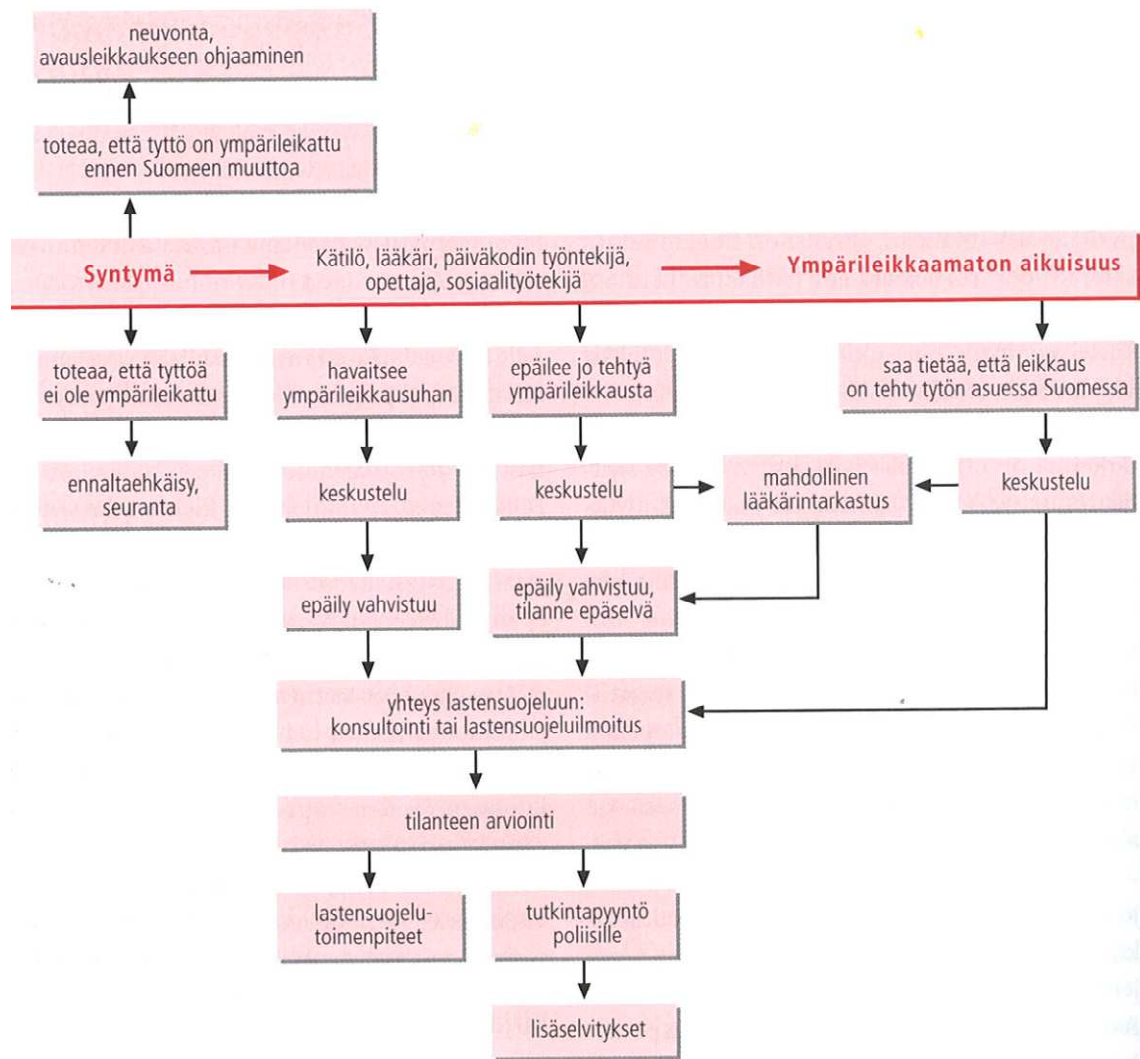


Tyyppi III: Klitoris ja pienet häpyhuulet poistettu ja tyvistetyt häpyhuulet ommeltu yhteen häpyhuulista poistettu

http://www.ihmisoikeusliitto.fi/images/pdf_files/kokonainenohjeistus.pdf

Lähde: Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa – Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Ihmisoikeusliitto ry. KokoNainen-projekti. Helsinki 2004.

LIITE 4. Tyttöjen ympärileikkausten ehkäisy.



Lähde: Immonen, Paula; Lindqvist, Eija; Matikainen, Anna-Mari ja Paananen Ulla Kristiina 2007. Kätilötyö. Helsinki:Edita