



Väestöliitto

**MAAHANMUUTTAJIEN SEKSUAALI- JA  
LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN**

*— Tarpeita, tietoa ja yhdenvertaisuutta —*

*Toimintasuunnitelma 15.6.2009*

## **ESIPUHE**

Väestöliitto sai vuoden 2008 lopulla silloiselta Stakesilta tehtäväksi laatia selvityksen maahanmuuttajien seksuaali- lisääntymisterveyspalveluiden nykytilanteesta ja laatia toimintasuunnitelman palveluiden parantamiseksi. Pyysimme ja saimme kommentteja ja ehdotuksia useilta eri tahoilta, jotka edustavat maahanmuuttajajärjestöjä, tai henkilöiltä, jotka kohtaavat työssään maahanmuuttajia. Kiitämme kaikkia suunnitelman tekoon osallistuneita tahoja. Toivomme, että maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä palveluita parannetaan tulevina vuosina.

Väestöliitossa toimintasuunnitelmaa työsti työryhmä, johon kuuluivat ylilääkäri Dan Apter, projektikoordinaattori Meri-Sisko Eskola, erikoistutkija Minna Säävälä sekä kättilö Niina Kettu.

Helsingissä 15.11.2009

Dan Apter

Meri-Sisko Eskola

Minna Säävälä

Niina Kettu.

<b>1. JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2. MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA</b>	<b>3</b>
<b>3. MAAHANMUUTON VAIKUTUS SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN</b>	<b>7</b>
<b>4. NUORTEN SEKSUAALISUUS</b>	<b>11</b>
<b>5. PARISUHDE JA SEKSUAALISUUS</b>	<b>13</b>
<b>6. ERITYISKYSYMYKSIÄ</b>	<b>15</b>
6.1. Seksitaudit ja niiden ehkäisy	15
6.2. Raskaudenehkäisy ja abortit	16
6.3. Lapsettomuus	16
6.4. Raskaus ja synnyttäminen	17
6.5. Imetys	18
6.6. Tyttöjen ympärileikkaus	18
6.7. Miehet ja poikien ympärileikkaus	19
6.8. Yhteenveto	20
<b>7. MAAHANMUUTTAJIEN SEKSUAALITERVEYSPALVELUT SUOMESSA</b>	<b>22</b>
7.1. Käytettävissä olevat palvelut ja niiden arviointi	23
7.2. Tarpeet	25
7.2.1. Kyselyissä, haastatteluissa ja kuulemistilaisuudessa esiin nostettuja kysymyksiä	26
<b>8. ESIMERKKEJÄ EUROOPAN MAISSA KEHITETYISTÄ INNOVATIIVISISTA PALVELUISTA</b>	<b>31</b>
<b>9. TOIMENPIDE-EHDOTUKSET</b>	<b>33</b>
9.1. Toimintaedellytykset ja periaatteet	33
9.2. Neuvonta, ohjaus, tietouden parantaminen	35
9.3. Koulu ja terveys	36
9.4. Raskaudenajan, synnytyksen ja synnytyksen jälkeinen hoito	37
9.5. Lapsettomuus	38

<b>9.6 Raskauden ehkäisypalvelut</b>	<b>38</b>
<b>9.7. Raskauden keskeytykset</b>	<b>39</b>
<b>9.8. Gynekologiset tutkimukset</b>	<b>39</b>
<b>9.9. Seksuaalisen väkivallan ehkäisy ja seksuaalista väkivaltaa kokeneen hoitaminen</b>	<b>40</b>
<b>9.10. Parisuhteen tukeminen</b>	<b>41</b>
<b>9.11. Miehet ja pojat</b>	<b>42</b>
<b>9.12. Osaamisen kehittäminen</b>	<b>43</b>
<b>9.13. Tilastointi, seuranta, tutkimus</b>	<b>44</b>
<b>9.14. Erityiskysymykset</b>	<b>44</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>45</b>
<b>LIITTEET</b>	<b>50</b>

## 1. Johdanto

Seksuaaliterveyden edistämiseen on viime vuosina kiinnitetty yhä enemmän huomiota niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin. Asiaa sivuavat myös eräät pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelmat ja linjaukset, keskeisimmin *Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelma* sekä hallituksen eduskunnalle kotouttamislain toimeenpanosta antama selonteko. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla valmisteltu *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007 – 2011* (STM 2007:17) kiinnitti myös huomiota erityisryhmien, kuten maahanmuuttajien, seksuaaliterveyden edistämiseen liittyviin palveluihin. Myös Väestöliitto on käsitellyt maahanmuuttajaväestön tarpeita seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassaan vuonna 2006<sup>1</sup>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on vuoden 2008 alussa aloittanut mittavan hankkeen ”Maahanmuuttajien terveystutkimus 2008-2011”. Tutkimuksessa kartoitetaan myös työikäisten miesten ja naisten sekä nuorten lisääntymis- ja seksuaaliterveyskysymyksiä. Kuitenkin, jo ennen kuin tutkimustulokset ovat käytettävissä, tarvitaan toimenpiteitä maahanmuuttajien terveyden, ml. seksuaaliterveyden, edistämiseksi. Stakes (myöh. THL) tilasi vuoden 2008 lopussa Väestöliitolta suunnitelman maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi, joka perustuisi käytettävissä olevaan tietoon, yllä mainittuihin linjauksiin ja olisi toimeenpantavissa voimavaroista riippuen mahdollisimman pian. Suunnitelma sovittiin valmisteltavaksi kahdessa osassa: ensimmäisessä vaiheessa 15.3.2009 mennessä tilannekartoitus, kooste Suomessa tehdyistä selvityksistä ja suunnitelman runko sekä toisessa vaiheessa 15.6.2009 mennessä varsinainen toimintasuunnitelma. Suunnitelma ei koske turvapaikanhakijoita, joiden palvelut, ml. terveydenhuollon palvelut, järjestetään pääosin vastaanottokeskuksissa tai niiden hankkimina ostopalveluina, eikä maassa tilapäisesti oleskelevia ulkomaalaisia kuten vaihto-opiskelijoita tai lähetettyjä työntekijöitä.

Toimintasuunnitelma on taustoitettu käymällä läpi käytävissä olevaa tutkimusta ja muita kirjallisia lähteitä, jotka ovat relevantteja suomalaiselle tilanteelle. Lisäksi on haastateltu alan ammattilaisia, erityisesti maahanmuuttajatyötä tekeviä, sekä maahanmuuttajajärjestöjen edustajia. Näkemyksiä on kerätty myös aiheeseen liittyvässä kuulemistilaisuudessa, jonka Väestöliitto järjesti asiantuntijoille ja maahanmuuttajajärjestöille 23.2.2009. Toimintasuunnitelman luvuissa 1.-8. on kuvattu maahanmuuton nykytilaa, maahanmuuton vaikutuksia seksuaaliterveyteen yleensä ja nostettu esiin sellaisia kulttuurisiin tapoihin liittyviä erityiskysymyksiä, joilla on merkitystä palveluja suunniteltaessa. Toimintasuunnitelman lukuun 9. on koottu konkreettiset kehittämistarpeet toimenpide-ehtouksiksi.

---

<sup>1</sup> Kts. [www.vaestoliitto.fi](http://www.vaestoliitto.fi)

Toimintasuunnitelman mottona voisi olla erään haastatellun tiivistys maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden ongelmista: laadukasta palvelua on olemassa, mutta sen laatu heikkenee, kun ei osata kieltä, ei ole tulkkia eikä oikeanlaista materiaalia. Silloin myös palveluiden saatavuus heikkenee. Erityinen haaste on lisäksi maahanmuuttajien itsensä osallistaminen tiedottamiseen, neuvontaan, ohjaukseen ja palvelujen tuottamiseen.

## 2. Maahanmuuttajat Suomessa

Viimeisten kahden vuosikymmenen aikana niin katukuva kuin kuntien palveluiden asiakkaatkin ovat kulttuurisesti, kielellisesti ja ulkoisesti moninaistuneet. Suomeen muuttaa vuosittain kasvava määrä ulkomaan kansalaisia samaan aikaan, kun ulkomaalaisten poismuutto on suhteellisen vähäistä. Vuonna 2008 maahamme muutti ulkomailta yli 29 000 henkeä ja muuttovoitto oli historiallisen korkea, noin 15 500 henkeä. Suomessa on Keski-Eurooppaan ja muihin pohjoismaihin verrattuna vähän ulkomaalaistaustaista väestöä, mutta sen määrä kasvaa vakaasti.

Suurin osa Suomeen tulijoista on kotoisin naapurimaista, vaikka tämä usein unohtuu julkisuuden pakolaiskeskeisissä maahanmuuttokeskusteluissa. Iso osa maahanmuuttajista (vuosina 1997-2006 lähes 20 prosenttia tulijoista) tulee Ruotsista ja heistä suurin osa on etnisiltä juuriltaan suomalaisia. Suurimmat Suomessa asuvat vieraskieliset ryhmät ovat venäjän, viron, englannin, somalin ja arabiankieliset (ks. taulukko 1).

*Taulukko 1. Suomessa asuvien vieraskielisten määrä kielen mukaan vuonna 2008. (Lähde: Tilastokeskus 2009).*

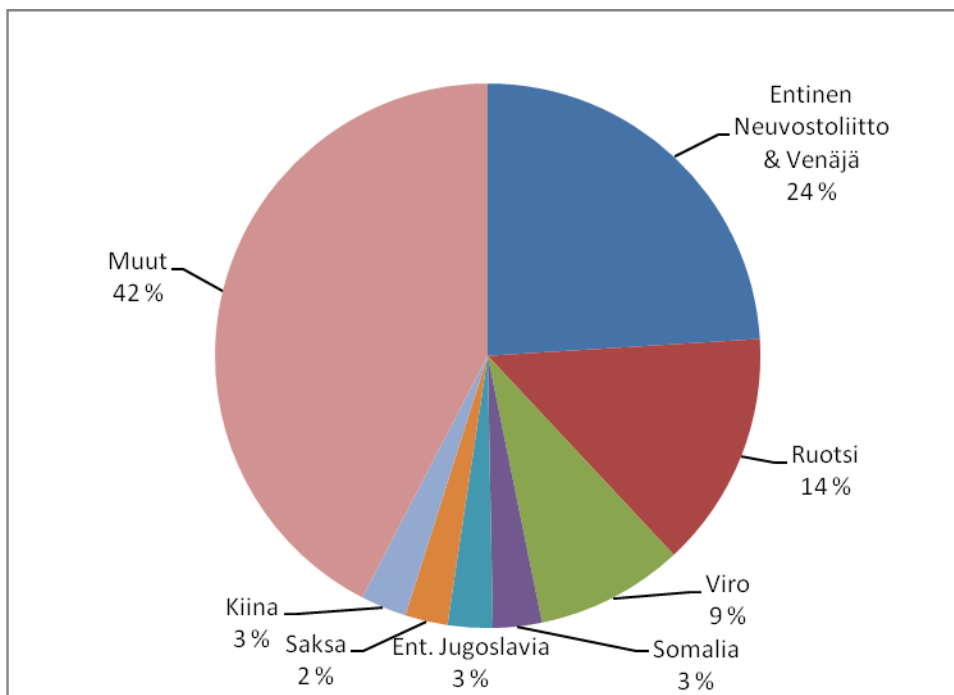
Kieli	Määrä Suomessa
venäjä	48 740
viro	22 357
englanti	11 344
somali	10 647
arabia	8 806
kiina	6 458
kurdi	6 455
albania	6 308
saksa	5 096
vietnam	4 977
Muut kielet yht.	59 350
<b>YHTEENSÄ</b>	<b>190 538</b>

Suomessa asuvista ulkomaan kansalaisista on huomattavasti enemmän työikäisiä kuin Suomen kansalaisista ja eläkeikäisten (yli 65-vuotiaiden) osuus on vain kuusi prosenttia. **Väestön keskittyminen työikäisiin – ja paljolti lisääntymisikäisiin – korostaa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden saatavuuden merkitystä ulkomaalaistaustaiselle väestölle.** Ulkomaan kansalaisten ikärakenne vaihtelee kuitenkin paljon kansalaisuusryhmittäin. Tyypillisesti työn perusteella maahan saapuneiden kansalaisuuksien sekä avioliiton kautta muuttaneiden parissa työikäisten osuus on hyvin korkea, jopa 90 prosenttia (esimerkiksi espanjalaiset, marokkolaiset, britit ja ranskalaiset).

Turvapaikanhakijoina tai pakolaisina saapuneissa ryhmissä on muihin verrattuna paljon lapsia. Esimerkiksi Suomessa asuvista sudanilaisista lapsia on lähes puolet. (Sisäasiainministeriö 2009a.)

Osa maahan muuttaneista on saanut Suomen kansalaisuuden, eivätkä he näy kansalaisuustilastoinnissa. Tarkastelemalla Suomessa asuvien, mutta ulkomailla syntyneiden henkilöiden määrää ja syntymämaita, saamme käsityksen siitä, paljonko maassa asuu konkreettisesti maahanmuuton kokeneita henkilöitä. Yleisin ulkomainen syntymämaa on entinen Neuvostoliitto tai Venäjä. Vuonna 2008 Suomessa asui lähes 220 000 ulkomailla syntynyttä henkilöä eli runsaat neljä prosenttia koko väestöstä.

*Kuvio 1. Suomessa vuonna 2008 asuvat **ulkomailla syntyneet** syntymämaaan mukaan.* (Lähde: Tilastokeskus 2009.)



Ulkomailla syntyneiden vieraskielisten joukko on huomattavan moninainen: se koostuu Venäjällä, Virossa ja Ruotsissa syntyneiden suurten ryhmien ohella monista hyvin pienistä ryhmistä. Tämä on tärkeää huomioida maahanmuuttajien palveluiden suunnittelussa: **palveluita ei voida ensisijaisesti suunnitella pelkästään suurimmat ryhmät huomioiden, vaan lähtökohtana on oltava ulkomaalaisten moninaisuus niin kielen ja kulttuuritaustan kuin sosiaalisen aseman ja koulutuksenkin suhteen.**

Suomessa syntyneet maahan muuttaneiden vanhempien lapset (niin sanottu toinen sukupolvi) eivät välttämättä näy ulkomaalais- tai vieraskielisten tilastoissa, koska useilla on Suomen kansalaisuus<sup>2</sup> tai heidät on merkitty väestörekisteriin suomen- tai ruotsinkielisinä. Suomessa oli vuonna 2005 noin 50 000 lasta, jolla ainakin toinen vanhemmista on vieraskielinen maahanmuuttaja. Kahden maahanmuuttajan Suomessa syntyneitä lapsia oli tuolloin vajaa 16 000 (Martikainen 2007) ja ylipäätään vieraskielisiksi rekisteröityjä lapsia oli 3,5 prosenttia kaikista lapsista vuonna 2007. Suurimmat ryhmät 0-19-vuotiaissa ovat venäjänkieliset (10 440), somalinkieliset (5 760) ja vironkieliset (4 466) lapset (Tilastokeskus 2009).<sup>3</sup> Koska Suomi alkoi vastaanottaa maahanmuuttajia enemmän vasta 1990-luvun alussa, muuttajien täällä syntyneistä lapsista suurin osa on toistaiseksi alaikäisiä. **Lähivuosina on aikuistumassa ja perheitä perustamassa kasvava joukko monikulttuurisia nuoria, joiden toinen vanhempi tai vanhemmat ovat muuttaneet ulkomailta. Heidän erityiset seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksensä tulevat koko ajan ajankohtaisemmiksi.**

Miesten ja naisten osuus eri maista muuttaneiden ryhmissä vaihtelee suuresti: miesvaltaisia ulkomaan kansalaisten ryhmiä Suomessa ovat britit, hollantilaiset, italialaiset, turkkilaiset, espanjalaiset, ranskalaiset, marokkolaiset, saksalaiset ja intialaiset (kaikista yli 60 prosenttia miehiä), kun taas naisvaltaisia kansalaisuuksia ovat thaimaalaiset ja venäläiset (yli 60 prosenttia naisia vuonna 2006, Tilastokeskus 2007). Luvut heijastavat toisaalta suomalaisten kanssa solmittuja avioliittoja, toisaalta työperusteisen muuton kohdistumista miesvaltaisille aloille. Sukupuolijakauma on tasapainoisin pakolaistaustaisissa ryhmissä, jotka ovat joko saapuneet maahan perhekunnittain tai saaneet perheensä maahan perheen yhdistämisen kautta. **Sukupuolijakauma, samoin kuin avioituneisuus suomalaisten kanssa, heijastuu eri ryhmien osittain toisistaan poikkeavina seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden tarpeina ja kysyntänä.**

Suomalaisten kansainväliset avo- ja avioliitot ovat yleisimpiä venäläisten ja thaimaalaisten naisten ja britti- sekä turkkilaisten miesten kanssa. Vuonna 2001 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan 58 prosenttia Suomessa asuvista venäläisnaisista eli avo- tai avioliitossa Suomen kansalaisen kanssa (Liebkind ym. 2004). Kansainväliset liitot ovat vastoin yleistä luuloa yleisempiä suomalaisten miesten kuin naisten parissa: avioliittoja solmi runsaat 15 000 suomalaista miestä ja runsaat 12 000 suomalaista naista vuosien 1997 ja 2006 välillä (Tilastokeskus 2007).

Kansainvälisten avioliittojen eronneisuus on huomattavasti suurempaa kuin kahden suomalaisen välisissä liitoissa. Erityisesti virolaisen vaimon ja suomalaisen miehen sekä marokkolaisen miehen ja suomalaisen vaimon välisissä liitoissa eronneisuus on korkeata (yli 7 prosenttia edellisen vuoden

<sup>2</sup> 84 prosenttia ainakin yhden ulkomailla syntyneen vieraskielisen vanhemman lapsista on Suomen kansalaisia (Martikainen 2007).

<sup>3</sup> Luvuissa on hyvä huomioida se, että vanhemmat voivat rekisteröidä erityisesti suomalaisen ja ulkomaalaisen välisten liittojen lasten kieleksi suomen, vaikka lapsen vahvempi kieli olisikin esimerkiksi venäjä. Siksi venäjän- ja vironkielisten lasten määrä on todellisuudessa suurempi. Myöskään kaksikielisyys ei näy näissä tilastoissa, koska rekisteriin voi ilmoittaa vain yhden kielen.

lopussa naimisissa olleista on eronnut vuoden 2006 aikana, Tilastokeskus 2007).

Maahan muuttaneiden ulkomaan kansalaisten kokonaishedelmällisyys (naisten keskimäärin synnyttämien lasten määrä) on korkeampi (2,3) kuin suomen kansalaisten (1,8). Erityisesti irakilaisille ja somalialaisille sekä entisen Serbian ja Montenegron kansalaisille (käytännössä kosovolaisille) naisille syntyy runsaasti lapsia, keskimäärin yli 4 lasta. Keskimääräistä suomalaista tasoa alhaisempaa hedelmällisyys on Suomessa asuvien virolaisten, saksalaisten, ranskalaisten, kiinalaisten, ukrainalaisten ja britannialaisten naisten parissa. (Luvut kuvaavat vuosia 2004-2006, Tilastokeskus 2007).

Yleensä maahan muuttaneiden naisten lapsiluku alkaa ajan mittaan lähestyä muuttomaassa vallitsevaa yleistä tasoa. Korkea hedelmällisyys voi jatkaa lähtömaan tapaa saada lapsia kuten somalialaisilla, mutta heilläkin Suomessa asuvien lapsiluku on useamman lapsen alhaisempi kuin Somaliassa ennen sotaa. Mielenkiintoinen on Turkin kansalaisten tilanne: Suomessa asuvat turkkilaiset synnyttävät huomattavasti enemmän lapsia kuin Turkissa asuvat. Tämä mahdollisesti heijastaa sitä, että maahanmuuttajat tulevat erityisesti maaseudulta ja tietyistä etnisistä ryhmistä, joissa lapsiluku on keskivertoa korkeampi myös Turkissa. Myös venäläiset saavat Suomessa selkeästi enemmän lapsia (kokonaishedelmällisyysluku 2,0 lasta) kuin Venäjällä (1,3), mikä heijastanee parempaa taloudellista turvallisuutta ja päivähoitomahdollisuuksia Suomessa. On myös mahdollista, että suomalaiset aviomiehet haluavat enemmän lapsia kuin venäläiset aviomiehet, tai että venäläiset vaimot luottavat saavansa suomalaisista miehistään enemmän tukea vanhemmuuteen kuin venäläisistä miehistä.

Lastenhankkiminen voi olla myös maahanmuuttoon liittyvä legitimaatiokeino tilanteessa, jossa oleskelulupien saaminen on vaikeaa. Jos viranomaiset epäilevät oleskeluluvan perusteena olevaa avioliittoa lumeliitoksi, lapsen syntymä voi todistaa liiton aitoudesta. Syntynyt lapsi varmistaa oleskeluluvan saamisen perheen yhdistämiseen ja lapsen oikeuksiin perustuen. Tällaiset rakenteelliset ja maahanmuuttopoliittiset tekijät voivat osaltaan vaikuttaa maahanmuuttajien lisääntymisvalintoihin (ks. Beldsoe 2004).

Vaatii selvitystä syntykö joidenkin maahanmuuttajaryhmien naisille enemmän tai vähemmän lapsia kuin mitä he toivovat ja jos näin on, missä määrin tämä liittyy seksuaali- ja lisääntymispalveluiden saatavuuteen. Ei ole myöskään systemaattista tietoa siitä, onko eri maista Suomeen muuttaneiden miesten ja naisten välillä erilaisia toiveita lapsiluvusta. Tällainen tieto, joka kertoo ei-toivotuista raskauksista, olisi tärkeää lisääntymisoikeuksien toteutumisen ja ehkäisy palveluiden kattavuuden arvioinnin kannalta.

Maahan muuttaneet naiset, miehet ja lapset ovat heterogeeninen ryhmä. Mukana on hyvin erilaisista sosioekonomisista taustoista tulevia ihmisiä, niin lukutaidottomia kuin erityisalojen asiantuntijoita, eri-ikäisiä ja erilaisissa perhesuhteissa eläviä henkilöitä. On mahdotonta puhua maahanmuuttajien seksuaaliterveydestä erittelemättä mistä erityisryhmästä on kulloinkin kyse. **Kaikki muuttajat joutuvat kuitenkin kohtaamaan taustastaan ja asemastaan riippumatta tiettyjä maasta toiseen muuttoon liittyviä paineita seksuaaliterveydestä huolehtimiselle. Kulttuuritausta tai etninen ryhmä on vain yksi terveydentilaan ja palveluiden käyttöön vaikuttavista seikoista.**

### 3. Maahanmuuton vaikutus seksuaali- ja lisääntymisterveyteen

Seksuaaliterveys on fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila suhteessa seksuaalisuuteen; se ei ole pelkästään sairauden tai vajaatoiminnan poissaoloa. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja sisältää halutessaan mahdollisuuden nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin vapaana pakottamisesta, riistosta ja väkivallasta. Jotta hyvä seksuaaliterveys voidaan saavuttaa ja ylläpitää, kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksia tulee kunnioittaa ja suojata (WHO:n määritelmän pohjalta).

Suomessa on niukasti yleistettävää tutkimustietoa maahanmuuttajien ja heidän lastensa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä, kuten ylipäätään heidän terveydentilastaan ja terveystalouden käytöstään. Maili Malin ja Mika Gissler (Malin & Gissler 2008, 2009) ovat ainoina tehneet rekisteriaineistoihin perustuvaa tutkimusta maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Filio Degni on käsitellyt väitöskirjassaan (2004) somalialaisten ehkäisykäytäntöjä ja Tuulikki Hassinen-Ali-Azzani (2002) somalialaisten perhe- ja terveystalouksia. Myös Marja Tiilikaisen somalialaisia käsittelevä väitöskirja (2003) sivuaa seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksiä. Koskimies ja Mutikainen (2008) ovat koonneet katsauksen Suomessa tehdyistä maahanmuuttajien terveyttä käsittelevistä opinnäytteistä. Opinnäytteet perustuvat rajattuihin laadullisiin aineistoihin, eikä niistä siten voida tehdä muita kuin suuntaa-antavia johtopäätöksiä. Suomalaisen tutkimusaineiston niukkuuden ja rajallisuuden vuoksi seuraavassa viitataan myös eurooppalaiseen maahanmuuttajien seksuaaliterveyskirjallisuuteen, erityisesti muissa Pohjoismaissa tehtyihin tutkimuksiin. Aihepiirin tutkimustieto ei ylipäänsä ole kaikilta osin kattavaa edes pitkään maahanmuuttoalueena toimineessa Keski- ja Länsi-Euroopassa. Erityisesti raskaudenkeskeytyksiin ja tahattomaan lapsettomuuteen liittyvistä seikoista on hyvin vähän tietoa. (Georgiadis 2008.)

Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät haasteet voidaan jakaa kolmeen kategoriaan:

- 1) sairauksien ja riskien epidemiologiaan,
- 2) psykososiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin, ja
- 3) kommunikaation haasteisiin.

Sairastavuuden suhteen useimmissa maissa maahanmuuttajilla on enemmän ei-toivottuja raskauksia ja abortteja (joskaan ei kaikissa ryhmissä), enemmän HIV/Aidsia ja enemmän koettua seksuaalista väkivaltaa (Rademakers et al. 2005). Psykososiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin liittyvät puolestaan normit ja arvot perhe-elämästä, seksuaalisuudesta ja sukupuolten rooleista. Nämä voivat aiheuttaa kulttuuritörmäyksiä palveluntarjoajien ja käyttäjien välillä, jos näkemykset lähtömaassa ja muuttomaassa erityisesti seksuaalisuudesta ovat hyvin kaukana toisistaan. Kommunikaatiokysymyksiin liittyvät kielivaikeudet, erilaiset vuorovaikutustyyliä palvelutilanteissa, palveluntarjoajan

kulttuurienvälisen vuorovaikutuksen kompetenssi ja ylipäätään tiedon saamisen vaikeudet.

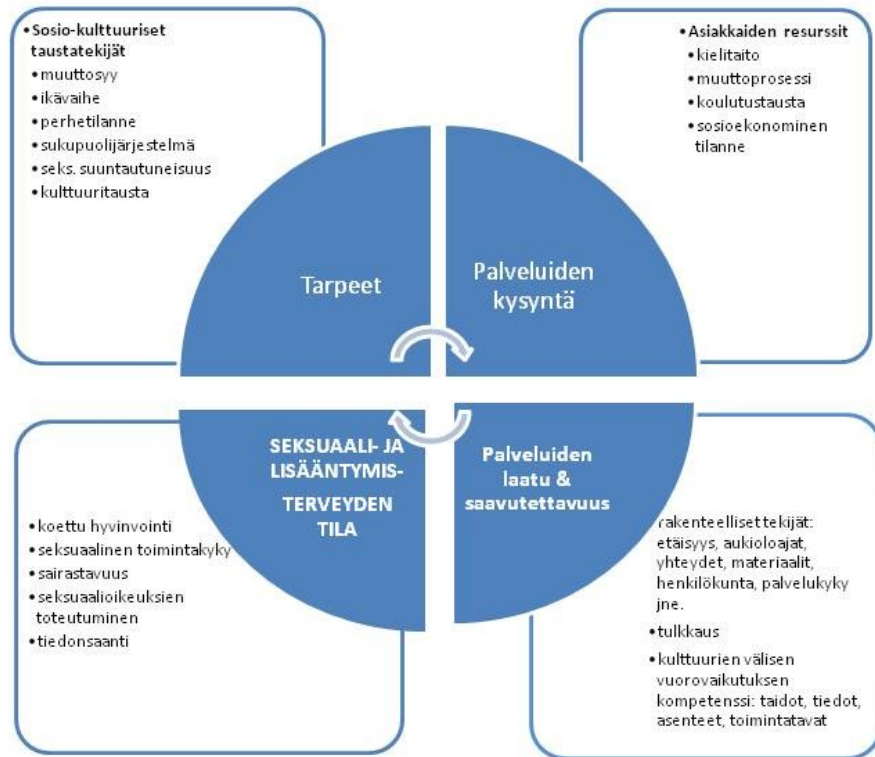
Maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen<sup>4</sup> konkreettisesti vaikuttavia tekijöitä ovat muuttosyy, sosioekonominen asema lähtömaassa ja Suomessa, koulutus ja kielitaito, ikä, sukupuoli, seksuaalinen suuntautuneisuus ja perhetilanne sekä kulttuurinen ja uskonnollinen tausta. Riippumatta lähtömaasta, muuton tavasta tai perhesuhteista, muuttaminen maasta toiseen itsessään vaikuttaa ihmisen mahdollisuuksiin huolehtia seksuaali- ja lisääntymisterveydestään. Kulttuuri- tai uskontoero ei suinkaan ole aina keskeisin palveluiden käyttämisestä tai hyvinvoinnin edistämistä hankaloittava tekijä (Sainola-Rodrigues 2009). **Koska seksuaaliterveys koskettelee elämän intiimejä ja useimmissa maailman kolkissa kaikkein yksityisimmiksi koettuja terveyden osa-alueita, niiden käsitteleminen vieraalla kielellä ja vieraassa hallinnollisessa ympäristössä voi tuottaa vaikeuksia kenelle tahansa.** Mahdollisuus seksuaaliterveyden asianmukaiseen hoitoon vaikuttaa toisaalta itsessään vahvasti maasta toiseen muuttaneiden ihmisten elämän järjestymiseen ja asettautumiseen uuteen maahan. Uuden maan terveydenhoitojärjestelmän valmius vastata erilaisesta taustasta tulevien asiakkaiden ja potilaiden tarpeisiin, henkilökunnan asenteet ja tieto, kuten myös Suomessa muuttajien saatavilla oleva tieto, vaikuttavat palvelun tarjonnan puolelta maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden tilaan, yleisten terveyspalvelujen laadun ja saavutettavuuden tekijöiden ohella (ks. esim. Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008; ks. kuvio 2).

Muuttoprosessissa palvelujärjestelmien erilaisuus ja kielikysymys luovat haasteita seksuaaliterveydestä huolehtimiselle. Jos ei osaa paikallista kieltä, on vaikeaa hankkia tietoa tai kysyä arkaluontoisista asioista. Terveydenhuoltojärjestelmät poikkeavat maasta toiseen eikä oikean palveluja tuottavan tahon löytäminen ole lainkaan itsestään selvää. Jos henkilö tarvitsee vaikkapa ehkäisyä, hän ei välttämättä ensimmäisenä osaa ottaa yhteyttä terveyskeskuksen terveydenhoitajaan. Vaikka muuttaja onnistuisi löytämään tahon, jolta apua seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymyksiinsä voisi saada, palveluntarjoajan kanssa voi olla vaikeaa keskustella intiimeistä kysymyksistä, joille on vaikea löytää ääneen lausuttavia sanoja edes omalla kielellä.

---

<sup>4</sup> Tästä eteenpäin käytämme selvennyksenä seksuaaliterveystermiä koskemaan sekä lisääntymis- että seksuaaliterveyttä.

Kuvio 2. Maahan muuttaneiden seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavia tekijöitä.



Muuttosyy vaikuttaa seksuaaliterveyden tarpeiden muodostumiseen, koska peruste muuttoon voi linkittyä henkilön seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Esimerkiksi joidenkin pakolaistaustaisten naisten (ja miesten) menneisyydessä voi olla seksuaalisen väkivallan kokemuksia tai seksityötä. Seksuaalinen suuntautuneisuus ja seksuaalioikeudet voivat olla henkilön maahanmuuton syynä, jos hänen edustamaansa vähemmistöä ei suvaita lähtömaassa. Avioliiton kautta maahan muuttaneiden elämässä seksuaalisuhde on yhtä aikaa myös maassaolon oikeutus. Suomessa on myös seksityöläisiksi maahan saapuneita naisia, joiden määrästä ei ole luotettavaa tietoa. Tässä seksuaaliterveyspalvelujen saavutettavuuden piiriin tulevat myös ihmiskauppaa koskevat kysymykset. Maahan väliaikaisesti tai pysyvämmiin muuttaneiden seksityöläisten seksitautien ja HIVin ehkäisy vaativat erityishuomiota, johon voidaan vastata esimerkiksi kolmannen sektorin palveluilla.

Erilaiset kulttuuriset tavat ymmärtää seksuaalikysymyksiä vaikuttavat arkielämässä ja palveluiden kohtaamisessa. Suomalaisen kanssa avioituneet ulkomaalaiset taas joutuvat kohtaamaan erilaisen intiimin vuorovaikutuksen kulttuurin jokapäiväisessä kanssakäymisessään. Näillä hienovaraisilla kulttuurieroilla voi olla vaikutusta sekä tarpeiden syntyymiseen että palveluiden käyttöön. Esimerkiksi

ulkomaalainen nainen voi kokea oudoksi tilanteen, jossa joutuu keskustelemaan 'naisten asioista' kättilön kanssa miehensä tulkkauksen välityksellä. Tällä voi olla (hyviä tai huonoja) seurauksia aviosuhteelle. Ruotsalaisessa tutkimuksessa tämä ei miesten näkökulmasta ollut ongelmallista, vaan osallisti heitä lastenhankintaan enemmän kuin heidän kulttuuritaustassaan on tapana (Ny et al 2008). Tämä ruotsalainen tutkimus viittaa mahdollisiin muutoksiin sukupuolten välisissä perinteisissä suhteissa ja lisääntymiskysymyksissä maahanmuutto- ja akkulturaatioprosessin seurauksena (ks. myös Ahmadi 2003 iranilaisten muuttuvasta seksuaalisuudesta Ruotsissa).

Muutto on usein kriisiaikaa yksilölle ja perheelle. Koska elämä täyttyy välittömiin tarpeisiin vastaamisesta ja asioiden järjestämisestä, ehkäisystä huolehtiminen tai seksitaudeilta suojautuminen voi unohtua ikävin seurauksin. Mahdolliset erot eri maiden terveydenhoidon tavassa käsitellä tai ymmärtää seksuaaliterveyskysymyksiä (esimerkiksi suhtautuminen ehkäisymenetelmiin, synnyttämiseen, sukupuolitauteihin jne.) koskettavat paitsi tarpeiden muotoutumista seksuaaliterveyden saralla, että sitä miten henkilö kykenee käyttämään hyväksi tarjolla olevia palveluita uudessa asuinmaassaan.

Pylypchuk ja Hudson ovat todenneet (2008), että USA:ssa asuvat maahanmuuttajat käyttävät huonosti terveydenhuollon ennaltaehkäiseviä palveluita. Esimerkiksi naiset käyvät huomattavasti vähemmän antamassa papanäytteitä kuin kantaväestön naiset. Toisaalta mitä kauemmin maahanmuuttaja on asunut uudessa kotimaassaan, sitä enemmän hän osaa hyödyntää ennaltaehkäiseviä palveluita. **Maahan muuttaneita tulisi terveydenhuollon piirissä kannustaa itsetarkkailuun, kuten rintojen säännölliseen palpoimiseen ja käymiseen ennaltaehkäisevissä seuloissa ja gynekologisissa tutkimuksissa, vaikkei mitään sairauten viittaavaa olisikaan ilmennyt.**

Suomessa on vähän yleistettävää tietoa maahanmuuttajien tai eri maahanmuuttajaryhmien terveyspalveluiden käytöstä. Käyttäjärekisteripohjaisesta tutkimuksesta (Gissler, Malin & Matveinen 2006) selviää, että maahanmuuttajat käyttävät suomalaisväestöä vähemmän terveydenhuollon palveluita niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin. Poikkeuksena ovat 15–29-vuotiaat maahanmuuttajanaiset, joilla on enemmän sairaalahoidon jaksoja ja poliklinikkakäyntejä raskauden ja synnytysten vuoksi. Vuonna 2002 tehdyssä kyselytutkimuksessa maahanmuuttajat eivät osoittaneet kantaväestöä suurempaa tyytymättömyyttä terveyskeskusten palveluihin (Pohjanpää 2003, 126). Koskimiehen ja Mutikaisen (2008) katsauksessa kuvatuissa rajallisissa haastatteluihin perustuvissa opinnäytteissä paljastuu taas hyvinkin kielteisiä kokemuksia terveyspalveluiden asiakkuudesta. Kysymykseen tuo kaivattua lisävalaistusta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa käynnistyvä Maahanmuuttajien terveys –tutkimushanke.

## 4. Nuorten seksuaalisuus

Muutto tuo lisäpaineita perhesiteitä kohtaan. Perhe on turvaverkko ja ankkuri muuton kuohuissa. Jos uusi ympäristö koetaan vieraaksi ja vanhemmilla on vaikeuksia päästä mukaan työ- ja yhteiskuntaelämään, suhde lapsiin voi muuttua erilaisten elämäntapojen taistelukentäksi. Naiseuteen liittyvät kysymykset, eritoten seurustelu ja avioituminen, ovat herkkiä kysymyksiä, koska oman ryhmän naisten käyttäytymistä voidaan pitää koko ryhmän kunnian vertauskuvana. Halu rajoittaa naisten sukupuolisuutta voi pahimmillaan saada seksuaali- ja muunkin terveyden kannalta ei-toivottuja muotoja, esimerkiksi väkivaltaa ja hyväksikäyttöä, liikkuvuuden rajoittamista, aborttiin pakottamista tai sen estämistä, ehkäisyn kieltoa tai seksuaaliterveystiedon kieltämistä. Näistä syistä **nuorten ja erityisesti nuorten naisten seksuaaliterveys vaatii huomiota.**

Nuorten maahanmuuttajatyttöjen ja -naisten tilannetta on kuitenkin mahdotonta lähestyä perhekokonaisuudesta irrallaan: ulkopuolisten puuttuminen seksuaalikysymyksiin koetaan helposti hajottavana ja uhkaavana. **Luottamuksen kasvattaminen ja dialogi ovat ainoita tehokkaita keinoja nuorten maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämiseksi.** Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista Suomessa on hyvin vähän yleistettävää tutkimustietoa (Hermanson & Lommi 2007; Sourander 2007 pakolaislasten mielenterveydestä), eikä seksuaaliterveydestä mitään. Hermanson & Lommi (2009) osoittavat urauurtavalla vantaalaisen koulun kouluterveydenhoidon tapaustutkimuksellaan kuinka tärkeää ja haastavaa on luottamuksellisen suhteen luominen kouluterveydenhuollon ja nuorten välille. Seksuaaliterveysasioiden käsittely kouluterveydenhuollossa on vielä muutakin terveyttä vaikeammin lähestyttävä kysymys.

Nyky-Suomessa puhutaan seksuaalisuudesta ja siihen liittyvästä tiedosta suhteellisen avoimesti toisin kuin suurimmassa osassa maailmaa. Nuorilla voi olla vajavaiset tiedot lisääntymisanatomiasta ja -fysiologiasta. Monissa lähtömaissa seksuaalisuutta käsittelevää tietoa pidetään nuorille haitallisena. Esimerkiksi Venäjältä ja Yhdysvalloista, tulevat voivat pelätä, että tieto johtaa vääjäämättä aikaistuviin kokeiluihin ja ongelmiin. Näitä pelkoja ei voiteta vain sivuuttamalla ne väärinä. Lisäpelkoja luo median välittämä kuva suomalaisesta seksuaalisuudesta: jos maahanmuuttajat eivät tunne henkilökohtaisesti suomalaisia ja ainoa kuva perhe-elämästä välittyy iltapäivälehtien lööppien tai tosi-TV:n kautta, syntyy tarve suojella omia lapsia suomalaiselta ”moraaliselta rappiolta”. Myös miesten ja naisten elämänpiirit erottelevasta kulttuuritaustasta tulevalle miehelle tai naiselle suomalainen arkitodellisuus on hämmentävä: naisten paljastava pukeutuminen ja rento käyttäytyminen voi poiketa suuresti siitä mitä hän on tottunut näkemään omassa lähtömaassaan. Pahimmillaan luontevan vuorovaikutuksen puuttuminen suomalaisten kanssa johtaa paikallisten sukupuolinormien ymmärtämättömyyteen tai ohittamiseen ja seksuaalisiin konfliktitilanteisiin, jopa väkivaltaan. Seksuaaliterveyden tilaa ei siten voida erottaa yleisemmin maahanmuuttajien integroitumisesta suomalaiseen yhteiskuntaan ja sosiaalisten siteiden synnystä, joka on välttämätöntä realistisen kuvan luomiseksi elämästä Suomessa myös seksuaalisuuden suhteen.

Maahanmuuttotaustaisen perheen lasten, kuten kaikkien lasten, seksuaali- ja lisääntymisterveyden perusta on arvostava suhde omaan kehoon ja itsemääräämisoikeuteen. Kouluympäristö on monelle maahan muuttaneiden vanhempien tyttärelle ja pojalle paikka, jossa on vaikeaa kasvattaa luontevaa ja omanarvontuntoista kuvaa omasta minästänsä. Tyttöjä voidaan kiusata muista poikkeavasta vaatetuksesta ja käytöstavoista, huoritella sekä härnätä muita tyttöjä enemmän erilaisuuden vuoksi. Maahanmuuttajataustaisten lasten, kuten kaikkien lasten, hyvinvoinnin ja seksuaaliterveyden kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että kaikenlaiseen kiusaamiseen ja häirintään puututaan välittömästi. Yleisesti hyvinvointia lisäävä kiusaamisen nollatoleranssi kouluissa parantaa automaattisesti myös erityisryhmien hyvinvointia ja seksuaaliterveyttä.

## 5. Parisuhde ja seksuaalisuus

Maahanmuuttajat ovat parisuhteidensa suhteen hyvin monimuotoisia: osa on avioitunut suomalaisen puolison kanssa, osa on tullut maahan perheenjäsenenä tai avioitunut myöhemmin omasta lähtömaasta tulleen henkilön kanssa. Maahanmuuttajien parisuhteita ei siten voi juurikaan yleistää. Suomalaisen miehen venäläinen koulutettu vaimo on täysin erilaisessa asemassa seksuaaliterveyspalvelujen suhteen kuin pakolaisena tulleen burmalaisen perheen lukutaidoton äiti. **Koulutuksen, varallisuuden ja sosiaalisen aseman lisäksi erilaiset sukulaisuusjärjestelmät ja perhemuodot, kuten myös naisten ja miesten hyveisiin ja oikeuksiin liittyvät arvot ja uskonnollisuus, vaikuttavat henkilöiden seksuaalioikeuksiin ja lisääntymisterveyteen.** (Brusila 2008.) Uskonto on osa kulttuurisia resursseja, joiden varassa ihmiset rakentavat mielekkyyttä elämäänsä. Uskonnollisuutta tärkeänä elämässään pitävät ihmiset vetoavat uskonnollisiin määräyksiin selityksinä teoilleen ja arvoilleen, myös seksuaalietiikkaan ja parisuhteessa käyttäytymiseen liittyviin käytäntöihin, kuten esiaviollisen seksin kieltoon, ehkäisyn tai aborttien kieltoon tai soveliaan puolison ominaisuuksiin. Uskonnollisissa opeissa on yleensä paljon avioliittoon, lastenhankintaan ja seksuaalisuuteen liittyviä moraalinormeja ja arvostuksia. Uskonnollisuuden vaikutusta on kuitenkin mahdotonta erottaa muusta kulttuurisesta kokonaisuudesta, johon ne ovat kietoutuneet. Uskonnolliset opit tulkitaan aina paikallisesti, joten esimerkiksi paavin ehkäisy- ja aborttikiellosta huolimatta katoliset Italia ja Espanja kuuluvat Euroopan alhaisimman syntyvyyden maihin ja abortit ovat sallittuja. Joissakin muslimiyhteiskunnissa monivaimoisuus on mahdollista ja toisissa, kuten Tunisiassa ja Turkissa, se on laitonta, vaikka koraanin salliikin.

Islamilaisen ajattelun – kuten useimpien uskonnollisten dogmien – mukaan seksi kuuluu vain avioliittoon eikä esiaviollisia tai avioliiton ulkopuolisia suhteita saa olla. Islamin mukaan avioliiton tärkeimpiä ulottuvuuksia ja tarkoituksia on lasten saaminen ja lapset ovat jumalan lahja (Akar ja Tiilikainen 2004). Ehkäisy ei ole kuitenkaan kiellettyä mikäli pari niin yhdessä päättää, esimerkiksi jos haluavat pidemmän jakson lasten välille tai jos äidin terveys vaatii lapsiluvun rajoittamista.

Pakolaistaustaisilla ryhmillä integroituminen uuteen maahan on vaikeampaa kuin avioliitto- tai työperustaisilla muuttajilla. Seksuaalisuuden ilmenemiseen vaikuttaa mahdollisesti lähtömaassa koettu seksuaalinen väkivalta. Naisten raiskaaminen tai häpäiseminen on ollut yksi sodankäynnin muoto esimerkiksi Balkanin alueella ja keskisessä Afrikassa. Traumot vaikuttavat paitsi niitä kokeneiden naisten omaan henkiseen ja seksuaaliseen hyvinvointiin, myös koko ryhmän suhtautumiseen naisten seksuaalisuuteen. Väkivaltaa kohdanneet ryhmät ovat hyvin suojelevia ryhmän naisten koskemattomuuden suhteen ja yleensä seksuaalisuhteita tai avioitumista etnisen tai kansallisen ryhmän ulkopuolisten miesten kanssa suvaitaan huonosti. Halu ”suojella” tytärtä puhtautta voi siten liittyä koko ryhmän kokemaan sortoon, ei pelkästään partiarkaaliseen linjasukumalliin tai uskonnollisiin normeihin (ks. Säävälä 2007a).

Avioliiton kautta maahan saapuneiden henkilöiden, erityisesti naisten, seksuaaliterveys ja seksuaalioikeudet ovat siten haavoittuvia. Maahanmuuttajan avioliiton mahdollinen ajautuminen kriisiin on kantaväestöäkin suurempi ongelma. Jos avioliitto on ollut oleskeluluvan myönnön peruste, ulkomaalainen puoliso voi pelätä karkotusta tai lasten menetystä liiton purkautumisen seurauksena ja siten pysyä ongelmallisessa avioliitossa, esimerkkinä suomalaisten kanssa avioituneet thainaiset, joista osa on parisuhdeväkivallan uhreja (Sisäasiainministeriö 2009b). Puoliso voi painostaa avioliittomuuttajaa intiimissä suhteessa oleskelulupaan vedoten. Tämä voi johtaa seksuaaliseen alistamiseen (ks. Saarinen 2007).

Ensi- ja turvakotien asiakkaisissa on väestönosuutta suurempi määrä maahan muuttaneita. Turvakotien asiakkaita on 2000-luvulla ollut maahanmuuttajataustaisia 25-30 prosenttia (*Esikko* 1/2009). Osa maahanmuuttaja-asiakkaita on naimisissa väkivaltaisen suomalaisen miehen kanssa. Erityisesti Venäjällä syntyneet naiset/tytöt näyttävät poliisille ilmoitettujen rikosten perusteella joutuvan Suomessa syntyneitä useammin tuntemattoman tekemän seksuaalirikoksen uhriksi (Ellonen ja Korhonen 2007). Yksi WHO:n lisääntymisterveyden neljästä päämäärästä on vapautuminen väkivallasta ja muista seksuaalisuudelle ja lisääntymiselle haitallisista käytännöistä. **Maahanmuuttajien kohtaamaa parisuhde- ja muuta seksuaalista väkivaltaa on siten pidettävä seksuaaliterveys ja -oikeuskysymyksenä.** Seksuaaliterveyttä edistävissä toimenpideohjelmassa on huomioitava myös monikulttuurinen parisuhdeneuvonta, jolla voidaan vähentää kriisitilanteiden riskiä kärjistyä väkivallaksi sekä auttaa haavoittuvassa asemassa olevia.

Kaikki maahan muuttaneet eivät ole seksuaaliselta suuntautuneisuudeltaan heteroseksuaaleja eivätkä kaikki halua elää parisuhteessa. Pohjoismainen yhdenvertaisuusperustainen suhtautuminen homoseksuaalisuuteen tai sukupuolivähemmistöihin on useimmille maahanmuuttajille ja useimmille maailman ihmisille kuitenkin vieras. Keski-ikäisestä poikkeavaa seksuaalisuutta harjoittava tai sellaisen identiteetin omaava maahanmuuttaja joutuu elämään kaksinkertaisessa vähemmistössä. Suomalainen yhteiskunta voi sallivuudessaan olla kuitenkin vapauttava. Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa tulisi ottaa huomioon myös heteronormista poikkeavan seksuaalisuuden ja sukupuoli-identiteettien mahdollisuus myös maahanmuuttajataustaisten parissa. Terveystieteiden näkökulmasta nämä seikat vaikuttavat ainakin seksitaudeilta suojautumiseen ja seksuaalitiedon jakamiseen kouluissa. Useimmille vähemmistöryhmille tällainen tieto on kuitenkin vielä torjuttumpaa kuin muu seksuaalivalistus.

## 6. Erityiskysymyksiä

### 6.1. Seksitaudit ja niiden ehkäisy

Joillakin maahanmuuttajaryhmillä on kantaväestöä suurempi todennäköisyys olla sukupuolitauti-infektioiden, kuten muidenkin infektioiden, kantajia (Semenza & Giesecke 2008; Rademakers et al. 2005; Kyriakis et al 2003; Mossong et al 2006). Taudit voivat olla lähtöisin vanhasta kotimaasta tai asuinmaassa saatuja. Suomesta tästä ei ole tietoa. Espanjassa tehdyn tutkimuksen mukaan maahanmuuttajilla on enemmän syfilistä ja hepatiitti B:tä kuin kantaväestöllä. HIV-positiivisuus ei kuitenkaan poikennut muusta espanjalaisesta väestöstä (Vall et al. 2003). Lazarus et al. (2006) havaitsivat, että Tanskaan muuttaneiden somalialaisten ja sudanilaisten tiedot seksitaudeista ja erityisesti HIV/Aidsista olivat tavanomaista puutteellisempia ja virheellisempiä. Näiden ryhmien miehet myös suhtautuivat tanskalaistutkimuksen mukaan kielteisesti kondomin käyttöön. Hollannissa maahanmuuttajataustaisilla nuorilla näyttäisi olevan keskimääräistä enemmän klamydiaa ja siten tarvetta seksitautien hoitoon ja ehkäisyyn (Haks et al 2004). Toisessa hollantilaistutkimuksessa havaittiin, että maahanmuuttajamiehet käyttivät useammin kondomia ollessaan sukupuolisuhteessa paikallisen naisen kanssa kuin ollessaan seksisuhteessa oman ryhmänsä naisen kanssa (Gras et al 2001). Ehkäisy tiedon ja asenteiden tutkiminen kyselyillä on varsin vaikeaa. Kysymyksiin rakentuu sisään vahvoja oletuksia seksuaalielämästä, joita erilaisista kulttuuri- ja uskontotaustoista tulevat henkilöt eivät kuitenkaan välttämättä jaa. Esimerkiksi kielteinen vastaus kondomin käyttöön voi johtua siitä, että vastaaja liittyy sen vain avioliiton ulkopuolisiin, moraalittomina pidettyihin seksisuhteisiin eikä siksi halua sanoa siitä mitään myönteistä.

Oma haasteensa on tavoittaa ne maahan muuttavat henkilöt, jotka tulevat korkean HIV-positiivisuuden alueilta, jotta mahdolliset tartunnan saaneet pääsevät hoidon piiriin ja voidaan estää viruksen leviäminen eteenpäin kondomin käyttöön kannustamalla. Britanniassa vuosikymmenen alussa yli 20 prosenttia maan HIV-positiivisista oli todennäköisesti saanut tartuntansa Afrikasta ja heistä 90 prosenttia heteroseksuaalisessa kanssakäymisessä (Sinka et al. 2003). Seksitaudeilta suojautumisen ja niiden hoitojen suhteen maahanmuuttajat ovat erityisryhmä, jonka aiemmat tiedot seksuaaliterveydestä ovat yleensä heikkoja ja jolla voi olla estoja tunnistaa olevansa alttiita taudeille. Suomessa ei ole tehty kattavaa selvitystä maahanmuuttajien seksitaudeista tai suhtautumisesta kondomin käyttöön. Seksitaudit ja niiden ehkäisy koskevat myös väliaikaisesti Suomessa oleskelevia kuten vaihto-opiskelijoita ja lähetettyjä työntekijöitä.

## **6.2. Raskaudenehkäisy ja abortit**

Suomessa ehkäisyn käyttö ja perhesuunnittelu nojaavat palveluiden saatavuuteen ja ihmisillä olevaan tietoon ehkäisymenetelmistä. Täällä tavanomaisina pidetyt ehkäisykeinot eivät kuitenkaan itsestään selvästi saa kaikkien maahanmuuttajien hyväksyntää. Eri maissa on omat tapansa ehkäistä. Esimerkiksi Intiassa yleisin ehkäisykeino on naisten sterilisaatio (Säävälä 2001). Monissa maissa käytetään hormoniruiskeita (esimerkiksi Depo-Provera), joita ei ole laajassa käytössä Suomessa. Toisaalla ei ole juuri moderneja ehkäisykeinoja saatavilla, kuten sisällissodan riivaamassa Somaliassa, joten tehokas raskaudenehkäisy voi olla naisille ja miehille uusia ajatus (Degni 2004). Miesten ja naisten välillä voi olla suuriakin eroja lastenhankkimistavoitteissa tai suhtautumisessa ehkäisyyn. Esimerkiksi Malista kotoisin olevia ranskalaispareja tutkineet Sargent & Cordell (2003) havaitsivat miesten pyrkivän suurempaan lapsilukuun ja pitävän ehkäisyä moraalittomana, mutta naiset suhtautuivat ehkäisyyn myönteisemmin. Sargentin (2006) tutkimuksessa jopa 40 prosenttia malilaista alkuperää olevista naisista, joiden puoliso vastusti ehkäisyä, käytti siitä huolimatta ehkäisyä.

Venäjällä, Baltiassa ja monissa muissa entisissä sosialistimaissa abortit ovat hyvin yleisiä, eikä abortteja nähdä sinänsä kovin ongelmallisina (Rotkirch 2007). Suomalaisessa ajattelussa abortteja kuitenkin yritetään välttää ja ehkäistä raskaudet ennalta. Moni Venäjällä kasvanut nainen on omaksunut sikäläisen vieroksuvan suhtautumisen hormonaalisiin ehkäisykeinoihin eikä halua mielellään käyttää niitä. Ruotsiin Jugoslaviasta muuttaneet naiset pitivät 1980-luvulla abortteja parhaana ehkäisykeinona, koska raskauden pelko on keino väistää miehen seksuaalisia vaatimuksia patriarkaalisissa parisuhteissa, joissa nainen muutoin joutuisi suostumaan seksiin vastoin tahtoaan. He myös kokivat raskauden todisteena hedelmällisyydestään ja siten hyvänä merkinä, vaikka sikiö abortoitaisiinkin (Morokvasic 1981). **Suhtautumisessa abortteihin ja ehkäisymenetelmiin on suuria kulttuurisia eroja: moraaliset ja terveyteen liittyvät tulkinnat vaihtelevat.**

Maahanmuuttajanaisille tehdään vähemmän abortteja kuin suomalaisnaisille keskimäärin. Virolaisten, kiinalaisten, venäläisten, thaimaalaisten, filippiiniläisten ja afrikkalaisten (poislukien somalialaiset ja pohjoisafrikkalaiset) naisten parissa ne ovat kuitenkin yleisempiä. Erityisesti muualta kuin Somaliasta Saharan eteläpuolisesta Afrikasta peräisin olevien naisten aborttitilanne näyttää huolestuttavalta ja viittaa täyttymättömään ehkäisyn tarpeeseen. On huomionarvoista, että yli puolet aborttiin päätyneistä maahanmuuttotautaisista naisista ei käyttänyt mitään ehkäisyä ennen keskeytettyä raskautta (kun taas kolmasosa suomalaisista ei käyttänyt). (Malin & Gissler 2008). Koska aborttien käyttöä ehkäisykeinona ei Suomessa pidetä lääketieteellisten syiden vuoksi toivottavana, tarvitaan panostusta ehkäisyneuvontaan erityisesti aborttiin päätyneiden maahanmuuttajanaisten parissa.

## **6.3. Lapsettomuus**

Raskaaksi tulemisen vaikeus on kaikille naisille ja pareille tuskallinen tilanne. Jos maahanmuuttajat tulevat perhekeskeisestä yhteiskunnasta, heille lapsettomuus on vielä totaalisempi taakka kuin suomalaisille pareille, koska siihen liittyy sosiaalinen epäonnistumisen leima keskeisemmin kuin suomalaisessa, individualistisemmassa yhteiskunnassa. Jos naisten keskeisin arvo on heidän

synnyttämässään lapsissa, lapsettomuusongelmiin voidaan haluta hoitoa paljon nuorempana ja nopeammin kuin julkinen terveydenhoitojärjestelmä sallii. Koska lapsettomuushoidot perustuvat monimutkaiseen teknologiaan ja biologiseen tietoon, lisääntymiseen liittyvien tietojen puutteet ja kieliongelmat voivat vaikeuttaa hoidon onnistumista erityisesti maahanmuuttajien ollessa kyseessä. Maahanmuuttajamiesten voi olla lisäksi vaikea ymmärtää, että lapsettomuus voi johtua myös miehestä.

#### **6.4. Raskaus ja synnyttäminen**

Malin & Gissler (2009) havaitsivat, että afrikkalaista alkuperää olevien naisten vastasyntyneiden ensimmäisten elinviikkojen kuolleisuus oli merkittävästi korkeampi kuin muissa maahanmuuttajaryhmissä tai kantasuomalaisen parissa. Alipainoisena syntymisen riski oli tilastollisesti merkittävästi muita suurempi Itä-Euroopasta, Lähi-idästä, Pohjois-Afrikasta ja Somaliasta kotoisin olevilla synnyttäjillä. Somaliasta ja muualta Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta, Latinalaisesta Amerikasta ja Karibialta kotoisin oleville ensisynnyttäjille tehtiin myös muita yleisemmin keisarileikkauksia. On epäselvää mistä johtuvat nämä erot vastasyntyneiden terveydessä ja keisarileikkauksien yleisyydessä: ovatko palvelut kykenemättömiä vastaamaan naisten tarpeisiin? Naiset olivat käyttäneet neuvolapalveluita yhtä ahkerasti kuin etninen enemmistökin. Neuvoloiden kyvyssä havaita maahanmuuttajien lisääntymisterveysongelmia tai viestiä niistä on mahdollisesti parannettavaa. **Ahkerä neuvolassa käynti mahdollistaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden kohenemisen, mutta pelkkä asiakkuus ei riitä ilman maahanmuuttajien erityistilanteen huomioimista ja kulttuurien välisiä kommunikointitaitoja** (ks. Sainola-Rodrigues 2009).

Oman ongelmansa aiheuttaa neuvoloiden taipumus siirtää epäselviksi koetut maahanmuuttajien tapaukset herkästi erikoissairaanhoidon asiakkaiksi: jos ongelmasta ei saada selvää kommunikaatiovaikeuksien vuoksi, asiakas lähetetään eteenpäin. Turha erikoissairaanhoidon rasittaminen saataisiin pois, jos neuvolahenkilökunnan valmiuksia kohdata erilaisia asiakkaita parannettaisiin sekä saataisiin tulkkereita ja tarpeeksi aikaa asioiden selvittämiseen. Täten maahanmuuttajien tarpeiden huomioiminen perusterveydenhuollon tasolla säästäisi kuntien kustannuksia sekä vähentäisi asiakkaan huolta.

Raskauden aikaiseen hyvinvointiin ja käyttäytymiseen liittyy kaikkialla paljon kulttuurisia uskomuksia ja käytäntöjä. Osa näistä tavoista olisi hyödyllisiä myös suomalaisten omaksua; osa taas voi olla biolääketieteen tietämyksen näkökulmasta merkityksettömiä tai jopa haitallisia sikiölle tai äidille. Esimerkiksi Etelä-Aasiassa naiset rajoittavat voimakkaasti syömänsä ruoan määrää raskauden viimeisellä kolmanneksella, jotta sikiö ei kasvaisi liikaa ja vaikeuttaisi synnytystä. Sieltä kotoisin olevat naiset välttävät raskaana yleensä kaikkea liikuntaa jos mahdollista, mikä turhaan heikentää naisen fyysistä kuntoa ja valmistautumista synnytykseen. (Säävälä 2001.)

Äitiyskuolemat ovat läntisissä maissa maahanmuuttajilla valtaväestöä yleisempiä. Ranskassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että Saharan eteläpuolisesta Afrikasta kotoisin olevilla naisilla oli Ranskassa syntyneisiin verrattuna kaksinkertainen riski synnytyksen jälkeiseen kuolemaan ja kuolemat liittyivät

yleensä korkea verenpaineeseen ja raskausmyrkytykseen (Philibert et al 2008). Suomessa äitiyskuolemat ovat niin satunnaisia ja maahanmuuttajia niin vähän, ettei tällaisia eroja voida havaita. Ranskalaistutkimus kuitenkin herkistää huomaamaan, että maahanmuuttajilla voi olla huomiota vaativia riskejä raskausiin liittyen, myös riippumatta kulttuuritaustan mukanaan tuomista erilaisista tavoista ja käytännöistä. Ruotsissa tehdyssä laadullisessa selvityksessä todettiin, että somalialaisten parista löytyi kuolemantapauksia, jotka olivat todennäköisesti äitiyskuolemia, mutta joita ei ollut rekisteröity tällä kuolinsyillä (Elebro et al 2007).

Äitiysneuvoissa pitäisi kuunnella millaisia näkemyksiä naisilla on raskaudenaikaisesta terveydestä, jotta voitaisiin dialogisesti keskustella hyvistä ravinto- ja muista käytännöistä ja havaita mahdollisesti haitalliset käytännöt. Samalla suomalainen järjestelmä voisi oppia muiden maiden käytännöistä.

## **6.5. Imetys**

Imetykseen suhtaudutaan hyvin eri tavoin eri yhteiskuntakerroksissa. Kehitysmaiden parempiosaiset, joita monet maastamuuttajat ovat, kokevat imettämisen alempien yhteiskuntaluokkien tavaksi. Monissa lähtömaissa imettämistä on ylipäättään tullut harvinaista tai lyhyttä. Siten imettämiseen kannustaminen ja sen tukeminen olisi erityisen tärkeää maahanmuuttajien parissa. Asennoitumisesta riippumatta muutto Suomeen voi tuoda naisille epävarmuutta siitä, onko imettäminen soveliaista tai toivottavaa, koska Suomessa he näkevät avointa imettämistä julkisilla paikoilla paljon harvemmin kuin esimerkiksi useimmissa kehitysmaissa.

Musliminaisten voi olla vaikea imettää julkisissa paikoissa häveliäisyysistä, koska paljaan ihon näyttämistä tulisi välttää. Yhteisöstä puuttuvat usein omat äidit ja isoäidit, jotka voisivat ohjata imettämiseen. Lisäksi naisilla voi olla epävarmuutta siitä, riittääkö rintamaito todella pienelle vauvalle aivan kuten kantasuomalaisillakin naisilla. Sosiaalisten verkostojen haurauden vuoksi äidit saattavat kokea itsensä stressatuiksi arjen keskellä, mahdollisesti monen pienen lapsen kanssa. He voivat pitää helpompina antaa maitoa pullosta kuin imettää. Imettämiseen liittyvät haasteet ovat pitkälti samoja kuin kantasuomalaisellakin synnyttäneellä, mutta niitä voi pahentaa se, ettei terveydenhoitohenkilöstö välttämättä ymmärrä naisen viestejä ja tuen tarvetta tai tuntee vaikeaksi löytää soveliaista tapaa tukea erilaisesta taustasta tulevaa naista. (Ks. Aittokoski, Huitti-Malka & Salokoski 2009.)

## **6.6. Tyttöjen ympärileikkaus**

Jotkin kulttuuriset käytännöt, kuten naisten tai miesten ympärileikkaus, tuovat omia tarpeitaan seksuaaliterveyden suhteen näitä tapoja harjoittavien ryhmien osalta. Naisten ympärileikkaus lapselle toteutettuna katsotaan alaikäisen pahoinpitelyksi, joten se on paitsi terveys- myös lastensuojelukysymys. Suomessa on toteutettu muutamia tyttöjen ympärileikkausten vastaisia hankkeita, esimerkiksi Ihmisoikeusliiton, Vantaan Nicehearts ry:n sekä Africarewo ry:n toimesta. Näistä laaja-alaisin on Ihmisoikeusliiton KokoNainen-hanke. KokoNaisessa, kuten myös muissa Suomessa toteutuneissa tyttöjen ympärileikkausten vastaisissa hankkeissa, keskeisenä kohderyhmänä ovat olleet somalialaiset. Ihmisoikeusliitto on julkaissut mm. tyttöjen ympärileikkaukseen liittyvän

suosituksen (Tiilikainen 2004) sekä muuta materiaalia ([www.ihmisoikeusliitto.fi/kokonainen](http://www.ihmisoikeusliitto.fi/kokonainen)). Mulki Mölsän tekemän tutkimuksen (2004) mukaan afrikkalaisten maahanmuuttajien asenteet tyttöjen ympärileikkauksen suhteen ovat muuttumassa, mutta ympärileikattuja naisia on kuitenkin yhä paljon terveydenhuollon asiakkaissa. Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Litorp et al 2008) havaittiin, että ympärileikatut naiset eivät itse välttämättä ole selvillä heille tehdyn operaation laajuudesta. Samantyyppisiä kokemuksia esitettiin myös Väestöliiton järjestämässä kuulemistilaisuudessa. Ruotsiin asettuneet maahanmuuttajanaiset kertoivat ympärileikkauksen vaikeuttavan seksuaalielämää ja synnyttämistä. Berggrenin et al (2006; Britanniassa ks. Davies & Bath 2001; Suomessa ks. Tiilikainen 2003) tutkimuksessa Ruotsiin muuttaneet ympärileikatut naiset kokivat itsensä haavoittuviksi terveydenhoidon palveluissa. Heidän palveluissaan olisi siis tarvetta erityiseen hienotunteisuuteen ja yksilöllisyyteen. Myös Norjassa on huomattu ympärileikattujen naisten tarvitsevan erityistä huomiota synnytyksessä, jotta ei tehdä tarpeettomia keisarileikkauksia vain varmuuden vuoksi (Vangen et al 2006). **Tyttöjen ympärileikkaus on paitsi ihmisoikeuskysymys, myös vakava seksuaali- ja lisääntymisterveyttä heikentävä käytäntö, jota vastaan on toimittava aktiivisesti yhteistyössä maahanmuuttajayhteisöjen kanssa.**

Neitsyydenpalautusleikkaukset voivat tulla seksuaaliterveyden asialistalle maahanmuuttajaväestön kasvun seurauksena. Terveydenhuoltojärjestelmä joutune jossain vaiheessa ottamaan kantaa siihen, voidaanko neitsyyttä ehdottomana vaatimuksena pitävän kulttuuritaustan naiselle tehdä tällainen leikkaus julkisin varoin esimerkiksi raiskaustapauksessa. Rajanveto julkisesti kustannettavien ja yksityisesti toteutettavien seksuaaliterveyteen liittyvien toimenpiteiden välillä vaatii periaatteiden selkiyttämistä niin poikien ympärileikkauksen kuin mahdollisten neitsyydenpalautusleikkausten suhteen.

### **6.7. Miehet ja poikien ympärileikkaus**

Seksuaali- ja lisääntymisterveys ei liity vain naisten terveyteen, vaikka usein on kyse siitä, mitä naisen kehossa tapahtuu. Erityisesti miesten valta-asemaa oikeutettuna pitävissä yhteistöissä seksuaaliterveys liittyy kiinteästi miesten ja naisten, vanhempien ja lasten välisiin valtasuhteisiin, eivätkä naiset tee ratkaisuja yksin, vaan osana sukua ja perhettä. **Miesten mukaan saaminen seksuaaliterveydestä huolehtimiseen, ehkäisyyn ja raskausaikaan on tärkeää kaikissa kansalaisryhmissä.** Ny et al (2008) ovat toteuttaneet yhden harvoista maahanmuuttajamiehiä ja seksuaaliterveyttä koskevista tutkimuksista Ruotsissa. He havaitsivat haastattelututkimuksessaan, että Lähi-idästä kotoisin olevat miehet olivat halukkaita osallistumaan vaimojensa kanssa perhevalmennukseen ja neuvolakäynteihin, kunhan he kokivat tulevansa hyväksytyiksi. Heillä oli keskeinen rooli usein ruotsinkielitä taitamattomien vaimojensa apuna seksuaaliterveysasioissa.

Miesten kokemat estot seksuaaliterveysasioista puheeksi ottamisessa ja hoitoon hakeutumisessa ovat moninkertaisia vieraskielisille ja usein miesvaltaisista ja maskuliinisuutta korostavista kulttuuritaustoista tuleville miehille. Muuttoon liittyvä sopeutumisprosessi johti Ahmadin (2003) mukaan Ruotsiin muuttaneita iranilaisia kohti individualistisempaa suhtautumista seksuaalisuuteen. Kulttuurisia ja uskonnollisia normeja ei pidä lähestyä muuttumattomina ja joustamattomina totuuksina,

vaan ne huomioiden on pyrittävä tuomaan ihmisten saataville heidän terveyttään edistävää tietoa ja palveluita. Poikien ympärileikkaukseen liittyvät asenteet ovat hyvin moninaisia. Maahanmuuttajajärjestöjen taholta esitettiin toivomus, että poikien ympärileikkaus voitaisiin Suomessa tehdä julkisessa terveydenhuollossa, kuten STM:n asiaa pohtinut työryhmä esitti vuonna 2004, tai ainakin järjestäytyneemmässä muodossa kuin nyt. Useissa maahanmuuttajien lähtömaissa WHO kampanjoi aktiivisesti poikien ympärileikkauksen puolesta keinona vähentää HIV:n tartuntojen yleisyyttä (WHO 2009).

## **6.8. Yhteenveto**

Seksuaaliterveyden indikaattoreina on käytetty esimerkiksi teiniraskauksien määrää, aborttien määrää eri ikäisillä, ehkäisyn käyttöä, äitiys- ja imeväiskuolleisuutta, sukupuolitautilien ja muiden sukuelinten sairauksien esiintyvyyttä, seksuaalisen ja sukupuoleen sidotun väkivallan yleisyyttä sekä koettua tyytyväisyyttä, oireiden puuttumista ja hyvinvointia. Joistakin muuttujista löytyy tarkkoja tietoja, toisista vain summittaisia arviointeja.

Maahanmuuttajat saavat lapsia suomalaista kantaväestöä enemmän ja nuorempina, joten heillä on oletettavasti myös teiniraskauksia suhteessa enemmän (tästä on näyttöä muista maista). Koska toivottujen ja ei-toivottujen teiniraskauksien osuudesta ei ole tietoa, niiden kokonaismäärää ei voida suoraan pitää merkinä seksuaali- ja lisääntymisterveyden heikosta tilanteesta etnisten vähemmistöjen parissa. Lasten synnyttämällä nuorena aikuisena on myös seksuaaliterveyttä edistäviä vaikutuksia verrattuna lapsenteon yleiseen myöhentymiseen. Aborttien yleisyydessä on suuria vaihteluita eri maahanmuuttajaryhmien välillä. Ehkäisyn käytöstä ei ole kattavaa tietoa. Äitiyskuolleisuutta on mahdotonta tarkkaan arvioida, koska maahanmuuttajien määrä maassa on niin pieni ja kuolemat niin harvinaisia Suomessa. Vastasyntyneiden kuolleisuus ja alipainoisuus näyttää olevan joillakin maahanmuuttajayhteisöillä suurempaa kuin kantaväestöllä. Sukupuolitautilien ja muiden sukuelinten sairauksien yleisyydestä ei ole tietoa, mutta itäisestä, keskisestä ja läntisestä Afrikasta kotoisin olevien naisten keskuudessa ympärileikkaukset ovat yleisesti naisten terveyttä heikentävä tekijä. Seksuaalisen ja sukupuoleen sidotun väkivallan yleisyydestä maahanmuuttajien parissa on epäsuoria viitteitä turvakotien asiakkuuksien ja poliisin tietoon tulleiden rikosilmoitusten kautta. Suomeen muuttaneiden koetusta tyytyväisyydestä, oireista ja hyvinvoinnista seksuaaliterveyden suhteen ei ole toistaiseksi tietoa.

Maahanmuuttajia käsittelevän tutkimuksen perusteella keskeisimpiä kysymyksiä ulkomailta tulleiden ja maahanmuuttajataustaisten henkilöiden seksuaaliterveydessä ovat toisaalta muuton aiheuttamien kommunikaatio- ja kulttuurierojen aikaansaamat haasteet, toisaalta maahanmuuttajataustaisten nuorten vähemmistöasemaan ja monikulttuurisuuteen liittyvät haasteet. Ulkomaalaistaustaisia ihmisiä ei ole syytä kategorisoida ensi sijassa etnisen, uskonnollisen tai kansalaisuuteen perustuvan ryhmän mukaisesti seksuaaliterveyspalveluiden käyttäjinä. Kussakin etnisessä ryhmässä on laajaa muun muassa sosiaaliseen, taloudelliseen ja koulutukselliseen taustaan liittyvää hajontaa. Pelkkä etnisyyteen, kansalaisuuteen tai uskontoon tuijottaminen voi johtaa palveluntarjonnassa potilaan tarpeiden väärintulkintaan (Sainola-Rodrigues 2009). Palveluntarjonnassa keskeistä ei ole asiakkaiden etninen

kategorisointi ja kulttuureihin liittyvien piirteiden tiedollinen hallinta vaan muuttoprosessin vaikutusten ymmärtäminen sekä dialogisen, kulttuurisensitiivisen ja yksilöllisen vuorovaikutuksen kompetenssin edistäminen niin tietojen, taitojen, asenteiden kuin toimintamallien kehittämisen kautta.

**Vieraaseen maahan muuttaneille erityisen tärkeää olisi saada ymmärrettävää ja asianmukaista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää neuvontaa.** Äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa pitäisi kehittää vieraskielisten ja eri kulttuuritaustasta tulevien tavoittamiseksi ja palvelemiseksi. Myös monikulttuurista parisuhde- ja seksuaalineuvontaa luomalla ja vahvistamalla voidaan ehkäistä monia seksuaaliterveyden ongelmia niin pariskuntien kuin heidän lastensakin osalta. Maahanmuuttajataustaisille tytöille ja pojille tulisi kouluissa turvata asianmukainen ja sensitiivinen seksuaalikasvatus, jonka avulla heidän fyysinen ja psyykinen omanarvontuntonsa voi vahvistua.

## 7. Maahanmuuttajien seksuaaliterveyspalvelut Suomessa

Laki yhdenvertaisuudesta (20.1.2004/21, 4 §) velvoittaa kunnat järjestämään kaikille Suomessa asuville yhdenmukaiset terveyspalvelut. Ketään ei myöskään saa syrjiä etnisen tai kansallisen alkuperän, kielen, uskonnon, kansalaisuuden tai vakaumuksen perusteella (20.1.2004/21, 6 §). Kansanterveyslaki (25.11.2005/928, 1 §) velvoittaa kuntia järjestämään terveyspalvelut kunnan asukkaille. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) säätää potilaan oikeudesta hyvään terveyteen ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun, itsemääräämiseen ja tiedon saamiseen. (Finlex 2009)

Kaikissa kulttuureissa hoitohenkilökunnalla, niin lääkäreillä kuin hoitajillakin, on erityisoikeus lähestyä potilastaan intiimeissä asioissa. Eettisiin lähtökohtiin kuuluu, että kaikkia tulee kohdella tasavertaisesti ja kunnioittavasti. Toisesta kulttuurista tulevaa saatetaan kuitenkin kohdella tahattomasti loukkaavasti tai nöyryyttävästi, jolloin menetetään mahdollisuus hyvään ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen. Hienotunteinen ja kulttuurisensitiivinen kohtaaminen kommunikaatiovaikeuksista huolimatta on tärkeä osa hoitomyönteisen suhteen rakentamista ja potilaan itsetunnon tukemista. (Brusila 2008: 9.)

Koskimiehen ja Mutikaisen (2008) läpikäymien opinnäytteiden perusteella terveydenhoitohenkilökunnan toimintamalleissa ja sensitiivisyydessä on parantamisen varaa. Ahonen (2004, 30-32) on todennut tutkimuksessaan, että suomalainen hoitohenkilökunta kokee maahanmuuttajien hoitamisen monella tavoin ongelmalliseksi. Ongelmia on kielen ja kommunikaation kanssa sekä molemminpuolisen huonon kulttuurituntemuksen kanssa. Hoitajat kokivat ongelmallisiksi maahanmuuttajien aikakäsityksen, hoitomääräysten noudattamatta jättämisen, kielivaikeudet, tulkin käytön vaikeudet ja henkilökunnan oman tiedonpuutteen vieraista kielistä ja kulttuureista.

Kun eri kulttuureiden edustajat kohtaavat, mukana on paitsi kunkin kulttuurisesti opitut arvot ja uskomukset, myös elämänhistoriat ja persoonat. Jokainen kohtaaminen on siksi ainutlaatuinen eikä se koskaan voi olla täysin objektiivinen. Jokainen kohtaaminen välittää tietoa ja vaikutelmia. Jos jokin välittymisessä ei toimi, voi seurauksena olla väärinkäsityksiä tai loukkaantumisia. Myös sanattomat viestit voivat loukata. (Hallenberg 2008: 75.) Seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset ovat kaikkein intiimeimpiä ja henkilökohtaisimpia, joten sanattomat viestit ovat tällä terveyden osa-alueella vieläkin merkityksellisempiä kuin muutoin terveydenhoidossa.

Yksi tilannetta helpottava tekijä olisi yhä suurempi maahanmuuttajataustaisen terveydenhuoltohenkilökunnan määrä terveydenhuollon piirissä. On oletettavissa, että omassa elämässään kulttuurisen erilaisuuden merkityksen tiedostava työntekijä pystyisi herkistymään maahanmuuttajan seksuaaliterveyden kysymyksiin ja myös opastamaan kantasuomalaista henkilökuntaa näissä kysymyksissä toimimalla kulttuuritulkkinä erityisesti oman yhteisönsä potilaita koskevissa vaikeissa vuorovaikutustilanteissa. Toistaiseksi ulkomailla syntyneitä henkilöitä toimii terveydenhuollon piirissä vähän, vaikka lääkärien osuus erityisesti pääkaupunkiseudulla ja Itä-Suomessa on kasvanut viime vuosina voimakkaasti. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2001 maahanmuuttajista 0,9% työskenteli terveydenhuollossa ja 1,4 % sosiaalipalveluissa.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen mukaan Suomessa oli vuonna 2005 yhteensä 2355 ulkomailla tutkinnon suorittanutta terveydenhuollon ammattilaista, joista 1358 oli ulkomaan kansalaista. Suurin osa heistä oli lääkäreitä ja hammaslääkäreitä. (Markkanen 2005: 20-21.) Ulkomaalaistaustaisia sairaanhoitajia saattaa työskennellä lähihoitajina, koska he eivät ole saaneet pätevyystutkintaa Suomessa. Tällä tavoin hävitään ammattitaitoa. Ulkomaalaisen henkilökunnan, erityisesti lääkäreiden, osalta on huomioitava seksuaaliterveyskysymysten täydennyskoulutuksen tarve.

### ***7.1. Käytettävissä olevat palvelut ja niiden arviointi***

Kun panostetaan nuorten seksuaaliterveyteen kehittämällä seksuaalikasvatusta ja seksuaaliterveyspalveluja, nuorten seksuaaliterveys paranee. Jokaisella nuorella on oikeus riittävään ja asialliseen tietoon seksuaalikäyttäytymiseen liittyvistä riskeistä, terveeseen malliin seksuaalisuuden normeista, tunteiden ja kasvun voimavaroista sekä oikeus suojattuun kehitykseen. Seksuaalitiedon saatavuus on tärkeää myös aikuisille maahanmuuttajille, jotka eivät ole saaneet perustietoja aiheesta omassa maassaan,

Kunnallisen sektorin seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelut ovat avoimia jokaiselle, myös maahanmuuttajataustaiselle. Näitä palveluita ovat esimerkiksi raskaudenkeskeytysten, ehkäisyn, gynekologisten- ja hormonaalisten ongelmien hoitaminen sekä lapsettomuus selvittelyt ja -hoidot. Yksityinen puoli ja kolmas sektori tarjoavat myös seksuaaliterveyspalveluja (taulukko).

<b>Seksuaaliterveyspalveluiden tuottajat sektoreittain</b>			
	<u>Julkinen</u>	<u>Yksityinen</u>	<u>Kolmas</u>
<b>seksuaalikasvatus</b>	+++	-	+
<b>ehkäisy</b>	++	++	+
<b>hedelmättömyys</b>	++	++	++
<b>adoptio</b>	+	-	+
<b>keskenmenot</b>	+++	+	+
<b>keskeytykset</b>	+++	+	-
<b>perinnöllisyysneuvonta</b>	+++	-	+
<b>raskauksien hoito</b>	+++	+	+
<b>synnytys</b>	+++	+	-
<b>vaihdevuodet</b>	++	++	+
<b>gyn. seulonnat</b>	++	+	++
<b>sukupuolitaudit</b>	++	++	+

#### **Seksuaaliterveyspalvelut puntarissa, Stakes 32/998**

Seksuaaliterveys tulisi kuulua luontevana osana yleistä terveyden edistämistoimintaa (neuvola, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, armeija, työterveydenhuolto, ikääntyvien terveystarkastukset). Sairauksien ja niiden hoitojen vaikutus seksuaalisuuteen tulisi ottaa huomioon itsestään selvänä osana sairaanhoitoa sekä potilaan että hänen kumppaninsa osalta. Myös julkisessa terveydenhuollossa tulisi tarjota seksuaalineuvontaa ja seksuaaliterapiaa.

Seksuaalikasvatus ei tarkoita seksin opettamista. Seksuaalikasvatus on tärkeä ja erottamaton osa kasvatustyötä sekä luonnollinen osa elämönhallinnan taitojen lisäämistä. Sen tavoitteena on asenteiden, tietojen, taitojen, sukupuolten ja yksilöiden välisen tasa-arvon sekä seksuaaliterveyden lisääminen. Seksuaalikasvatus on ihmisen kehityksen tukemista hänen seksuaalisessa kasvussaan.

Seksuaalikasvatus kouluissa on tapahtunut vuodesta 2006 terveystiedon oppiaineen puitteissa. Terveystiedon kurssien hyväksytyt suorittaminen on yhtä pakollista kuin minkä tahansa muun oppiaineen. Seksuaalikasvatuksen tavoitteena on lisätä lapsen ja nuoren ymmärrystä itsessä tapahtuvissa muutoksissa kasvun ja kehityksen myötä, tukea nuoren ihmissuhdetaitoja, seksuaalidentiteetin rakentumista, tunteiden hallintaa sekä itsetuntoa.

Tässä kasvatustyössä tulee ottaa huomioon lapsen ja nuoren iän ja kehitystason lisäksi sukupuoli sekä hänen uskonnolliset ja kulttuuriset lähtökohdansa, jolloin seksuaalikasvatus antaa parhaiten eväitä yksilöllisiin kehitysvaiheisiin. Itsetunnon perustaa rakennetaan pienestä pitäen ja se onkin kaiken hyvinvoinnin perusta. Kun ihminen tuntee olevansa arvokas, tärkeä ja tarpeellinen, hän haluaa myös suojata itseään. Oikean tiedon ja hyvän itsetunnon avulla voidaan myös parhaiten ennalta ehkäistä monenlaista riskikäyttäytymistä. Nykyisiä haasteita koulujen seksuaalikasvatuksessa ovat seksuaalisen monimuotoisuuden, sukupuolisensitiivisyyden ja monikulttuurisuuden huomioiminen. Lisäksi tämän päivän haasteina ovat median, erityisesti pornon, tuottamat vääristyneet mielikuvat ja tavoitteet liittyen muun muassa kehoon, ihmissuhteisiin ja seksiin.

Ehkäisyneuvolasta voi saada palvelua raskaudenehkäisyyn ja seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa sekä seksuaalineuvontaa. Siellä työskentelevillä on erityisosaamista näissä asioissa. Kaikissa kunnissa tällaista palvelua ei kuitenkaan ole. Järjestöissä ja maahanmuuttajayksiköissä ohjataan tarvittavien palveluiden ääreen, jos ei omia palveluita ole tarjolla.

## **7.2. Tarpeet**

**STM:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007-2011** toteaa esimerkiksi:

- 1 Maahanmuuttajien ja pakolaisten kulttuuritaustan erityistarpeet (kuten tulkkauksen tarve) huomioidaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvässä neuvonnassa.
- 2 Monikulttuurisuuden vuoksi palvelujärjestelmässä tarvitaan ammattitaitoisia tulkkauksen- ja käännöspalveluita, joihin laki potilaan asemasta ja oikeudesta velvoittaa. Suurissa kaupungeissa on laadittu maahanmuuttajille materiaaleja heidän äidinkielellään.

**Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006** kiinnittää huomiota ammattilaisten koulutukseen. Ammatillaiset tarvitsevat asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta, monikulttuurista osaamista ja mahdollisuutta oman työnsä kehittämiseen sekä tietoa erityisryhmien erityistarpeista ja -tilanteista, kuten

- kulttuurivähemmistöjen uskonnoista, tavoista ja tarpeista.
- naisten sukupuolielinten silpomiseen liittyvistä tavoista, riskeistä ja suomalaisesta lainsäädännöstä; miten kohdata ympärileikkausta harjoittavassa yhteisössä varttunut maahanmuuttaja ja miten neuvoa häntä.
- väkivaltaa kohdanneiden ihmisten kohtaamisesta.
- maahanmuuttajien seksuaaliterveystiedon tasosta, laadusta ja seksuaaliterveyteen liittyvistä uskomuksista, tabuista ja tavoista.

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma toteaa edelleen, että maahanmuuttajille tulisi tarjota kulttuurisensitiivistä ja omankielistä seksuaaliterveysneuvontaa seksuaaliterveydestä ja –oikeuksista vastaanottokeskuksissa, peruskoulussa ja muissa oppilaitoksissa sekä osana kotouttamistoimintaa.

- 1 Julkisen sektorin palveluissa pitäisi huomioida maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen liittyviä erityistarpeita.
- 2 Maahanmuuttajille suunnatussa materiaalissa tulisi erityisesti huomioida mahdollinen perustiedon puute sekä aikuisten että nuorten keskuudessa.
- 3 Maahanmuuttajanuorten tulee saada sama informaatio kuin muidenkin, kuitenkin siten, että heidän kieleensä ja käsitteisiinsä liittyvät ongelmat ja mahdollisesti vähäisempi perustiedontaso otetaan huomioon. Heille pitäisi myös antaa mahdollisuus keskustella miten löytää ratkaisuja mahdolliseen vanhempien ja valtakulttuurin normien väliseen ristiriitaan esimerkiksi esiaviollisista suhteista.

### 7.2.1. Kyselyissä, haastatteluissa ja kuulemistilaisuudessa esiin nostettuja kysymyksiä<sup>5</sup>

Väestöliitto lähetti tammikuun 2009 aikana sähköpostitse kyselyn 21 maahanmuuttajajärjestölle ja 49 muulle alan asiantuntijalle ympäri Suomea. Vastauksia saatiin sähköpostitse 21, joista kaikki edustivat muita alalla toimijoita. Lisäksi viittä henkilöä haastateltiin henkilökohtaisesti. Kaksi heistä edusti maahanmuuttajajärjestöä. Aikataulusta johtuen ei ollut mahdollista suorittaa laajaa tutkimusta tai selvitystä, vaan kysely kohdennettiin terveydenhuollon toimijoille, maahanmuuttajien kanssa työtä tekeville sekä maahanmuuttajayhdistyksille, joilla tiedettiin olevan kokemusta maahanmuuttajien seksuaaliterveyden palveluista sekä palveluiden tuottajan että palveluiden käyttäjän näkökulmasta. Valitettavasti jälkimmäisen ryhmän näkemyksiä oli vaikeampi saada siitä huolimatta, että kyselylomakkeet käännettiin farsin, somalian ja venäjän kielelle, tarjottiin mahdollisuutta face-to-face – haastatteluun ja tulkkaukseen. Vastaajat tapasivat työssään eniten afrikkalaisia, venäläisiä, virolaisia, Lähi-Idästä sekä Kaukoidästä tulevia maahanmuuttajia. Vastaajista seitsemän toimi työpisteessä, joka oli täysin suunnattu maahanmuuttajille ja heidän asiakkaansa tulivat ympäri maailmaa. Kyselyn lisäksi järjestettiin Helsingin Väestöliitossa kuulemistilaisuus 23.3.3009. Osallistujia oli kaikkiaan 29, joista 21 tuli Väestöliiton ulkopuolelta. Heistä kolme edusti maahanmuuttajajärjestöjä.

Vastanneiden määrä oli pieni, mutta ottaen huomioon vastanneiden vankka asiantuntijuus, vastausten perusteella voidaan tehdä joitakin johtopäätöksiä varsinkin siltä osin kuin ne ovat yhdensuuntaisia kirjallisen materiaalin ja kuulemistilaisuudessa esitetyn kanssa. **On kuitenkin otettava huomioon maahanmuuttajien heterogeenisuus; maahanmuuttajat kuuluvat eri etnisiin ryhmiin, puhuvat samaa kieltä ja kuuluvat eri kulttuureihin.** Kyselyymme vastanneet ja keskustelutilaisuudessa mukana olleet edustivat julkista terveydenhuoltoa, maahanmuuttajajärjestöjä ja maahanmuuttokeskuksia. *Seuraavat kommentit on koottu kyselyyn vastanneiden, keskustelutilaisuudessa olleiden ja haastateltujen henkilöiden vastauksista.*

Lähes kaikki vastanneet toivat esiin sekä kielelliset että kulttuurilliset haasteet maahanmuuttajien kohtaamisessa. Myös uskontoon liittyvät asiat koettiin haastaviksi. Vastanneiden asiantuntijoiden

<sup>5</sup>Liitteenä haastattelulomakkeet sekä yhteenvedot haastatteluista ja kuulemistilaisuudesta.

mukaan maahanmuuttajilla on paljon suomalaisesta poikkeavia kulttuurisia ennakkoluuloja ja oletuksia. Heidän mukaansa on yleistä, että seksuaali- ja lisääntymisterveysasioista ei puhuta, vaan ne kielletään niin kotona kuin kaveripiirissäkin. Myös maahanmuuttajajärjestön edustaja toi haastattelussa esille sen, että seksuaali- ja lisääntymisterveysasiat ovat pitkälti perheen sisäisiä asioita. Vastaajien mukaan useat maahanmuuttajat pelkäävät länsimaalaistumista ja heillä on vahvoja ennakkoluuloja länsimaalaisia kohtaan. Siksi esimerkiksi seksuaalikasvatusta pidetään pahana. Vastanneiden näkemyksen mukaan monissa kulttuureissa miehillä on suuri sananvalta kotona tai uskotaan jumalan tahtoon. Mies ei esimerkiksi halua naisen poistuvan kotoaan ja siksi ei halua tämän myöskään käyttävän ehkäisyä, joten nainen on koko ajan raskaana tai imettää ja on sidottuna kotiinsa. Asiantuntijat tulkitsevat, että monissa kulttuureissa vanhemmuus on naiseuden tai miehuuden mitta ja siksikään raskaudenehkäisyä ei käytetä. Vastanneiden kokemusten mukaan monet maahan muuttaneet miehet suhtautuvat kielteisesti kondomin käyttöön. Ehkäisyyn liittyy paljon uskomuksia, jotka voivat olla virheellisiä ja kovin puutteellisia.

Muutamit vastaajat olivat havainneet, että maahanmuuttajilla on paljon traumaattisia kokemuksia sekä kokemuksia seksuaalisesta kaltoinkohtelusta. He eivät näytä tuntevan seksuaalioikeuksiaan eikä seksuaalinen itsemääräämisoikeus ole heille tuttua. Tytöillä ei ole tietoa oman kehonsa itsemääräämisoikeudesta. Kunniaväkivaltaepäilyjä on välillä syntynyt yhdessä vastaanottokeskuksessa. Jotkut asiantuntijat ovat havainneet, että järjestetyt avioliitot ja sitä kautta aviolliset velvollisuudet mietityttävät nuoria maahanmuuttajatyttöjä. He joutuvat pohtimaan asioita omien perinteidensä, naisen aseman ja odotusten kautta. Suomeen on myös tullut tyttöjä, joilla on lapsi ja heidän ikäänsä tai muita henkilötietojaan on muutettu, jotta he pääsisivät maahan. Ylipäänsä lapsen saamista saatetaan käyttää maahantulokorttina.

Lähes kaikki vastaajista toivat esiin resurssien puutteellisuuden. Kuntapuolen palveluissa koetaan, ettei resursseja hoitaa maahanmuuttaja-asiakkaita ole sen enempää kuin kantaväestöäkään. Esimerkiksi vastaanoton lisäaikaa tai ylimääräistä henkilökuntaa ei ole ja lääkäriajat ovat tiukassa. Kuitenkin lisäaikaa vastaanotolle tarvittaisiin. Maahanmuuttajatoimipisteissä pääasiassa pystytään auttamaan akuuteissa asioissa, jolloin seksuaaliterveysasiat jäävät sivuun.

Vastaajien mielestä kielitaito on avainasemassa seksuaali- ja lisääntymisterveysasioita hoidettaessa maahanmuuttajien kanssa. Jos ei hallitse suomea tai ruotsia, on vaikea omaksua tietoa eikä varsinkaan kirjallisesta materiaalista ole apua. Maahanmuuttajien asioita hoidettaessa joudutaan tulkkeja käyttämään apuna, mutta jos tulkkausta ei ole käytössä, pitäisi olla vähintäänkin saatavilla selkokielistä materiaalia. Monet maahanmuuttajat pelkäävät tulkkien juoruavan, koska he edustavat usein samaa vähemmistöä kuin maahanmuuttaja itse ja piirit ovat pienet. Kaikissa kielissä ei ole sanoja eri termeille ja siksi joudutaan käyttämään kiertoilmaisuja. Monien maahanmuuttajien anatomian tuntemus on huonoa ja siksi oikeiden ilmaisujen löytäminen on vaikeata. Toisaalta tulkillekaan eivät kaikki sanat ole välttämättä tuttuja tai he kokevat samat asiat vaikeiksi käsitellä kuin maahanmuuttaja, eivätkä kykene olemaan täysin objektiivisia. Miestulkkia on vaikea käyttää naisten asioista puhuttaessa. Perheenjäsenen käyttöä tulkkina ei myöskään koeta hyväksi. Joskus ongelmia tuottaa tulkkien vähäisyys ja vaikea saatavuus (esimerkiksi thain kielen tulkkien).

Ympärileikkaukasiat koskettavat erityisesti afrikkalaisia maahanmuuttajia. Niistä aiheutuvat vaivat erityisesti naisille mietityttävät sekä ympärileikkauksen purku ja uudelleen ompelu synnytysten jälkeen. Niistä ei kuitenkaan terveydenhuollossa juurikaan puhuta. Kaksi vastaajista nosti esille poikien ympärileikkauksen. Lainsäädännön toivotaan kehittyvän STM:n työryhmän ehdottamalla tavalla, jotta poikien ympärileikkaukset tehtäisiin asianmukaisesti.

Osa vastaajista on huomannut, että avoterveydenhuollossa maahanmuuttajia saatetaan kohdella epäkunnioittavasti tai leimaavasti. Asioita ei uskalleta ottaa puheeksi maahanmuuttajataustaisen ihmisen kanssa, koska ei tunneta hänen kulttuuriaan ja pelätään, että loukataan. Joissakin hoitopaikoissa maahanmuuttajat koetaan jopa rasitteeksi. Heille saatetaan esittää epäasiallisia kommentteja, kohdellaan epäkunnioittavasti tai ei pyydetä tulkkia paikalle. Tämä aiheuttaa epäluottamusta, potilassuojan heikkenemistä ja jopa todellisia vaaratilanteita kuten kunniaväkivaltaa.

Hoitajien vaihtuminen vaikeuttaa jo ennestään häveliäistä aiheista puhumista julkisen terveydenhuollon puolella. Vastakkaiselle sukupuolelle asioista puhuminen on vaikeaa. Naisen on helpompi puhua naiselle, mutta monesti häveliäisyys on huomattava hidaste kaikille tutkimuksille. Monet eivät osaa kuvata oireitaan tai eivät ole koskaan tutkineet sukupuolielimiään. Miesten kanssa pystytään puhumaan esimerkiksi impotenssista, mutta tutkiminen ei välttämättä onnistu. Yleensäkin miesten on usein vaikea ymmärtää osuuttaan esimerkiksi hedelmättömyysasioista puhuttaessa.

Vastaajien mukaan myös miehet ja pojat olisi hyvä saada mukaan ja erityisesti korostaa heille tunteiden merkitystä ihmissuhteissa. Parin vastaajan mukaan naiset valittavat järjestetyissä liitoissaan hellyyden puutetta ja yhdyntäkeskeistä seksielämää. Yksi asiantuntija oli havainnut, että maahanmuuttajamiehet katsovat paljon pornoa. Joissakin kulttuureissa miehen tulisi olla kaiken kokenut ja aina seksiin kykenevä. Tässäkin tarvittaisiin vastaajien mukaan asennekasvatusta. Miehet voivat usein tehdä mitä vain, mutta naisilta vaaditaan neitsyyttä. Miehillä on myös puutteita naisen fysiologian ja anatomian tuntemuksessa, joten olisi tärkeää panostaa poikien tiedonmäärän lisäämiseen myös tyttöjen hyvinvoinnin näkökulmasta.

Kyselyymme vastanneista muutamalla on käytössään materiaalia esimerkiksi sukupuolitaudeista joillakin kielillä. Jotkut olivat löytäneet materiaalia internetin välityksellä. Vain yhdellä vastaajista oli käytössään materiaalia 19 kielellä CD-muodossa. Yleisesti ottaen materiaalia tarvittaisiin kipeästi lisää. Materiaalia kaivataan niin kirjallisessa, kuvallisessa kuin audiovisuaalisessakin muodossa eri kielillä tai selkokielellä tuotettuna.

Kansainvälinen kulttuurikeskus Caisa ja Helsingin kaupunginkirjasto ovat luoneet ”Avoin oppimiskeskus”-projektissaan internettiin ”Infopankki”-sivut, joilta on mahdollisuus saada tiivistetysti tietoa esimerkiksi eri ehkäisymenetelmistä eri kielillä. Käytössä olevat kielet sivuilla ovat suomi, ruotsi, englantia, eesti, venäjä, arabia, somali, espanja, ranska, serbokroatia, turkki, albania, persia, kiina ja kurdi. Nykyisin sivustoa rahoittavat sisäasiainministeriö, opetusministeriö sekä mukana olevat kaupungit.

Vastaajien mielestä suurin osa maahanmuuttajaväestön palveluista voidaan tulevaisuudessakin tuottaa perusterveydenhuollon henkilöstön osaamista lisäämällä ja syventämällä. Tämä edellyttää kuitenkin selkeätä resurssioimista erityisesti niihin peruspalvelupisteisiin, joissa maahanmuuttaja-asiakkaiden määrä on merkittävä. Vastaajien yleisesti esittämä arvio on, että maahanmuuttaja-asiakkaalle on varattava keskimäärin 1,5 –kertainen henkilöstö- ja aikaresurssi muuhun väestöön verrattuna. Aikaa vastaanotolle tarvitaan huomattavasti enemmän kielivaikeuksien, tulkin käytön, häveliäisyyden ja perustietotason heikkouden vuoksi. Monilla on myös kynnys hakeutua erityispalveluiden piiriin, koska heillä ei ole tietoa tietosuojasta, salassapitovelvollisuudesta eikä luottamuksellisuudesta. Lisäksi edellytyksenä on, että palveluista tiedotetaan siten, että kaikki maahanmuuttajat löytävät palvelujen äärelle. Peruspalveluissa esitettiin olevan koulutuksen tarvetta erityisesti kulttuurisista tavoista, eri lähtömaista muuttaneiden tietopohjasta, uskomuksista ja seksuaaliterveydenhuollon suuntauksista, uskomuksista, uskonnon vaikutuksista, lasten ja nuorten kasvatuksesta eri kulttuureissa, naisten ja miesten asemasta ja rooleista sekä nuorten kasvamisesta kahdessa kulttuurissa, järjestetyistä avioliitoista sekä ylipäänsä maahanmuuttajien oikeuksiin, asemaan ja elinolosuhteisiin liittyvistä kysymyksistä. Monet myös ilmoittivat, ettei konsultaatiopalveluja ole tarpeesta huolimatta saatavilla. Koulujen seksuaalikasvatuksessa koettiin haasteita, joihin tulee erikseen paneutua. Vastaajat olivat havainneet, että monet maahanmuuttajanuoret vetäytyvät pois seksuaalikasvatustunneilta, koska asiat ovat heidän mielestään tabuja. Seksuaaliterveysopetus koetaan onnistuvan vain, jos pojat ja tytöt ovat omina ryhminään. Opetusta rajoittaa kuitenkin se, että osan perustiedot ovat olemattomia ja toisten taas parempia. Tiedontarvetta on kuitenkin kaikilla.

Asiantuntijavastausten mukaan erityistilanteet ja –kysymykset edellyttävät edelleen erillisiä palveluita. Tärkeitä ovat esimerkiksi järjestöjen maahanmuuttajanuorille suunnatut matalan kynnyksen ryhmä- ja yksilöpalvelut sekä kaikenikäisille suunnatut puhelin-, internet- ja muut neuvontapalvelut. Kolmannen sektorin palveluissa tulisi kuitenkin varmistaa rahoituksen pitkäjänteisyys. Lisäksi seksuaalisen kaltoinkohtelun tai muutoin traumaattisten kokemusten tunnistaminen ja hoito vaatii omaa erityisosaamistaan. On myös huomattava tarve sukupuolisensitiivisyyteen sekä asiantuntijan että tulkin osalta.

Koulutustarpeiden ja erityispalvelutarpeen lisäksi sekä haastatteluissa että kuulemistilaisuudessa nousi esiin kaksi avainkysymystä: (1) tulkkaustarpeen tunnistaminen ja tulkkien käyttö sekä (2) kulttuurisensitiivisen, selkokielen ja muutoin selkeän ja havainnollisen kirjallisen ja muun oheismateriaalin tarve. Tulkkauksen resursoinnissa, käytössä sekä tulkkien ja käyttäjien koulutuksessa esiintyy vakavia puutteita. Oheismateriaalitarve voidaan ainoastaan osittain tyydyttää käännösversioilla. Monesti käännökset eivät ole käyttökelpoisia, koska maahanmuuttajan käsitteistö ei vastaa suomalaista käsitteistöä. Tämä tulee ottaa huomioon myös internet-palveluja kehitettäessä. Lisäksi tarvitaan erityiskysymyksistä valmistettua materiaalia ja materiaalia erityiskohderyhmille, kuten luku- ja kirjoitustaidottomille ja ympärileikatuille.

Ylipäänsä materiaalia seksuaali- ja lisääntymisterveysasioista kaivataan niin kirjallisessa, kuvallisessa kuin audiovisuaalisessakin muodossa eri kielillä ja selkokielisesti tuotettuna. Yksi esimerkki on opas, jossa on venäläisten näkökulmasta kerrottu suomalaisista palveluista, mikä on samanlaista, miten mennä lääkärille, kynnyksen madaltaminen<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Kotiuttamisopas: Meikäläinen meikäläisten parissa; Venäjänkielinen, hinta: 5/10 €. RAY:n rahoittama

## 8. Esimerkkejä Euroopan maissa kehitetyistä innovatiivisista palveluista

Maahanmuuttajataustaisten naisten, miesten ja nuorten tavoittaminen lisääntymisterveyden ja seksuaalikasvatuksen ja –neuvonnan piiriin on haastava tehtävä kaikissa Euroopan maissa kieliongelmiin, joidenkin ryhmien koulutustason ja kulttuuristen erojen vuoksi. Jotkin eurooppalaiset kansalaisjärjestöt ovat kehittäneet innovatiivisia tapoja tavoittaa näitä ryhmiä. Belgialainen, itse turkkilaistaustainen kättilö ja seksologi Semiye Tas, on kehittänyt ryhmätyöskentelymallin, joka vastaa erityisesti turkkilaisten ja marokkolaisten naisten ja miesten tarpeisiin. Hänen kokemuksensa mukaan näissä maahanmuuttajaryhmissä toimivat parhaiten miesten ja naisten erilliset sessiot. On tärkeää selvittää ensin ihmisten omat tarpeet ja kiinnostuksen kohteet eikä korostaa tiedonjakamista, koska osallistujat menettävät nopeasti mielenkiintonsa liian tietopainotteisella kurssilla. Semiye Tasin mukaan turkkilaisia ja marokkolaisia kiinnostavat erityisesti seksuaaliseen halukkuuteen sekä neitsyyteen liittyvät kysymykset, joiden kautta voidaan ottaa puheeksi monia muita seksuaali- ja lisääntymisterveyden kannalta tärkeitä asioita. Myös ristiriitoja aiheuttavien kysymysten ja tabujen keskusteluttaminen ilman tuomitsevaa näkökulmaa on tärkeää ja osallistujia palkitsevaa. (International Planned Parenthood Federation 2006.)

Belgialainen järjestö Sensoa (<http://www.sensoa.be/>) on kehittänyt seksuaalikasvatuksen tarpeisiin koululaisille suunnatun pelin, jossa nuoret saavat pienissä ryhmissä toimia parisuhdeneuvojina. Näin he joutuvat pohtimaan erilaisia kysymyksiä ja asenteitaan liittyen ensitapaamiseen, seurusteluun, parinmuodostukseen, lastensaantiin, uskontoon ja vanhempiin erilaisista sosiaalisista ja kulttuurisista taustoista tulevien nuorten näkökulmista. Tarkoituksena on välttää yksinkertaistuksia eritaustaisten nuorten arvoista ja käytännöistä. Kun väestössä on runsaasti jonkin etnisen vähemmistön edustajia, aletaan helposti etsiä arvoja koskevia yleistyksiä. Tämä johtaa vastakkainasetteluihin enemmistö-vähemmistö, kristityt-muslimit, länsimaalaiset-aasialaiset, mustat-valkoiset ja niin edelleen, joista nuoret eivät löydä itseään tai joita he pitävät leimaavina ja ahdistavina. Nuoret jäävät yksin haasteidensa kanssa ja keskustelu pakottaa heidät olemaan oman kulttuuritaustansa edustajia. Pelissä nimeltä 'Shalimar' nuoret johdattelevat pienissä ryhmissä heille annetun parin 22 käännekohtan lävitse ja joutuvat joka vaiheessa perustelevaan miksi tai miten pari voi pysyä yhdessä tai erota. (International Planned Parenthood Federation 2006.) Peli ei ole suunnattu vain maahanmuuttotaustaisille nuorille vaan myös etnisen enemmistön edustajille.

Alankomaalainen Rutgers Nisso Groep (<http://www.rutgersnissogroep.nl/>) on kehittänyt etnisten vähemmistöjen nuorille suunnatun nettipalvelun (<http://www.youxme.nl/>). Heidän mukaansa nuorten seksuaalisuuskysymyksiä on hyödyllisintä käsitellä seurustelun ja parinmuodostuksen teemojen kautta. Nettipalvelu on kätevä tapa tavoittaa erityisesti etnisiin vähemmistöihin kuuluvia nuoria, koska niissä on helppo halutessaan toimia nimettömästi. Järjestö kehitti nettipalvelun selvittämällä ensin kohderyhmän tarpeita ja toiveita nettikyselyn avulla. Nuoret toivoivat eri etnisille ryhmille suunnattua yhteistä palvelua sekä viihteellistä kehystä ongelmakeskeisyyden sijaan. Siten sivusto sisältää paljon ”infotainmentia”: viihteen ja kepeyden keinoin välitettyä tietoa. Hollanninkielisillä sivustoilla kävi vuonna 2006 kuukausittain 3000 kävijää. (International Planned Parenthood Federation 2006.)

## 9. Toimenpide-ehdotukset

Kohdissa 1.-8. kuvatun materiaalin perusteella on selvää, että maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämiseksi ja siihen liittyvien palvelujen kehittämiseksi tarvitaan erillinen, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmaan (2007-2011) liittyvä toimintasuunnitelma. Suunnitelman toimeenpanemiseksi on tunnustettu eräitä yleisiä toimintaedellytyksiä ja periaatteita maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämiseksi (kohta 9.1.) sekä tehty yksityiskohtaisia toimenpide-ehdotuksia (kohta 9.2.). Pyrkimyksenä on, että käsillä oleva toimintasuunnitelma on elävä asiakirja siten, että sitä voidaan lisätutkimuksen pohjalta arvioida ja kehittää.

### ***9.1. Toimintaedellytykset ja periaatteet***

Lähtökohta on, että julkiset terveystalvet toimivat ensisijaisena maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden tuottajana. Kolmannen sektorin palvelut täydentävät palveluverkostoa erityisryhmien ja –kysymysten osalta. Seksuaali- ja lisääntymisterveysasioiden huomioiminen ja hoitaminen kuuluvat kaikille, jotka toimivat sosiaali- ja terveysalalla sekä opetustoimessa. Tällä hetkellä maahanmuuttajien palveluiden sujuvuutta erikoisterveydenhuollossa ja erityisesti äitiyspoliklinikoilla haittaavat kieliongelmat ja tiedonpuute esimerkiksi kulttuurisiin tapoihin liittyvistä kysymyksistä. Palvelujärjestelmän kannalta on tärkeää, että kunnallisia palveluita kehitetään ja muutetaan helpommin saataviksi alla olevien ehdotusten mukaisesti. Lisäksi on tärkeää tukea jo olemassa olevia kolmannen sektorin palveluita.

Normaalisuusperiaatteen noudattaminen ja maahanmuuttajaväestön seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvien palvelujen tuottaminen perusterveydenhuollossa on tulevaisuudessakin tärkeää. Julkisiin palveluihin on panostettava niin kantaväestön kuin maahanmuuttajienkin hyvinvoinnin turvaamiseksi. Ennaltaehkäisevä työ tulee edullisemmaksi kuin korjaava työ, joten myös lisääntymis- ja seksuaaliterveysasioissa tietotason turvaaminen ja palveluiden helppo saatavuus ovat oleellisia. Palvelujen tuottamiseksi on kuitenkin varattava riittävät voimavarat, esimerkiksi maahanmuuttaja-asiakkaiden palvelu edellyttää muuhun väestöön verrattuna keskimäärin 1,5 –kertaista henkilöstö- ja aikaresurssia. Tärkeää on myös, että maahanmuuttajille tarjotaan kulttuurisensitiivistä ja omankielistä seksuaali- ja lisääntymisterveysneuvontaa myös kouluissa sekä osana kotouttamistoimintaa.

Henkilöstön osaamistasoa on nostettava ja osaamista syvennettävä sairauksien ja riskien epidemiologiasta, psykososiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä sekä kommunikaatioon liittyvistä haasteista ja niiden ratkaisemisesta. Koulutukseen on liitettävä myös asenteisiin vaikuttaminen. Lisäksi on arvioitava riittävien konsultaatiopalveluiden järjestäminen. Koulutuksen, konsultaatiopalveluiden, kehittämistyön ja verkostoitumisen turvaamiseksi ehdotetaan, että Suomeen perustettaisiin maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveysasioihin erikoistunut osaamiskeskus.

Kulttuurisensitiivisen, selkokiehisen ja muutoin selkeän ja havainnollisen kirjallisen ja muun oheismateriaalin tarve on ilmeinen sekä terveydenhuollon henkilökunnan että maahanmuuttajien

parissa. Maahanmuuttajille kohdennettua materiaalia tarvitaan eri kielillä tuotettuna useista eri aiheista, jotka koskevat seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Materiaalia tulee olla niin maahanmuuttajille kuin heitä hoitavalle ja ohjaavalle henkilökunnallekin. Niiden tulee olla eri muodoissa, kuten kirjallisina, kuvina ja videoina. Materiaalin tulee olla selkokielistä ja myös luku- ja kirjoitustaidottomalle sopivaa. Materiaalin suunnittelussa tulee huomioida kulttuurisensitiivisyys ja suunnitella sisältö maahanmuuttajalähtöisesti. Suunnittelussa olisi hyvä olla mukana maahanmuuttajajärjestön henkilökuntaa tai maahanmuuttajataustainen työntekijä. Myös jo valmista materiaalia olisi hyödynnettävä ja kerättävä yhteen. Esimerkiksi Kehitysvammaliitolla, Suomen Perinatologisella seuralla, Ruotsin Folkhälsoinstitutetilla ja Sexpolla on valmista aineistoa, jota voitaisiin hyödyntää laajemmin kokoamalla se yhteen, sekä kääntämällä ja tuotteistamalla se sopivaksi materiaaliksi.

Tulkkauksen tarpeeseen ja muihin siihen liittyviin kysymyksiin on paneuduttava nykyistä paremmin. Asiallisen ja riittävän tiedon saamisen varmistamiseksi on äärimmäisen tärkeää varmistaa tiedon antaminen omalla kielellä ymmärrettävässä muodossa. On tärkeää, että julkisessa terveydenhuollossa käytetään tulkkauspalveluita ja että niihin varataan riittävästi resursseja. Tulkkauspalveluiden tulee olla luotettavia ja ammattitaitoisia. Tulkkaus voidaan toteuttaa myös puhelimen tai internetin välityksellä etätulkkauksena. Etätulkkauksessa on tärkeää, että tulkilla on käytettävissään tarvittava materiaali, esimerkiksi abortin hakutilanteessa abortin hakulomake. Perheenjäsenten tai ystävien käyttöä tulkkina tulee välttää. Esimerkiksi raskauden keskeytystä haettaessa epäpätevän tulkin läsnäolo voi vaikeuttaa tilannetta. Parhaiten tulkkaus toimii, jos tulkkina toimii nainen naiselle ja mies miehelle ja niin, että tulkki on tulkattavalle tuntematon. Tulkkien salassapitovelvollisuudesta on tiedotettava maahanmuuttajia. Tulkkien koulutuksessa tulee huomioida myös seksuaali- ja lisääntymisterveysasiat ja heille on opetettava termien merkitys, jotta he osaavat kääntää tarvittavat asiat oikein.

Jo olemassa olevia kolmannen sektorin palveluita tulee tukea (kuten Tyttöjen Talo, Väestöliitto, Aidstukikeskus, TukiNainen ja Monika Naiset Liiton MoniNaisten Talo). Niissä kehitettyjä malleja tai kokemuksia kohdata maahanmuuttajia voitaisiin levittää ympäri maata esimerkiksi koulutuksen tai materiaalin muodossa. Järjestöillä on myös mahdollisuus tuottaa matalan kynnyksen palveluita ja erilaisia yksilö- ja vertaistukitoimintoja maahanmuuttajille, mutta se edellyttää rahoituksen turvaamista. Kehitetystä kohtaamismalleista voitaisiin luoda samantyyppistä toimintaa ympäri Suomea ja toisaalta tuottaa peruspalveluihin työkaluja kohdata eri kulttuureista tulevia.

**Ehdotus 1:** Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut hoidetaan pääasiassa osana julkisia terveyspalveluja ottaen kuitenkin huomioon keskimäärin 1,5-kertainen henkilöstö- ja aikaresurssitarve.

**Ehdotus 2:** Peruspalveluhenkilöstölle järjestetään täydennyskoulutusta monikulttuurisuudesta. Ammattihenkilöstön koulutuksessa voidaan hyödyntää mm. virtuaaliammattikorkeakoulun seksuaaliterveyden edistämisen verkkokoulutusta.

**Ehdotus 3:** Peruspalveluissa käytetään aina koulutettuja ja ammattitaitoisia tulkkeja ja siihen kohdennetaan tarvittavat määrärahat. Asioimistulkkien koulutukseen sisällytetään osio seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Asianomaiset viranomaiset levittävät lomakkeitaan käytettäväksi sähköisesti. Tulkkia käyttävät viranomaiset varmistavat tulkkaustilanteessa käytettävän materiaalin, ml.

lomakkeet, jakelun tulkeille.

**Ehdotus 4:** Maahanmuuttajille tuotetaan seksuaaliterveyteen liittyvää materiaalia ottaen huomioon kieli- ja kulttuurisensitiivisyys sekä erityiskysymykset, kuten seksuaalinen väkivalta.

**Ehdotus 5:** Täydennyskoulutuksen, konsultaation, materiaalityötannon, kehittämistyön ja verkostoitumisen turvaamiseksi perustetaan maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen erikoistunut osaamiskeskus.

**Ehdotus 6:** Olemassa olevia kolmannen sektorin erityispalveluita tuetaan erityisesti vakiinnuttamalla niiden rahoitus.

**Vastuutahot:** STM, THL, Kunnat. Osaamiskeskusta perustettaessa tulee harkita olemassa olevien organisaatioiden ja niiden osaamisen hyödyntämistä.

## ***9.2. Neuvonta, ohjaus, tietouden parantaminen***

Maahanmuuttajilla on paljon suomalaisista poikkeavia, seksuaalisuuteen ja lisääntymiseen liittyviä kulttuuris-uskonnollisia käytäntöjä ja arvoja. On tärkeää lisätä tietoutta ja hälventää ennakkoluuloja niin maahanmuuttajien kuin terveydenhuollon henkilökunnankin parissa. Naisten ja miesten mahdollisuuksia seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen on vahvistettava tiedon ja palveluiden saatavuutta parantamalla. Eri ehkäisymenetelmistä, anatomiasta ja seksuaaliterveydestä yleensä annettava tieto auttaa miehiä ja naisia ymmärtämään asioita myös toisen sukupuolen kannalta. Kyselyymme saatujen vastausten perusteella erityisesti maahanmuuttajamiesten asenteisiin, tietotason ja uskomuksiin vaikuttamalla voidaan parantaa koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. Erilaisia tietoiskuja, luentoja ja kuulemistilaisuuksia voitaisiin järjestää maahanmuuttajien tapaamisiin tai heidän omien järjestöjensä kautta. Maahanmuuttajataustaisen terveydenhoitohenkilökunnan avulla voidaan maahanmuuttajia tavoittaa entistä paremmin.

On tärkeää, että asiaa koskevat internet-sivustot palvelevat nykyistä paremmin myös maahanmuuttajia esimerkiksi siten, että tekstit ovat eri kielille käännettyjä ja selkokielellä toteutettuja. Esimerkiksi toteuttamalla osio maahanmuuttajien terveydestä TerveSuomi-sivustoille tai lisäämällä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää tietoa Infopankkiin ([www.infopankki.fi](http://www.infopankki.fi)) voidaan tavoittaa internettiä käyttäviä maahanmuuttajia. On myös tärkeää ottaa huomioon nuorten erityistarpeet ja suunnitella heille esimerkiksi oma portaali internettiin.

Monet kunnat ovat toteuttaneet maahanmuuttajille tarkoitettuja erillisiä info- ja muita palvelupisteitä, joista maahanmuuttaja voi saada tietoa niin Kelan toiminnoista kuin siitä, mistä hakea apua ehkäisyasioissa. On tärkeää varmistaa, että myös nämä palvelupisteet saavat jaettavakseen seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa ja materiaalia.

**Ehdotus 7:** Seksuaali- ja lisääntymisterveysasioista tiedottamisessa hyödynnetään maahanmuuttajien omia tilaisuuksia.

**Ehdotus 8:** Kehitetään internet-sivujen selkokielisyyttä ja kieliversioita. TerveSuomi- sivustolle perustetaan oma portaali maahanmuuttajille. Infopankkiin viedään seksuaaliterveyden edistämiseen liittyvää materiaalia.

**Ehdotus 9:** Maahanmuuttajien Info- ja muiden palvelupisteiden työntekijöitä koulutetaan seksuaaliterveyteen liittyvissä kysymyksissä ja nämä kysymykset sisällytetään Info-pisteiden tiedottamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen.

**Vastuutahot:** Kunnat (ml. Infopankki), THL. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen erikoistunut osaamiskeskus.

### ***9.3. Koulu ja terveys***

Kouluterveydenhuoltoon panostamalla ja sitä kehittämällä saavutetaan niin kantaväestön nuoret kuin maahanmuuttajanuoretkin. Luottamus työntekijään, joka on erityisen tärkeää maahanmuuttajanuorille, syntyy tuttuuden tunteesta ja se saavutetaan, kun kouluissa on oma, vakituinen terveydenhoitaja ja lääkäri paikalla säännöllisesti ja riittävästi. On myös huomioitava koulukuraattoreiden ja koulupsykologien työpanoksen hyödyntäminen. Elina Hermansonin ja Anni Lommin (2009) tutkimuksessa ehdotetaan, että ennen terveystarkastusten ja seksuaalikasvatustuntien aloittamista sekä maahanmuuttajataustaisille nuorille että heidän vanhemmilleen voitaisiin järjestää tilaisuuksia, joissa hoitohenkilökunta esittelee itsensä sekä toimintatapansa. Samalla voidaan kertoa Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä ja antaa tietoa. Tilaisuuksissa tulisi käyttää tulkkauksia. Tällä tavoin maahanmuuttajanuorten saavutettavuutta tarkastuksiin ja seksuaalikasvatustunneille voidaan parantaa.

Kouluissa seksuaalikasvatuksessa on joistakin asioista puhuttaessa järjestettävä omat ryhmänsä tytöille ja pojille, mutta erillistä seksuaalikasvatusta ei maahanmuuttajanuorille varsinaisesti tarvita. Seksuaalikasvatukseen tulee liittää turvataitokasvatusta. Siten voidaan ennaltaehkäistä seksuaalista kaltoinkohtelua ja väkivaltaa. Seksuaalikasvatukseen liittyvä materiaali tulee olla saatavilla muillakin kielillä kuin suomeksi tai ruotsiksi ja sisältää kuvia sekä selkokielistä tekstiä. Ulkomailta jo testattuja menetelmiä, kuten erilaisia pelejä (kts. s.30), voitaisiin kehittää seksuaalikasvatuksen tueksi.

Seksuaaliterveys on kuulunut osana terveystieto-oppiainetta koulujen opetussuunnitelmaan vuodesta 2006. Käytössä on monia kirjasarjoja, joiden tieto on vaihtelevaa ja osin virheellistäkin. Näiden kirjasarjojen ajantasaisuus ja tiedon paikkaansa pitävyys olisi varmistettava.

**Ehdotus 10:** Maahanmuuttajanuorten vanhemmille ja nuorille järjestettävissä infotilaisuuksissa kerrotaan tulevasta terveystarkastuksesta, seksuaalikasvatuksesta ja niissä käsiteltävistä asioista sekä ylipäänsä suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä.

**Ehdotus 11:** Seksuaalikasvatusta järjestetään paitsi yhdessä, myös erikseen eri sukupuolille. Seksuaalikasvatukseen liitetään turvataitokasvatusta. Jaettava materiaalin tulee olla käännettynä eri kielille ja sen tulee sisältää kuvia sekä tarpeeksi selkokielistä tekstiä. Kehitetään myös muunlaista seksuaalikasvatusmateriaalia, kuten pelejä.

**Vastuutahot:** Kunnat, erityisesti koulujen työntekijät, OPH. Jaettavan materiaalin tuotannosta vastaavat asianomaiset viranomaiset sekä maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen erikoistunut osaamiskeskus.

#### ***9.4. Raskaudenajan, synnytyksen ja synnytyksen jälkeinen hoito***

Äitiys- ja lastenneuvolaa valmennuksineen tulee kehittää edelleen vieraskielisten ja eri kulttuuritaustasta tulevien tavoittamiseksi. Tärkeää on panostaa julkisen terveydenhuollon työntekijöiden koulutukseen, jotta heillä kaikilla olisi yhtäläinen kyky auttaa ja opastaa maahanmuuttajia sekä kehittää valmennustoimintaansa. Äitiysneuvola on hyvä keino tavoittaa maahanmuuttajanaisia.

Tiedottamisella eri maahanmuuttajayhteisöissä saavutetaan maahanmuuttajat paremmin. Työntekijöiden pysyvyys ja tutuus on tärkeää luottamuksen luomiseksi. Maahanmuuttajia tulee informoida suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä, salassapitovelvollisuudesta ja perustella ennaltaehkäisevän terveydenhuollon merkitystä. Tämä voi tapahtua esimerkiksi terveydenhoitajan toimesta, joka vierailisi maahanmuuttajien tapaamisissa ja järjestöissä. Tärkeää olisi myös tuottaa materiaalia jaettavaksi erikielisille perheille sekä audiovisuaalista materiaalia valmennusten tueksi.

Naisten ympärileikkausasioiden huomioiminen entistä paremmin terveydenhuollossa on tärkeää. Ympärileikkaus vaikuttaa synnytykseen ja synnytyksen jälkeiseen hoitoon. Ympärileikkausasioista kouluttamista on jatkettava ja tällä hetkellä sitä työtä tekeviä tuettava (esimerkiksi Ihmisoikeusliitto, Vantaan Nicehearts ry, Africarewo ry). Ympärileikkaus ei ole vain lainsäädännöllinen asia vaan nimenomaan terveydellinen asia. Yhteisön sisäinen tiedonanto on tärkeässä asemassa yritettäessä vaikuttaa ympärileikkaukseen liittyviin asenteisiin. Yhteisön avainhenkilöitä kouluttamalla saavutetaan maahanmuuttajia parhaiten. Neuvoloilla, synnytysvalmennuksella ja synnytyssairaaloilla on iso rooli imetykseen kannustamisessa. Tiedonanto imetyksen eduista äidille ja lapselle sekä myönteisen ilmapiirin luominen auttavat imetyksen positiiviseen omaksumiseen. Vieraskieliset äidit ja isät tarvitsevat tietoista kannustusta kantasuomalaisia enemmän. Imetykseen liittyvää materiaalia tulee olla

saatavilla useilla kielillä ja kuvin havainnollistettuna.

**Ehdotus 12:** Äitiyshuollon henkilöstölle järjestetään täydennyskoulutusta. Synnytyssairaaloissa ja neuvoloissa kannustetaan ja ohjataan myös maahanmuuttajia imetykseen. Neuvoloissa ja synnytyssairaaloissa mahdollisuus tavoittaa paljon maahanmuuttajia.

**Ehdotus 13:** Raskaudenajasta, synnytyksestä ja synnytyksen jälkeisestä hoidosta tuotetaan selkeätä ja havainnollista materiaalia eri kielillä.

**Ehdotus 14:** Maahanmuuttajien omissa tapaamisissa ja järjestöissä tiedotetaan naisten ympärileikkaukseen, raskauteen, synnytykseen ja synnytyksen jälkeiseen hoitoon liittyvistä kysymyksistä.

**Ehdotus 15:** Perhevalmennuksia kehitetään monikulttuurisuutta painottaen.

**Vastuutahot:** THL, synnytyssairaalat, neuvolat.

## 9.5. Lapsettomuus

Maahanmuuttajapariskunnan hoitaminen lapsettomuusasioissa vie resursseja paljon enemmän kuin kantaväestöön kuuluvan pariskunnan hoitaminen. Suomen/ruotsin kielen taidon ja joissakin tapauksissa tietotason heikkouden vuoksi asioita on selitettävä enemmän, jotta voidaan olla varmoja siitä, että asiat on ymmärretty. Asianmukainen tulkkaus tulee olla käytössä.

**Ehdotus 16:** Lapsettomuuden vuoksi hoitoon hakeutuville maahanmuuttajille varataan mahdollisuus tulkin käyttöön sekä riittävä aikaresurssi.

**Vastuutahot:** Lapsettomuushoitoa tarjoavat yksiköt.

## 9.6 Raskauden ehkäisypalvelut

Raskauden ehkäisypalveluiden tulee olla matalan kynnyksen palvelupisteitä, joihin maahanmuuttajienkin on helppoa hakeutua. Maahanmuuttajien informoiminen eri ehkäisymenetelmistä, ehkäisyn merkityksestä ja seksitaudeista lisää heidän kykyään valita ja vaikuttaa omaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteensä. Myös heidän mahdollisesti virheellisten uskomustensa oikaiseminen on tärkeätä. Tietoa voidaan antaa vastaanotoilla terveydenhuollossa ja seksuaalikasvatustunneilla oppilaitoksissa. Maahanmuuttajille ei välttämättä tarvita omaa erillistä palveluaan, vaan olisi tärkeää, että perusterveydenhuollon työntekijällä olisi tarpeeksi tietoa ehkäisyn lisäksi maahanmuuttajista, heidän tavoistaan ja että hänellä olisi mahdollisuus käyttää tulkkipalveluita. Materiaalia tulee olla saatavilla useilla eri kielillä. Ensimmäinen ja alle 20-vuotiaan ehkäisy tulee olla maksuton.

**Ehdotus 17:** Raskaudenehkäisyn henkilöstön täydennyskoulutuksessa nostetaan tietoisuutta maahanmuuttaja-asiakkaiden tarpeista sekä eri kulttuuristen tapojen huomioon ottamisesta tiedottamisessa ja asiakkaan kohtaamisessa.

**Ehdotus 18:** Raskauden ehkäisypalvelujen saatavuus taataan kehittämällä niitä matalan kynnyksen paikoiksi. Palveluissa kiinnitetään erityistä huomiota maahanmuuttaja-asiakkaiden tietotason nostamiseen sekä selkeän, havainnollisen ja erikielisen materiaalin saatavuuteen. Palveluissa varmistetaan mahdollisuus tulkin käyttöön.

**Ehdotus 19:** Kaikille alle 20-vuotiaille ja ensimmäistä ehkäisyään hakevalle taataan maksuton ehkäisy.

**Vastuutahot:** STM, THL, kunnat.

### **9.7. Raskauden keskeytykset**

Raskauden keskeytykset hoidetaan läheteiden perusteella naistentautien poliklinikoilla sairaaloissa. Raskaus keskeytetään joko kaavinnalla tai lääkkeellisesti ja useissa toimipisteissä lääkkeellisen keskeytyksen ehtona on myös riittävä kielitaito asianmukaisen itsenäisen jälkihoidon turvaamiseksi. Asiallisen jälkihoidon turvaamiseksi sekä lääkkeellisen että kirurgisen keskeytyksen jälkeen tarvitaan jälkihoitoon liittyviä ohjeita useilla eri kielillä.

Joissakin maahanmuuttajaryhmissä raskauden keskeytykset nähdään yhtenä ehkäisykeinona. Se tulee myös yhteiskunnalle kalliiksi, koska vaatii erikoisterveydenhuollon palveluita. Erityisesti useamman abortin tehneille tulisi kehittää ja antaa seksuaalikasvatusta toimenpiteen yhteydessä sekä tarjota maksuton pitkävaikutteinen ehkäisy, jotta aborttien kierre saataisiin katkaistua.

**Ehdotus 20:** Raskauden keskeytyksen jälkihoitoon liittyvä materiaali käännetään useille kielille. Usean keskeytyksen tehneille kehitetään seksuaalikasvatusta toimenpiteen yhteyteen ja tarjotaan maksuton pitkävaikutteinen ehkäisy.

**Vastuutahot:** THL (materiaali), sairaalat.

### **9.8. Gynekologiset tutkimukset**

Maahanmuuttajia tulee rohkaista käymään gynekologisissa kontrolleissa. Heille tulee antaa tietoa ymmärrettävässä muodossa heidän omalla kielellään. Omalla kielellä tuotettu materiaali lisää osallistumista ja asian esille nostamista. Kutsumenettelyjä joukkotarkastuksiin (papa- ja mammografiatutkimuksiin) on tarpeen kehittää. Luku- ja kirjoitustaidoton tai suomea/ruotsia taitamaton maahanmuuttaja ei saavu tutkimuksiin kirjeiden perusteella. Kutsukirje tulisi olla käännettynä sähköisesti useille eri kielille ja siinä tulisi olla selkokielellä selitettynä tutkimuksen

tarkoitus ja miten se tehdään. Joukkotarkastuksista tulee lisätä tietoa myös esimerkiksi Infopankin internet-sivuille ([www.infopankki.fi](http://www.infopankki.fi)).

Sukupuolitaudeista on annettava tietoa seksuaalikasvatustunneilla ja terveystarkastuksissa. On kehitettävä eri maahanmuuttajaryhmille soveltuvaa materiaalia eri kielillä selkokielisesti. Materiaalissa tulee olla selitettynä oireet, miten testit otetaan ja miten mahdolliset taudit hoidetaan. Kuvat havainnollistavat materiaalia.

**Ehdotus 21:** Joukkotarkastusten kutsukirjeet käännetään sähköisesti useille eri kielille ja niihin lisätään selitykset tutkimuksen tarkoituksesta ja siitä miten tutkimus tehdään. Tiedotusta joukkotarkastuksista lisätään maahanmuuttajia tavoittavilla kanavilla.

**Ehdotus 22:** Sukupuolitaudeista tuotetaan materiaalia eri kielille käännettynä.

**Vastuutahot:** STM/THL (mallikutsukirje kieliversioineen), Infopankki. Kunnat varmistavat, että palvelujentuottajat ottavat maahanmuuttajaväestön huomioon palveluissaan ja mm. käyttävät tiedotteissaan kieliversioita ja muuta maahanmuuttajille suunnattua materiaalia.

## ***9.9. Seksuaalisen väkivallan ehkäisy ja seksuaalista väkivaltaa kokeneen hoitaminen***

Tietoa seksuaalioikeuksista on lisättävä kaikissa ikäryhmissä niin maahanmuuttajien kuin kantaväestönkin keskuudessa, jotta jokaisella yksilöllä olisi mahdollisuus vaikuttaa omaan seksuaaliseen hyvinvointiinsa ja välttää seksuaaliselta kaltoinkohtelulta ja väkivallalta. Oman kehon yksityisyyteen ja koskemattomuuteen suhtaudutaan eri kulttuureissa eri tavoin. Sen vuoksi seksuaalisen väkivallan kartoittaminen muun väkivallan rinnalla tulee sisällyttää esimerkiksi terveystarkastuksiin. Traumaattisista kokemuksista kertominen voi olla vaikeaa ja vaatia ensin luottamuksellisen suhteen synnyn. Kuitenkin jo asiasta kysyminen antaa yksilölle luvan työstää traumaansa ja mahdollisuuden alkaa kerätä rohkeutta kertoa tapahtuneesta.

Apua seksuaalista kaltoinkohtelua kokeneelle on oltava saatavilla julkisten palveluiden puitteissa. Terveystieteiden ja koulujen henkilöstö tulee kouluttaa niin, että heillä on taitoa ja tietoa tunnistaa ja kohdata seksuaalista väkivaltaa kokenut ihminen sekä tukea ja ohjata häntä eteenpäin. Työntekijöillä on myös velvollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus, jos tulee epäily tai tieto alaikäiseen kohdistuneesta seksuaalirikoksesta. Työntekijöillä tulee olla selkeät ohjeet (kohtaamismalli) siitä miten kohdata seksuaalista väkivaltaa kokenut, mihin ohjata hänet ja millaisen avun piiriin.

Avunsaantipaikkojen tulee olla matalan kynnyksen paikkoja ja niihin tulee voida hakeutua helposti. Palveluissa tulee käyttää ammattitaitoisia tulkkeja.

Kuntapalveluissa esimerkiksi terveyskeskuksen psykologi voi olla vastuuhenkilönä tilannetta arvioitaessa. Hän voi tarvittaessa ohjata asiakkaan edelleen mielenterveystoimistoon tai perheneuvolaan. Ihanteellista olisi kuitenkin, jos kunnissa työskentelisi esimerkiksi hoitajapari, joka on erikoiskoulutettu tähän asiaan.

Usein tarvitaan moniammatillista ja monialaista yhteistyötä. Kolmannen sektorin olemassa olevista palveluista hyviä esimerkkejä ovat Väestöliiton NUSKA-hanke ja Mannerheimin Lastensuojeluliiton Amoral-hanke. Näitä malleja ja kokemuksia tulee hyödyntää koulutuksissa.

**Ehdotus 23:** Kunnissa varmistetaan, että seksuaalista väkivaltaa kokeneelle on apua saatavilla.

**Ehdotus 24:** Terveystarkastuksiin sisällytetään kysymys seksuaalisen väkivallan ja väkivallan kokemuksista.

**Ehdotus 25:** Terveystarkastusten ja koulujen henkilökunta koulutetaan tunnistamaan, kohtaamaan sekä ohjaamaan eteenpäin seksuaalista väkivaltaa kohdannut ihminen. Avunsaantipaikkojen kynnystä madalletaan. Isompiin kuntiin perustetaan hoitajapari, joka on erikoistunut hoitamaan seksuaalista väkivaltaa kohdanneita ihmisiä.

**Vastuutahot:** Kunnat.

## **9.10. Parisuhteen tukeminen**

Maahanmuuttajan parisuhdetta kuormittavat maahanmuutto- ja kotoutumisprosessiin liittyvät tekijät. Lisäksi monen maahanmuuttajan elämässä vaikuttavat samanaikaisesti parisuhdeprosessi ja usein myös perheellistymisprosessi. Seksuaaliseen hyvinvointiin ja seksuaaliterveyteen liittyvät seikat jäävät usein huomiotta parisuhteen tilaa arvioitaessa. Monissa kulttuureissa seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset jäävät pariskunnan kesken käsittelemättä häveliäisyysistä. Seksuaalisesta tyytyväisyydestä puhumista voidaan monesti pitää kulttuurisesti sopimattomana. Maahanmuuttajilta saattaa myös puuttua tietoa ja osaamista seksuaaliterveyteen, ehkäisyyn, ja seksuaali-identiteettiin liittyvistä asioista.

Parisuhteessa seksuaalisuus vaikuttaa monella tavalla. Ammattihenkilöstö tarvitsee osaamisen vahvistamista ottaakseen puheeksi seksuaalisuuteen ja parisuhdetyytyväisyyteen liittyviä teemoja maahanmuuttajaperheiden kanssa. Parisuhdeneuvonta- ja terapiapalvelut ovat monissa maahanmuuttajaryhmissä vieraita. Tärkeätä on, että saatavilla on sellaisia koulutettuja tulkkeja, joilla on osaamista toimia terapiatyön tulkkeina.

Myös suomalais-maahanmuuttajaparit tarvitsevat erityistä neuvontaa ja ohjausta parisuhteessa. Tällaiseen parisuhteeseen liittyvät erityispiirteinä esimerkiksi kaksi- tai monikielisyys, usein epäsymmetrinen vallanjako sekä erilaiset uskonnot. Otollinen mahdollisuus tavoittaa erityisen

haavoittuvassa asemassa olevat naiset (mm. thaimaalaiset, Itä-Euroopan alueelta ja Venäjältä parisuhteeseen muuttavat) ja miehet (mm. Turkista ja Afrikan alueelta parisuhteeseen muuttaneet) on raskauden ja lapsen varhaisvuosien aikana. Tätä ajankohtaa tulisi aktiivisesti hyödyntää ennaltaehkäisevässä parisuhdeneuvonnassa.

**Ehdotus 26:** Terveysasemien ja neuvoloiden henkilökunnan valmiuksia kaksi- ja monikulttuuristen parien ongelmien tunnistamiseen kehitetään ja palveluohjausta parisuhdepalvelujen piiriin selkeytetään. Koulutusta ammattihenkilöstölle kaksi- ja monikulttuuristen parien parisuhdeneuvontaan lisätään. Suunnataan resursseja ennaltaehkäisevään parisuhdetyöhön jo kotoutumisvaiheessa. Koulutetaan parisuhde- ja seksuaalineuvontaan erikoistuneita tulkkeja. Neuvolatoimintaan kehitetään ns. ”kevyitä”, ennaltaehkäiseviä parisuhdepalveluja, esim. monikulttuurisia vertaisryhmiä pareille.

**Ehdotus 27:** Kolmannen sektorin monikulttuurisia parisuhdehankkeita (kuten Väestöliiton ja Familia Clubin hankkeet) tuetaan. Kunnat ja järjestöt kehittävät keskinäistä yhteistyötä kaksi- ja monikulttuurisessa parisuhdeneuvonnassa.

**Vastuutahot:** THL, kunnat, koulutuspalvelujen tuottajat, järjestöt.

### **9.11. Miehet ja pojat**

Maahanmuuttajapoikien ja –miesten tarpeet on otettava läpäisyperiaatteella huomioon kaikissa palveluissa. Poikien tulee saada riittävää ja asiallista seksuaalikasvatusta kouluvuosien aikana. Armeijassa olevia miehiä voidaan kannustaa huolehtimaan niin omasta kuin puolisonsakin terveydestä ja antaa heille edelleen asiallista ja riittävää seksuaalikasvatusta sekä herkistää heitä kulttuuristen erojen ymmärtämiseen. Miehiä tulee rohkaista osallistumaan neuvolakäynneille raskausaikana ja tulemaan mukaan synnytyksiin. Miesten tietotason parantamisen kautta voidaan vaikuttaa koko perheen hyvinvointiin. Tietotason nostamiseksi on seksuaalikasvatuksen tueksi luotava materiaalia, joka on käännetty eri kielille.

**Ehdotus 28:** Miehet huomioidaan seksuaaliterveyspalveluissa eikä henkilökunnan asenteellisuuksella suljeta pois. Pojillekin on annettava asiallista seksuaalikasvatusta.

**Vastuutahot:** Kunnat.

## 9.12. Osaamisen kehittäminen

Kyselyymme vastanneista lähes kaikki kaipaavat lisää koulutusta maahanmuuttajien kohtaamiseen. Ammatillaiset tarvitsevat asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta sekä tietoa erityisryhmien erityistilanteista ja -tarpeista. Ammatillaiset kaipaavat tietoa varsinkin eri uskonnoista, kulttuureista, perheen ja yhteisön vaikutuksesta lisääntymis- ja seksuaaliterveysasioihin eri maahanmuuttajaryhmissä. Lisäksi tarvitaan koulutusta kohdata ympärileikattu ja/tai väkivaltaa kokenut ihminen. Parhaiten koulutusta pystyisi antamaan henkilö, jolla on maahanmuuttajatausta, mutta joka on jo omaksunut suomen kielen ja ymmärtää suomalaisen ajattelutavan.

Maahanmuuttajanäkökulma tulee sisällyttää sosiaali-, terveys- ja opetusalojen ammattikoulutukseen. Niin opettajia, kuraattoreita, terveydenhoitohenkilökuntaa kuin lääkäreitäkin tulee perehdyttää monikulttuurisuuteen entistä enemmän. Monikulttuurisuuskoulutus tulee olla pakollinen osa opintoja, koska tänä päivänä monissa kouluissa ja terveyskeskuksissa on huomattavasti maahanmuuttajataustaisia oppilaita ja potilaita. Kaikista kulttuureista ei voi oppia kaikkea, mutta oppi kulttuurisensitiivisyydestä on tarpeen ja kannustus ottaa asioita puheeksi kaikenlaisten ihmisten kanssa. Lisäksi tarvitaan täydennyskoulutusta maahanmuuttajiin liittyvistä erityiskysymyksistä, kuten ympärileikkauksista. Täydennyskoulutusta on tarpeen tarjota ammattikorkeakouluissa. Tavoiteltava laajuus on 16 opintopisteen koulutuskokonaisuus tai virtuaaliammattikorkeakoulussa yhdistettynä terveyden edistämisen koulutusosioon. Oppikirjoihin ja sähköisiin käsikirjoihin (esimerkiksi Neuvolakäsikirjaan) on sisällytettävä maahanmuuttajia käsittelevä osio.

Hyödyllistä on kehittää maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymysten asiantuntijoiden kouluttaja- ja konsultaatioverkostoja, jolloin esimerkiksi julkisessa terveydenhuollossa voidaan tarvittaessa saada asiantuntija-apua maahanmuuttajia hoidettaessa. Koulutettujen maahanmuuttajien hyödyntäminen kantaväestöön kuuluvan hoito- ja opetushenkilökunnan opettamisessa on olennaista. Heidän ammattitaitoaan, kuten myös kulttuurituntemustaan, olisi hyödynnettävä entistä enemmän.

Suomeen muuttaneiden kotimaassaan hoitoalan koulutuksen saaneiden pätevöittämisskoulutukseen tulee sisällyttää seksuaali- ja lisääntymisterveysasioita. Pätevöittämisskoulutusta tulee monipuolistaa ja lisätä joustavuutta esimerkiksi työssäoppiminen ja näyttötutkinto mahdollistamalla. Tällöin heidän tietotaitoaan saataisiin parhaiten hyödynnettyä ja samalla parannettua heidän Suomeen kotoutumistaan.

**Ehdotus 29:** Monikulttuurisuuden opinnot lisätään sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisiin koulutuksiin pakollisina kokonaisuuksina. Koulujen ja perusterveydenhuollon henkilöstölle järjestetään täydennyskoulutusta maahanmuuttajaväestön tarpeisiin liittyen.

**Ehdotus 30:** Luodaan kouluttaja- ja konsultaatioverkosto ja ylläpidetään sitä.

**Ehdotus 31:** Kotimaassaan hoitoalan koulutuksen saaneiden pätevöittämisskoulutukseen sisällytetään seksuaali- ja lisääntymisterveysasiat. Pätevöittämisskoulutusta monipuolistetaan.

**Vastuutahot:** STM, THL, OPH, AMK:t ja muut koulutuspalveluiden tuottajat.

### 9.13. Tilastointi, seuranta, tutkimus

Tarvitaan lisää tutkimustietoa maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Erityisesti lisätietoa tarvitaan raskaudenehkäisyksen käytöstä, seksitautien yleisyydestä sekä maahanmuuttajien kohtaamasta seksuaali- ja muusta väkivallasta. Palvelukartoituksia olisi tarpeen tehdä myös maahanmuuttajanäkökulmasta. Selvittämisen arvoinen on myös tieto siitä syntyykö joillekin maahanmuuttajanaيسille enemmän lapsia kuin mitä he toivoisivat ja jos syntyy, missä määrin tämä liittyy seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden saatavuuteen. Myöskään maahan muuttaneiden miesten ja naisten lapsilukutoiveita ei ole systemaattisesti selvitetty. Maahanmuuttajien terveystutkimus 2008-2011 –hankkeessa tullaan identifioimaan tutkimustarpeita täsmällisemmin.

**Ehdotus 32:** Tutkimuksia toteutetaan erityisesti Maahanmuuttajien terveystutkimus 2008-2011 –hankkeessa identifioitavalla tavalla.

**Vastuutahot:** THL (MTT 2008-2011 –hanke, rahoittajat).

### 9.14. Erityiskysymykset

Erityistilanteet ja –kysymykset edellyttävät erillisten palvelujen kehittämistä, kuten maahanmuuttajanuorille suunnatut matalan kynnyksen ryhmä- ja yksilöpalvelut, kaikenikäisille suunnatut puhelin-, internet- ja muut neuvontapalvelut, seksuaalista väkivaltaa tai kunniaväkivaltaa kokeneen hoitaminen sekä paperittomien maahanmuuttajien, ihmiskaupan uhrien ja kirjevaimojen auttaminen.

Erityiskysymyksinä on otettava huomioon seksuaalisiin vähemmistöihin kuuluvat maahanmuuttajataustaiset henkilöt, jotka eivät saa tukea omasta yhteisöstään. Heidän tuekseen kolmannen sektorin palvelut toimivat parhaiten.

Myös maahan muuttaneita seksityöläisiä ja ihmiskaupan uhreja tavoitetaan parhaiten kolmannen sektorin palveluilla, kuten Pro-Tukikeskuksen työ on jo osoittanut.

**Ehdotus 33:** Erityistilanteisiin liittyvissä kysymyksissä toimivia kolmannen sektorin palveluita tuetaan.

**Vastuutaho:** STM, SM ja muut rahoittajat (ml EU-rahoitusohjelmat), järjestöt palveluiden kehittäjinä ja tuottajina.

## Lähteet

- Ahmadi, N. 2003. Migration challenges views on sexuality. *Ethnic and Racial Studies* 26(4):684-706.
- Ahonen, S. 2004. Monikulttuurisuus ja suomalainen terveydenhuolto tänään. Teoksessa *Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa*. ETENE:n 5. kesäseminaari Helsinki, 17. elokuuta 2004. Osoitteessa <http://etene.org/dokumentit/ETENE%2011.pdf> , luettu 30.4.2009.
- Aittokoski, M, Huitti-Malka, R, Salokoski, M. (toim.) 2009. *Imetyksen aika: Uusi suomalainen imetykskirja*. Helsinki: Avain.
- Akar, S. & Tiilikainen, M. 2004. *Katsaus islamilaiseen maailmaan – naiset, perhe ja seksuaaliterveys*. Helsinki: Väestöliitto.
- Berggren V., Bergström S., Edberg A. K. 2006. Being different and vulnerable: Experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *J Transcult Nurs.* 17(1):50-7.
- Bledsoe, H. C. 2004. Reproduction at the margins: Migration and legitimacy in the new Europe. *Demographic Research Special Collection* 3(4): 87-116.
- Brusila P. (toim.) 2008. *Seksuaalisuus eri kulttuureissa*. Helsinki: Duodecim.
- Davies M. M. & Bath P. A. 2001. The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom. *J Adv Nurs.* 36(2):237-45.
- Degni, F. 2004. *The social and cultural determinants of the use of contraception among married Somali women living in Finland*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 148. Helsinki: STAKES.
- [Elebro, K, Roost, M,; Moussa, K, Johnsdotter, S & Essen, B.](#) 2007. [Misclassified Maternal Deaths among East African Immigrants in Sweden](#). *Reproductive Health Matters* 15(30): 153-162.
- Ellonen, N. & Korhonen K. 2007. Maahanmuuttajanaiset väkivallan kohteena. Teoksessa *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ*, toim. Tuomas Martikainen ja Marja Tiilikainen. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46/2007, 163-189.
- Esikko*. 2009. Ensi- ja turvakotien liiton jäsenlehti 1/2009.
- Finlex. 2009. Osoitteessa [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) , luettu 15.6.2009.
- Georgiadis, K. 2008. *Migration and reproductive health: A review of the literature*. University College London, Department of Anthropology, Working Paper 1/2008.
- Gissler, M, Malin, M & Matveinen, P. 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut: Terveystieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46/2007, 163-189.

palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Työpoliittinen tutkimus 296. Helsinki: Työministeriö. Osoitteessa [http://www.mol.fi/mol/fi/99\\_pdf/fi/06\\_tyoministerio/06\\_julkaisut/06\\_tutkimus/tpt296.pdf](http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/06_tutkimus/tpt296.pdf) luettu 17.9.2009.

Gras, M. J., van Benthem, B. H., Coutinho, R. A. & van den Hoek, A. 2001. Determinants of high-risk sexual behavior among immigrant groups in Amsterdam: implications for interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 28(2):166-72.

Haks, K., Schout, C., Cremer, W. S., Sigurdsson, V. & van Ameijden, E. J. 2004. [Increased consultations and numbers of sexually transmitted diseases at the STD clinic of Utrecht, 1994-2002] Artikkeliksi hollanniksi. *Tijdschr Geneeskd.* 148(33):1632-1635.

Hallenberg, H. 2008. Seksuaalisuus islamin maissa. Teoksessa Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Toim. Pirkko Brusila. Helsinki: Duodecim, 74-97.

Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. *Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja: Etnografia somalialaisten terveyskäsitteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseseen kulttuuriin siirtymävaiheessa.* Väitöskirja. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Hermanson, E. & Lommi, A. 2009. Maahanmuuttajataustaiset nuoret haaste kouluterveydenhuollolle. *Suomen Lääkärilehti* 64(11): 1009-1015.

*International Planned Parenthood Federation (IPPF), European network (2006) Choices. sexual and reproductive health and rights in Europe. Protecting the health, choice and rights of ethnic minorities in Europe.* Osoitteessa <http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/1493A2F3-DC33-4348-9B2E-338E9D9419B7/0/ChoicesIPPFEN2006.pdf> , luettu 15.6.2009.

Koskimies, K. & Mutikainen, H-K. 2008. *Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina.* Hoitotyön opinnäytetyö, Stadia ammattikorkeakoulu, Helsinki.

Kyriakis, K. P., Hadjivassiliou, M., Pappas, V. A., Flietakis, A., Stavrianeas, N. & Katsambas, A. 2003. Incidence determinants of gonorrhoea, chlamydial genital infection, syphilis and chancroid in attendees at a sexually transmitted disease clinic in Athens, Greece. *Int J Dermatol.* 42:876-881.

Kytö, H., Tuorila, H & Väliniemi, J. 2008. *Terveyskeskuspalvelujen laatu ja saavutettavuus.* Kuluttajatutkimuskeskus julkaisuja 8. Osoitteessa [http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5330/2008\\_08\\_julkaisu\\_terveyskeskuspalvelut.pdf](http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5330/2008_08_julkaisu_terveyskeskuspalvelut.pdf) , luettu 17.9.2009.

Lazarus, J. V., Himedan, H. M., Østergaard, L. R. & Liljestrand, J. 2006. HIV/AIDS knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark. *Scand J Public Health* 34(1):92-9.

Liebkind, K., Mannila, S., Jasisnkaja-Lahti, I., Jaakkola, M., Kyntäjä, E. & Reuter, A. 2004. *Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen.* Helsinki: Gaudeamus.

Litorp, H., Franck, M. & Almroth, L. 2008. Female genital mutilation among antenatal care and contraceptive advice attendees in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 87(7):716-22.

Malin, M. & Gissler, M. 2009. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. Osoitteessa <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/84/abstract> . *BMC Public Health* 9:84.

----- 2008. Induced Abortions among Immigrant Women in Finland. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3(1): 2-12.

Markkanen, K. 2005. *Maahanmuuttajat hoitoalan työyhteisössä. Tehyn selvitys monikulttuurisuudesta.* Tehyn julkaisusarja B: 3/2005. Helsinki: Tehy.

Martikainen, T. 2007. Maahanmuuttajaväestön sukupuolittuneisuus, perheellistyminen ja sukupolvisuus. Teoksessa *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ.* Toim. Tuomas Martikainen & Marja Tiilikainen. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D46/2007. Helsinki: Väestöliitto, 38-67.

Morokvasic, M. 1981. Sexuality and the control of procreation. Teoksessa *Of marriage and the market. Women's subordination in international perspective,* toim. Kate Young, Carol Wolkowitz & Roslyn McCullagh. Lontoo: CSE Books, 127-143.

Mossong, J., Putz, L., Patiny, S. & Schneider, F. 2006. Seroepidemiology of hepatitis A and hepatitis B virus in Luxembourg. *Epidemiol Infect.* 134: 573-578.

Mölsä, M. 2004. *Ajat ovat muuttuneet. Selvitys tyttöjen ja naisten ympärileikkaukseen liittyvistä asenteista ja aikeista pääkaupunkiseudulla asuvien maahanmuuttajien keskuudessa.* Helsinki: Ihmisoikeusliitto. Osoitteessa <http://www.ihmisoikeusliitto.fi/projektit/kokonainen/Mulkin%20julkaisu.pdf> , luettu 15.6.2009.

Ny, P., Plantin, L., Dejin-Karlsson, E. & Dykes, A. K. 2008. The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: Focus-group discussions and content analysis. *Midwifery* 24(3):281-90.

Philibert, M., Deneux-Tharaux, C. & Bouvier-Colle, M. H. 2008. Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care? *BJOG* 115(11):1411-8.

Pohjanpää, K., Paananen, S. & Nieminen, M. 2003. *Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002.* Helsinki: Tilastokeskus.

Pylypchuk, Y. & Hudson, J. 2008. Immigrants and the use of preventative care in the United States. *Health Economics* 18(7):783-806.

Rademakers J., Mouthaan, I. & de Neef, M. 2005. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 10(4):207-11.

Rotkirch, A. 2007. Seksi Venäjällä: Vapautumista ja vanhoilisuutta. Teoksessa *Venäläiset perheet ja seksuaalisuus murroksessa*, toim. Elina Korhonen. Helsinki: Väestöliitto.

Saarinen, A. 2007. Venäläiset maahanmuuttajat ”naisystävällisessä” Pohjolassa: Kansalaisuus ja stigmatisoitunut identiteetti. Teoksessa *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ*. Toim. Tuomas Martikainen & Marja Tiilikainen. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D46/2007. Helsinki: Väestöliitto, 125-146.

Sainola-Rodriguez, K 2009. Transnationaalinen osaaminen: Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Sargent, C. 2006. Reproductive strategies and Islamic discourse: Malian migrants negotiate everyday life in Paris, France. *Medical Anthropology Quarterly* 20(1): 31-49.

Sargent, C. & Cordell, D. 2003. Polygamy, disrupted reproduction, and the state: Malian migrants in Paris, France. *Soc Sci Med.* 56(9):1961-72.

Semenza, J. C. & Giesecke, J. 2008. Intervening to Reduce Inequalities in Infections in Europe. Preview. *American Journal of Public Health*, 98(5): 787-792.

Sinka, K., Mortimer, J., Evans, B. & Morgan, D. 2003. Impact of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa on the pattern of HIV in the UK. *AIDS* 17(11):1683-90.

Sisäasiainministeriö 2009a. Maahanmuuttajien työllistyminen ja kannustinloukut. Selvitysmies Pentti Arajärvi. Sisäasiainministeriön julkaisuja 2/2009.

Sisäasiainministeriö 2009b. Toimenpidesuunnitelma thaimaalaisten naisten kotouttamiseksi. Maahanmuutto-osasto 2.2.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Poikien ympärileikkauksia koskevaa lainsäädäntötarvetta selvittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:39

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007 – 2011 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Osoitteessa [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali\\_\\_ja\\_lisaantymisterveyden\\_edistaminen\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali__ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf) , luettu 15.6.2009.

Sourander, A. 2007. Turvapaikkaa hakevien pakolaislasten ja nuorten mielenterveys. *Duodecim* 123: 479-485.

Säävälä, M. 2007a. *Uuussuomalainen nainen etsii paikkaansa. Venäläisten ja kosovonalbaanien elämänpolut työssä ja kotona*. Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitoksen julkaisuja E29/2007.

Säävälä, M. 2007b Islam Kosovosta Suomeen muuttaneiden naisten elämässä. Teoksessa *Islam Suomessa: Muslimit arjessa, mediassa ja yhteiskunnassa*, toim. Tuomas Martikainen, Tuula Sakaranaho & Marko Juntunen. Helsinki: SKS, 111-84.

----- 2001. *Fertility and familial power relations: Procreation in South India*. Richmond: Curzon.

Tiilikainen, M. 2003. *Arjen Islam. Somalinaisten elämää Suomessa*. Tampere: Vastapaino.

----- 2004. *Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa: Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle*. Helsinki: Ihmisoikeusliitto.

Tilastokeskus 2009. Väestörakenne. Osoitteessa

[http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaerak/vaerak\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaerak/vaerak_fi.asp) , luettu 15.6.2009.

----- 2007. Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2006. Helsinki: Tilastokeskus.

Vall Mayans, M., Arellano, E., Armengol, P., Escribà, J. M., Loureiro, E., Saladié, P., Sanz, B., Saravanya, M., Vall, M. & Villena, M. J. 2002. [HIV infection and other sexually-transmitted infections among immigrants in Barcelona]. Artikkeliksi espanjaksi. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 20(4):154-6.

Vangen, S, Johansen, R. E., Sundby, J., Traeen, B. & Stray-Pedersen, B. 2004. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 112(1):29-35.

WHO 2009: Male circumcision for HIV prevention.

<http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/index.html> , luettu 15.6.2009.

Yhdenvertaisuuslaki 20.1.2004/21. <

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040021?search%5Btype%5D=pika&search> >. Luettu 16.4.2009.

## **Liitteet**

Liite 1. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Suomessa; Kysely 22.1.2009

Liite 2. Saate maahanmuuttajajärjestöille lähetettyyn kyselyyn, 22.1.2009

Liite 3. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Suomessa;

Kysely maahanmuuttajajärjestöille 22.01.2009

Liite 4. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Suomessa; Yhteenveto kyselyvastauksista, Niina Kettu 18.2.2009

Liite 5. Kuulemistilaisuus maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä palveluista ja palveluiden kehittämistarpeista 23.2.1009 klo 11.30-15.00; Ohjelma

Liite 6. Kuulemistilaisuus maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä palveluista ja palveluiden kehittämistarpeista 23.2.2009; Yhteenveto