

Essi Aalto, Mari Sönmez

Maahanmuuttajataustaisten somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteet

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

13.11.2017

Tekijä(t) Otsikko	Essi Aalto, Mari Sönmez Maahanmuuttajataustaisten somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteet
Sivumäärä Aika	43 sivua + 6 liitettä 13.11.2017
Tutkinto	Kätilö (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyö
Ohjaaja(t)	TtT, Lehtori Pirjo Koski
<p>Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli selvittää maahanmuuttajataustaisten somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteita. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ehkäisyneuvonnan parissa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille. Opinnäytetyö on osa Childbearing Migrant and Immigrant Health in Europe -verkoston suunnitteilla olevaa hanketta. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Aineistona oli viisi tutkimusartikkelia. Aineisto analysoitiin hyödyntäen induktiivista sisällönanalyysiä. Tuloksissa nousi esille kymmenen yläluokkaa, joista neljä kuvaa ehkäisyneuvonnan haasteita somalinaisten näkökulmasta ja kuusi hoitohenkilökunnan kokemia haasteita maahanmuuttajataustaisten somalinaisten ehkäisyneuvonnassa. Somalinaisten mielestä ehkäisyneuvonnan haasteet liittyvät sosiaalisiin tekijöihin. Naiset kokevat terveydenhuollon ammattilaisten asenteet negatiivisiksi. Kommunikaatio-ongelmia aiheuttavat kielitaito, tulkin käyttö sekä tiedonpuute. Kulttuurierot johtavat molemminpuolisiin väärinymmärryksiin. Somalinaisten raskauden ehkäisyyn liittyvään päätöksentekoon vaikuttavat uskonnolliset tekijät, perhe, aviomies ja yhteisö sekä muiden ihmisten kokemukset ja somalikulttuuriin liittyvät perinteet. Hoitohenkilökunnan mielestä haasteita ehkäisyneuvonnassa aiheuttavat somalinaisten suhtautuminen ehkäisyneuvonnan käyttöön. Somalinaiset eivät ole kiinnostuneita raskauden ehkäisystä ja aihetta pidetään tabuna. Naisilta puuttuu tietoa raskauden ehkäisystä. Miespuolisten lääkäreiden kanssa asioiminen koetaan uskonnollisiin syihin vedoten kiusalliseksi. Ongelmana nähdään myös ajan puute sekä somalinaisten välinpitämättömyys noudattaa sovittuja tapamisaikoja. Yhteisen kielen puute sekä ammattitaidottomien tulkkien käyttö vaikeuttavat tiedon kulkua osapuolten välillä. Myös aviomiehen osallistuminen hoitoon ja ohjaukseen liittyvään päätöksentekoon nähdään haasteena. Länsimaissa asuvien somalinaisten ehkäisyneuvonnasta on aikaisempaa tutkimustietoa suhteellisen vähän. Maahanmuuttajaryhmiä on yleisesti tutkittu enemmän, mutta kohdennettu tieto etenkin somalinaisten ehkäisyneuvonnasta on puutteellista. Nykyisen tutkimustiedon valossa on vaikea arvioida, ovatko somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteet verrannollisia muiden maahanmuuttajataustaisten naisten kanssa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että somalinaisille suunnattu raskauden ehkäisyneuvonta on haasteellisempaa kuin valtaväestöön kuuluvien naisten. Länsimaissa asuville somalinaisille tulisi järjestää kohdennettua, heidän omia tarpeitaan huomioivaa raskaudenehkäisyneuvontaa.</p>	
Avainsanat	somali, ehkäisyneuvonta, terveydenhuollon ammattilainen, haasteet, kirjallisuuskatsaus

Author(s) Title Number of Pages Date	Essi Aalto, Mari Sönmez The Challenges in Birth Control Counselling on Emigrant Somali Women 43 pages + 6 appendices 13 Nov 2017
Degree	Bachelor of Health Care (Midwifery)
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor(s)	Pirjo Koski, Senior Lecturer
<p>The objective of this thesis is to map the challenges in birth control counselling for immigrant Somali women. Our aim is to bring forth information to health care professionals working in the area of birth control counselling. This thesis is part of a project from Childbearing Migrant and Immigrant Health in Europe.</p> <p>We executed this thesis as a literature review using five research articles as material. We analysed the material using inductive content analysis which resulted in ten categories: four of which describe struggles in birth control counselling from Somali women's perspective; six of which view the same difficulties experienced by health care personnel. Somali women found the challenges faced in contraceptive counselling connected to social factors. They felt health care professionals' attitudes towards them were negative. Poor language skills, use of a translator and lack of knowledge led to communication problems. Cultural differences caused misunderstandings for both sides. Decisions regarding contraception among Somali women were influenced by religious factors, family, husbands, their community, experiences of other people and Somali cultural differences. Health care professionals found Somali women's attitudes toward birth control challenging when it came to counsel them. Somali women were not interested in contraception and the topic was considered a taboo, hence why the women were lacking knowledge. Being seen by male doctors was considered awkward due to religious views. Health care professionals felt they did not have sufficient time and that Somali women were indifferent regarding appointments. Lack of common language and use of unprofessional translators made the flow of information more difficult between both parties. The husbands' participation in the decision-making regarding treatment and counselling was also seen as challenging. Research information in contraceptive counselling regarding Somali women living in Western countries is sparse. Immigrant groups are generally studied but specific information, especially regarding birth control counselling within Somali women, is lacking. In light of current studies, it is difficult to evaluate whether the challenges faced in birth control guidance with Somali women are comparable with immigrant women from different backgrounds. We conclude that contraceptive guidance for Somali women is more challenging than for majorities of women. There should be targeted contraceptive guidance for Somali women living in Western countries to correspond to their needs.</p>	
Keywords	Somali, birth control counselling, healthcare professional, challenges, literary overview

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	2
3	Teoreettiset lähtökohdat	2
3.1	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen terveydenhuollossa maahanmuuttajien näkökulmasta	2
3.1.1	Keskeiset käsitteet	2
3.1.2	Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaana	4
3.1.3	Maahanmuuttajien ohjaus terveydenhuollossa	5
3.1.4	Maahanmuuttajan seksuaali- ja lisääntymisterveys	7
3.1.5	Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistäminen	7
3.2	Somalinaisten ehkäisyneuvonta	9
3.2.1	Laadukas ehkäisyneuvonta	9
3.2.2	Somalikulttuurin erityispiirteet ja suhtautuminen seksuaalisuuteen	10
3.2.3	Raskauden ehkäisy somalikulttuurissa	12
4	Kirjallisuuskatsauksen toteutus ja työmenetelmät	13
4.1	Tiedonhaku	14
4.2	Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset	16
4.3	Aineistoanalyysi	18
4.4	Tulokset ja raportointi	19
5	Tulokset	19
5.1	Ehkäisyneuvontaan liittyvät haasteet maahanmuuttajataustaisten somalinaisten näkökulmasta	20
5.1.1	Muilta tahoilta saadut vaikutteet	20
5.1.2	Sosiaaliset tekijät	21
5.1.3	Kommunikaatio	22
5.1.4	Kulttuurierot	23
5.2	Somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteet terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta	24
5.2.1	Suhtautuminen ehkäisyn käyttöön	24
5.2.2	Suhtautuminen lääkäreihin	25
5.2.3	Aikaan liittyvät haasteet	26
5.2.4	Kommunikaatio-ongelmat	27
5.2.5	Muilta tahoilta tulevat vaikutteet	29

5.2.6	Tiedon puute	30
6	Pohdinta ja johtopäätökset	31
6.1	Tulosten tarkastelu	31
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	34
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	37
6.4	Oman oppimisen pohdinta	39
	Lähteet	40
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku-aulukko	
	Liite 2. Taulukko analysoitavaksi valitusta aineistosta	
	Liite 3. Aineiston pelkistys	
	Liite 4. Somalainien näkökulma – pelkistetyistä aineistosta luodut ala- ja yläluokat	
	Liite 5. Terveystieteiden ammattilaisten näkökulma – pelkistetyistä aineistosta luodut ala- ja yläluokat	
	Liite 6. Ehkäisymenetelmät	

1 Johdanto

Suomessa raskauden ehkäisyneuvonta on osa seksuaaliterveyden edistämistä. Ehkäisyneuvolassa tarjotaan yksilöille ja pareille raskauden ehkäisyneuvontaa sekä mahdollisuus saada itselleen sopiva ehkäisymenetelmä. Ehkäisymenetelmän valintaan kuuluvat asiakkaan terveydellisen taustan, seksuaalikäyttäytymisen ja elämäntilanteen kartoittaminen. Kätilöt ja neuvolan terveydenhoitajat toteuttavat asiakkaan alkututkimuksen, ehkäisymenetelmän valinnan sekä ehkäisyn käytön seurannan. Ehkäisyneuvonnan parissa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten tulee olla selvillä omasta suhteestaan ja asenteistaan seksuaalisuuteen sekä hallita seksuaalineuvonnan perustaidot. Ehkäisyneuvonnan tavoitteena on edistää terveyttä seksuaalisuuteen ja ihmisuhteisiin liittyvissä asioissa. (THL 2017.)

Monikulttuuriset kohtaamiset ovat lisääntyneet kasvavan maahanmuuton myötä myös ehkäisyneuvoloissa. Terveydenhuollon ammattilaisten on tärkeää saada lisää tietoa eri kulttuurien aiheuttamista haasteista ehkäisyneuvonnassa. On myös tärkeää ymmärtää esimerkiksi se, miten uskonto vaikuttaa näkemyksiin raskauden ehkäisystä.

Aikaisemman tutkimuksen (Degni 2004) mukaan eri kulttuureissa suhtaudutaan raskauden ehkäisyyn eri tavalla, mikä voi aiheuttaa haasteita ehkäisyneuvonnassa ja asiakaskohtaamisissa. Ehkäisyn käytön ja perhesuunnittelun on Somaliassa todettu olevan hyvin vähäistä. Modernien ehkäisymenetelmien käyttöön suhtaudutaan epäillen tai siitä ei olla lainkaan kiinnostuneita. Suomessa somalialaisten naisten on huomattu suhtautuvan ehkäisyyn epäröiden, sillä sen pelätään aiheuttavan lapsettomuutta. (Degni 2004: 37.)

Tämän opinnäytetyön aiheena on maahanmuuttajataustaisten somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteet. Tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla somalinaisten ehkäisyn käyttöön liittyviä tekijöitä ja valintaan liittyviä haasteita. Tarkastelemme aihetta terveydenhuollon henkilökunnan näkökulmasta kohtaamistilanteissa sekä somalinaisten omien kokemusten pohjalta. Tavoitteena on tuottaa tietoa ehkäisyneuvonnan parissa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle, jotka toteuttavat ehkäisyneuvontaa somalinaisille. Opinnäytetyö tehtiin osana suunnitteilla olevaa kansainvälistä Child-bearing Migrant and Immigrant Health in Europe- hanketta (WoMBH-hanke).

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata somalinaisten ehkäisyn käyttöön liittyviä tekijöitä ja valintaan liittyviä haasteita. Tarkastelemme aihetta terveydenhuollon henkilökunnan näkökulmasta kohtaamistilanteissa sekä somalinaisten omien kokemusten pohjalta. Tavoitteena on tuottaa tietoa ehkäisyn parissa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille, sillä lisääntyvän maahanmuuton takia kokemustietoa tarvitaan enemmän.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset:

1. Millaisia haasteita somalalaiset itse kokevat ehkäisyneuvontaan liittyen?
2. Millaisia haasteita somalinaisten ehkäisyneuvontaan liittyy hoitohenkilökunnan näkökulmasta?

3 Teoreettiset lähtökohdat

3.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen terveydenhuollossa maahanmuuttajien näkökulmasta

3.1.1 Keskeiset käsitteet

Kulttuuri

Kulttuuri voidaan määritellä monin eri tavoin. Sitä voidaan pitää tapana rakentaa peruskäsityksiä aihealueista ja tapana ajatella sekä organisoida ympäröivää maailmaa. Ihminen oppii elämänsä aikana tiettyjä ajattelu-, käytös- ja tuntemisen malleja, jotka saavat jalansijaa tämän mielessä ja joista poisoppiminen on vaikeaa. Täten kulttuuria voidaan kutsua ns. mielen ohjelmoinniksi, sillä yksilö kantaa opittuja malleja mukanaan. Kulttuuri voidaan määritellä myös ymmärryksestä, oletuksista, arvoista, normeista sekä sosiaalisista sopimuksista rakentuvaksi kokonaisuudeksi, jonka ansiosta eri ihmisjoukkojen yhteistyö tulee mahdolliseksi. (Koski 2014:25.)

Seksuaalisuus

Seksuaalisuus on yksi elämisen laatutekijä, joka pitää sisällään biologisen, psyykkisen, sosiaalisen, eettisen ja kulttuurisen ulottuvuuden. Biologiseen ulottuvuuteen kuuluvat perinnöllisyyttä ja sukupuolisuutta koskevat asiat. Sosiokulttuurinen ulottuvuus käsittää kulttuuriin, lakeihin, uskontoon, läheisiin ihmissuhteisiin sekä eettisyyteen liittyvät seksuaalisuuden määrittäjät ja psykologinen ulottuvuus pitää sisällään kaikki ihmisen tunteet, koetut asiat, aiemmin opitut asenteet sekä käyttäytymisen ja minäkuvan osana seksuaalisuutta. Kulttuuriseen ja eettiseen ulottuvuuteen käsitetään yhteiskunnan aiemmin hyväksytyt normit. Seksuaalisuuden oleellinen osa on myös ihmisen näkemys itsestään eli oma kehonkuva. Ihmisen tulkinta omasta seksuaalisuudestaan vaihtelee ja siihen vaikuttavia asioita ovat ihmisen oma tulkinta itsestään. Ihmisen seksuaalisuus muuttuu ja vaihtelee läpi elämän. (Hautamäki-Lamminen 2012: 22.) Seksuaalisuus on yksi ihmisen perustarpeista, tarkoittaen tämän suhdetta omaan minään ja vartaloon. Seksuaalisuus sisältää rakastetuksi tulemisen, hyväksynnän ja läheisyyden, onnellisuuden, surun, pettymykset ja toiveet sekä elämisen naisena ja miehenä. Seksuaalisuuden merkitys on aina yksilöllinen ja se vaihtelee eri ihmisten välillä, eri elämäntilanteissa sekä tilanteissa. Ihminen toteuttaa seksuaalisuutta eri tavalla vanhempana kuin nuorempana ja myös seksuaalisuuden kokeminen on iästä riippuvainen. Seksuaalisuuden pysyvä yksilöllisyys on kuitenkin riippumaton elämäntilanteesta, iästä ja muista tekijöistä. Seksuaalisuus on iso osa ihmisen terveyttä ja mielenterveyttä, ja jokaisella yksilöllä on oikeus omaan elämäänsä sopivaan sekä tavoitteidensa mukaiseen seksuaalisuuteen; henkilökohtaiseen näkemykseen ja kokemukseen itsestään ihmisenä. (Rosenberg 2015: 7.)

Seksuaaliterveys

Seksuaaliterveyden käsite liittyy olennaisesti seksuaalisuuteen. WHO:n määritelmän mukaan seksuaaliterveyttä voidaan pitää tilana, joka käsittää fyysisen, psyykkisen, emotionaalisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Seksuaaliterveys edellyttää positiivista suhtautumista seksuaalisuuteen, ei ainoastaan sairauksien puuttumista. Seksuaaliterveyden toteutuminen vaatii kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien suojelemista ja kunnioittamista. (WHO 2002.) Seksuaaliterveys mahdollistaa yksilön hyväksymään oman seksuaalisuutensa ja nauttimaan siitä kokonaisuudessaan. Seksuaalinen hyvinvointi voidaankin saavuttaa toimintahäiriöistä sekä sairauksista huolimatta hyväksymällä oma itsensä. Seksuaalista hyvinvointia sekä seksuaaliterveyttä tulee vaalia, sillä ne ovat tärkeitä sekä huomionarvoisia asioita osana ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. (Hautamäki-Lamminen 2012: 22.)

3.1.2 Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaana

Maahanmuuttajien terveystalveluiden käyttö Suomessa on yleensä vähäisempää kantaväestöön verrattuna ja syynä tähän on mainittu kieliongelmat sekä suomalaisten organisaatioiden outous (Koski 2014: 49). Keskeisimmiksi ongelmiksi terveydenhuollossa ovat muodostuneet kieliongelmat ja tulkkauksalveluiden puutokset, riittämättömät tiedot järjestelmän toiminnasta, hoitohenkilökunnan negatiivinen suhtautuminen, hoitohenkilökunnan tiedon puute maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden terveyshistoriasta ja tarpeista sekä riittämättömät diagnosointimenetelmät ja kulttuurisensitiivisyyden puute. Vaikka maahanmuuttajat ovat yleisesti tyytyväisiä suomalaisten terveystalveluiden laatuun, osataan ongelmatkin tuoda myös esille. Somalitaustaiset asiakkaat ovat listanneet ongelmallisimmiksi terveydenhuollon henkilökunnan negatiiviset asenteet ja ennakkoluulot, kielelliset ongelmat, ajanpuutteen, joustamattomuuden vastaanottoajoissa sekä henkilökunnan riittämättömän tietotason asiakkaiden kulttuuritaustoja ja perinteisistä hoitokeinoja koskien. (Koski 2014: 49-50.)

Hoitotyön eettiset periaatteet ohjaavat monikulttuurista hoitotyötä ja maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kohtaamistilanteita. ETENE eli terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on määrittänyt terveydenhuollon yleiset eettiset periaatteet, jotka jokaisen terveydenhuollon piirissä työskentelevän ammattilaisen tulisi osata. Periaatteita ovat: asiakkaan oikeus hyvään hoitoon, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, kunnioitus ihmisarvoa kohtaan, myönteinen ilmapiiri, riittävä ammattitaito ja kollegiaalinen suhtautuminen yhteistyöhön (Keituri 2005: 13, 15.) Terveydenhuollon asiakkailla on oikeus osallistua päätöksentekoon itseä koskevissa asioissa, mutta osallistuminen edellyttää tietoa terveydenhuollon tarjoamista palveluista, sairaudesta, terveydentilasta, hoidosta sekä hoitovaihtoehtoista. Jotta asiakkaat tuntisivat itsensä hyvin kohdelluiksi, ymmärretyksi ja aidosti kuulluiksi, tulee heitä hoitaa kulttuurilähtöisesti. (Koski 2014: 50.)

Maahanmuuttajien määrä on kasvussa, jonka vuoksi terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat maahanmuuttajataustaisia asiakkaita missä tahansa työtilanteessa tai tehtävässä. Työntekijöillä on oltava riittävästi tietoa ja taitoa kohdata asiakkaita eri kulttuureista. (Berlin 2010: 25, Rätty 2002: 210.) Työskenneltäessä maahanmuuttajien kanssa tulee ottaa huomioon perheen merkitys asiakkaalle ohjausta annettaessa. Yleisesti hoitajat ovat tottuneet yksilökeskeiseen kulttuuriin, mutta yhteisökeskeisyys korostaa yhteisön, perheen ja läheisten merkitystä asiakkaan elämässä ja päätöksissä. (Korhonen – Puukari 2013: 13, 21, 26.)

Maahanmuuttajilla on erilaiset tarpeet terveydenhuollon asiakkaina valtaväestöön verrattuna ja ne koskevat yleensä käsitteitä elämästä ja kuolemasta, terveydestä ja sairauksista sekä yhteisöstä ja yksilöstä. Terveydenhuollon on tarjottava maahanmuuttajille riittävästi tietoa ymmärrettävässä muodossa ja tarvittaessa tulkkipalvelua. Hoidon toteutuksesta ja eri hoitovaihtoehtoista keskusteltaessa tulee lähtökohtana olla asiakkaan arvojen, tapojen ja elämän kunnioitus, yhteisymmärrys sekä toiveiden noudattaminen mahdollisuuksien mukaan. (Koski 2014: 50.) Terveydenhuollon työntekijöiden on toimittava vilpittömästi ja avoimesti sekä käyttäytyttävä empaattisesti kohdatessaan maahanmuuttaja-asiakkaita. Hoitosuhteen tulisi myös pyrkiä molemminpuoliseen dialogiin. (Korhonen – Puukari 2013: 66.) Maahanmuuttajia kohdatessa tulee muistaa asiakkaiden yksilöllisyys, ja eri kulttuureihin liittyvät stereotyyppit eivät saa hallita asiakassuhteen vuorovaikutusta (Räty 2002: 210). Kulttuurien moninaisuus ja maahanmuuttajien eroavaisuudet on otettava huomioon jo palveluiden suunnitteluvaiheessa, jotta palveluita ei suunnitella vain suurimmille kulttuurisille ryhmille (Apter – Eskola – Säävälä – Kettu 2009: 4). Eri kulttuureista tulevia asiakkaita kohdatessa on työntekijän huolehdittava riittävästä ammatillisesta tietotasosta, sensitiivisyydestä ja asiakkaita sekä heidän kulttuuriaan kunnioittavasta vuorovaikutustaidosta. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi pitää yllä sekä kehittää osaamistaan ja ammattitaitoaan, jotta monikulttuurisessa kohtaamisessa tarvittava asenne, ennakkoluulottomuus, herkkyys, ymmärrys ja vuorovaikutustaidot pysyvät ajan tasalla. Myös moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. (Koski 2014: 50-51.)

3.1.3 Maahanmuuttajien ohjaus terveydenhuollossa

Terveysneuvonta on terveyskasvatuksellinen työmuoto ammattilaisen ja potilaan välillä ja se sisältää aina vuorovaikutusta. Terveysneuvonta alkaa tarpeesta ja neuvonnan tarpeen tunnistamisesta. Neuvonnan sisältö ja määrä ovat ennalta valittuja tarpeiden tärkeysjärjestyksen mukaan. (Koski 2014: 42.) Maahanmuuttajien terveysneuvonnassa on otettava huomioon maahanmuuttajien lisääntymisterveyden tekijät, kuten koulutus, ikä, syy maahanmuuttoon, maahanmuuttajien sosioekonominen asema niin kotimaassa kuin Suomessakin, sukupuoli, perhetilanne, kielitaito, seksuaalinen suuntautuminen ja taustakulttuuri (Koski 2014: 51). Ohjatessa maahanmuuttaja-asiakkaita, terveydenhuollon ammattilaisten tulee huomioida ohjauksessa kulttuurien erilaisuus ja toimia kulttuuritietoisesti eli ottaa huomioon kulttuurin vaikutukset niin itsessä kuin ohjattavassa maahanmuuttajassakin. Onnistuessaan ohjaus edellyttää luottamuksen syntymistä

osapuolten välillä sekä hyvää kontaktia. (Oja – Matikainen 2011: 4, 6.) Ohjaajan ja asiakkaan yhteinen kieli on yksi tärkeimmistä tekijöistä ohjaustilanteessa (Oja – Matikainen 2011: 7). Maahanmuuttajien kanssa työskenneltäessä olisi suotavaa, että terveydenalan ammattilaisten joukosta löytyisi eri kulttuureista tulleita henkilöitä, sillä kommunikointi omalla äidinkielellä on asiakkaalle miellyttävintä ja tehokkainta (Adjekughele 2003: 62).

Ohjaustilanteiden lähtökohtana terveydenhuollon ammattilaisen on huomioitava, että asiakkaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys sekä ohjaussuhteissa asiakkaan toiveet ja näkemys itsestä ovat pääroolissa (Hankonen – Kaarlela – Palosaari – Pinola – Säkkinen – Tolonen – Virola 2006: 24). Hoitajalla on vastuu oikeanlaisen ja tarpeellisen tiedon antamisesta sekä asiantuntijan roolissa olemisesta (Koistinen 2007: 432). Ohjaustilanteen keskustelu on dialogista ja asiakkaalle on annettava mahdollisuus esittää tarkentavia lisäkysymyksiä ja mielipiteitään. Asiakkaan ikä, vastaanottokyky, voimavarat ja tunteet tulee ottaa huomioon, jotta mahdolliset ohjaustilanteen esteet tulisivat esille. (Hankonen ym. 2006: 28, Koistinen 2007: 434.) Yhteisen kielen puuttuessa, ohjausta antavan terveydenhuollon ammattilaisen tulee puhua yksinkertaisesti ja selkokielisesti sekä käyttää selkeitä kielellisiä ilmaisuja (Oja – Matikainen 2011:8). Suullisen ohjauksen tueksi tarvitaan usein kirjallisia ohjeistuksia, joiden avulla asiakas voi myös palauttaa myöhemmin mieleensä vastaanotolla läpikäytyjä asioita (Torkkola ym. 2002: 29, 32). Maahanmuuttajille kohdennetun materiaalin tulee olla kirjallista, kuvallista sekä audiovisuaalista ja ohjausmateriaalin sisällön selkokielistä, havainnollista sekä kulttuurisensitiivistä. Hyödyllisiä ohjausmenetelmiä kirjallisen materiaalin lisäksi ovat luennot, tietoiskut ja internet-sivustot. (Apter ym. 2009: 3, 29, 35.) Omaa terveyttä käsittelevän tiedon saaminen omalla äidinkielellä tai muulla ymmärrettävällä kielellä on asiakkaan perusoikeus (Adjekughele 2003: 55,57).

Somalialaiset ovat etenkin pääkaupunkiseudulla keskeinen terveyspalveluita käyttävä ryhmä, minkä kautta on herännyt käytännön kysymyksiä liittyen toista uskontoa tai kulttuuria edustavien hoitoon. Somaliperheet ovat Suomessa tutustuneet täysin uudelleen terveydenhuoltojärjestelmään ja teknologiaan. Pelko saattaa johtaa toimenpiteistä kieltäytymisiin ja kielitaidon puutteesta johtuen voi syntyä hämmennystä. Rokotuksiin ja sairauksien kotihoitoon liittyvä yleistieto saattaa olla puutteellista Somaliasta tulleiden maahanmuuttajien keskuudessa ja ehkäisevä terveydenhuolto on käsitteenä tuntematon. Mielenterveyspalveluiden käytössä on nähtävissä haasteita, sillä länsimaissa tunnettuja mielenterveysongelmia ja niiden hoitoa ei Somaliassa yleisesti ottaen tunneta.

Oireet liitetään sairauden sijaan pahaan silmään, henkiin ja noituuteen. (Mölsä – Tiilikainen 2007:453.) Yleistiedon puutteesta johtuen lääkärin on tärkeää antaa kattavaa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä potilaalle että tämän omaisille. Potilaan huolia, kokemuksia ja käsityksiä ei tule vähätellä, mutta terveydenhuollon ammattilaisten tulee silti saattaa potilaalle tarvittava faktatieto ja pyrkiä luomaan luottamuksellinen hoitosuhde. Potilaalle on kerrottava perinteisiin hoitomenetelmiin ja lääkityksen mahdolliseen laiminlyöntiin liittyvät seuraukset ja riskit. (Mölsä —Tiilikainen 2007:455.) Yleisesti ottaen somalialaisperheet kuitenkin tuntevat arvostusta suomalaisia terveydenhuoltopalveluja kohtaan (Mölsä — Tiilikainen 2007:453).

3.1.4 Maahanmuuttajan seksuaali- ja lisääntymisterveys

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä pidetään yhtenä intiimeimmistä terveyden osa-alueista ja varsinkin maahanmuuttajien kohdalla vieraan kielen käyttäminen ja uusi ympäristö tuottavat vaikeuksia. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavat monta tekijää, kuten ikä, sukupuoli, perhetilanne, kulttuurinen tausta, uskonnollinen tausta, syy muuttoon, sosioekonominen asema kotimaassa, seksuaalihistoria ja -suuntautuneisuus sekä koulutus. (Klemetti – Raussi-Lehto 2014: 76.) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita suunniteltaessa tulisi kiinnittää huomiota maahanmuuttajien moninaisuuteen eli eri kulttuuritaustoihin, kieleen, sosiaaliseen asemaan ja koulutukseen. Tulevaisuudessa Suomessa on enenevässä määrin monikulttuurisia nuoria, joiden molemmat vanhemmat ovat muuttaneet Suomeen ulkomailta, joten aikuistessa ja perheen perustamisessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden on oltava saatavilla. Väestöliitto on laatinut toimintasuunnitelman, jossa maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden haasteet on jaettu kolmeen ryhmään. Ryhmiä ovat riskien ja sairauksien epidemiologia, kulttuuriset ja psykososiaaliset tekijät sekä haasteet liittyen kommunikaatioon. (Klemetti – Raussi-Lehto 2014: 77.)

3.1.5 Maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistäminen

Monikulttuurinen terveyden edistäminen tarkoittaa terveyden edistämistä, joka suunnataan etniseltä tai kulttuuritaustaltaan erilaisille yksilöille tai yhteisöille, ja se perustuu tasa-arvoon, oikeudenmukaisuuteen sekä yksilön tai yhteisön voimavarojen vahvistamiseen (Koski 2014: 51). Monikulttuurisen terveyden edistämisen haasteet ovat demografisia, kulttuurillisia sekä terveydenhuoltojärjestelmään liittyviä. Demografisiin haas-

teisiin kuuluvat muun muassa sukupuoli, äidinkieli, etnisyys, ikä ja koulutus. Kulttuurisia haasteita ovat elämäkatsomus, terveyskäyttäytyminen, uskonto, terveysuskomukset sekä ravitsemustavat ja -tottumukset. Terveystieteiden tutkimuksen tekijöitä ovat länsimaisten lääketieteen menetelmien tietämättömyys, kompetenssin ja kulttuurisensitiivisyyden puuttuminen, kommunikaatio-ongelmat, länsimaista kansanterveyttä koskevat uskomukset sekä monikielisen ja monikulttuurisen henkilöstön puute. (Koski 2014: 55.)

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisen ohjelman (2006) mukaan terveydenhuollon ammattilaisten asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta, monikulttuurista osaamista sekä tietoa erityisryhmien erityistarpeista ja –tilanteista tulee lisätä (Apter ym. 2009: 25). Ammatilliset tarvitsevat tietoa maahanmuuttajien tavoista, tarpeista ja uskonnosta, sekä tietoa kulttuurivähemmistön seksuaaliterveystiedon tasosta, laadusta, tabuista, uskomuksista ja tavoista. Työntekijöillä on liian vähän tietoa ympärileikkauksen ja muuta väkivaltaa kokeneiden ihmisten kohtaamisesta. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisen ohjelman mukaan julkisissa palveluissa ei huomioida riittävästi maahanmuuttajien seksuaaliterveyden erityistarpeita ja heidän perustiedon puutettaan ei ole huomioitu opetusmateriaalissa. Erityisesti maahanmuuttajanuorille olisi annettava mahdollisuus keskustella heidän vanhempiansa ja valtakulttuurin normien välisistä mahdollisista ristiriidoista. (Apter ym. 2009: 25-26.)

Seksuaaliterveyden edistäminen on noussut kansainvälisesti ajankohtaiseksi aiheeksi osana terveyden edistämistä. Lisääntyneen maahanmuuton myötä seksuaaliterveyden edistämässä tulee huomioida myös erityisryhmät kuten maahanmuuttajat. Länsimaissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden laadukkaita palveluita on saatavilla, mutta palvelujen kohdistaminen ja toteuttaminen muulle kohderyhmälle kuin valtaväestölle on haastavaa. Olemassa olevien palvelujen laatu heikkenee muun muassa kielimuurin ja tulkkipalvelujen puutteiden vuoksi sekä oikeanlaisen materiaalin puutteellisuuden takia. Maahanmuuttajien osallistaminen palvelujen piiriin aiheuttaa myös haasteita ja palvelujen laadun heikkenemistä. (Apter ym. 2009: 1-2.)

Koska raskauden ehkäisy ja seksuaaliterveys kokonaisuutena koskettaa ihmisen arkaluontoisia ja yksityisiä osa-alueita terveydessä, on niiden käsitteleminen vieraalla kielellä ja vieraassa ympäristössä vaikeaa. On myös huomioitava eri kulttuurien suhtautuminen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Uskonto näyttää suurta roolia varsinkin islamilaisista maista tulleiden maahanmuuttajien arjessa, minkä vuoksi esimerkiksi somali-

taustaisten asiakkaiden kohdalla on tunnettava uskonnon erityispiirteet osana elämää. (Apter ym. 2009: 7-8, Koski 2014: 55.)

Maamu- tutkimuksen mukaan somalitaustaisten naisten joukossa esiintyy eniten seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmia muihin vähemmistöihin verrattuna, mikä näkyi esimerkiksi korkeampana perinataalikuolleisuutena (Klemetti – Raussi-Lehto 2014: 78). Myös epäluotettavien ehkäisymenetelmien käyttö ja spontaanit keskenmenot ovat somalitaustaisilla naisilla yleisempiä (Klemetti – Raussi-Lehto 2014: 79). Terveystieteiden ammattilaiset sekä maahanmuuttajat itse kokevat, että hoidossa, ohjaustavoissa ja ohjaukseen liittyvissä ohjeissa on puutteita. Nämä puutteet aiheuttavat informaatiokatkoksia sekä väärintymmärryksiä. (Adjekughele 2003: 57; Berlin 2010: 38.) Monikulttuurisen terveysneuvonnan tulee olla asiakas- ja yhteisölähtöistä ja sen kehittämisessä on keskeistä osallistumismahdollisuuksien parantamiseen sekä tasa-arvon toteutumiseen. Maahanmuuttajien terveyden edistäminen sekä terveysneuvonta tulisi nähdä koko maan terveyden edistämisenä; terveydenhuollon ammattilaisten monikulttuurista osaamista on kehitettävä ja moniammatillista yhteistyötä lisättävä. (Keituri 2005: 46.) Terveystieteiden resurssien suuntaamisessa on otettava huomioon alueelliset erot maahanmuuttajien määrässä ja keskitettävä resurssit alueille, joissa maahanmuuttajien osuus väestöstä on merkittävä, sillä maahanmuuttaja vie vastaanotolla 1,5 kertaisen ajan muuhun väestöön verrattuna (Apter ym. 2009: 29). Raskauden ehkäisyn näkökulmasta tulisi ehkäisypalveluiden olla matalan kynnyksen palvelupisteitä, joihin on helppo hakeutua ja jossa annetaan informaatiota ehkäisymenetelmistä, seksitaudeista ja ehkäisyn merkityksestä. Oikean tiedon antamisella voidaan ehkäistä vääriä uskomuksia ja lisätä maahanmuuttajien kykyä vaikuttaa heidän omaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteensä. Ehkäisyn parissa työskenteleville perusterveydenhuollon ammattilaisille tulisi antaa tarpeeksi tietoa maahanmuuttajista ja heidän tavoistaan erillisen maahanmuuttajille suunnatun palvelun sijasta. (Apter ym. 2009: 38.)

3.2 Somalinaisten ehkäisyneuvonta

3.2.1 Laadukas ehkäisyneuvonta

Laadukas ehkäisyneuvonta on osa seksuaaliterveyden edistämistä ja ehkäisyyn liittyvää neuvontaa tarvitsevat eri ikäiset naiset eri vaiheissa elämää. Sen haasteena on motivoida asiakkaita sitoutumaan valittuun ehkäisymenetelmään. (Tikka 2007: 601.)

Ehkäisyneuvonnan tavoitteina ovat auttaa ihmisiä välttämään ei-toivottuja raskauksia ja sen myötä raskaudenkeskeytysten määrää, suojella hedelmällisyyttä ja ehkäistä sukupuolitauteja sekä mahdollistaa terve ja tasapainoinen sukupuolielämä. Neuvonnassa on huomioitava se, miten kohdata naiset aina teini-ikästä lähes vaihdevuosi-ikäen saakka. Myös eri kulttuureista tulevat naiset luovat haasteita yhteisen kielen puuttumisen ja erilaisen kulttuuritaustan vuoksi. Ehkäisyä tarvitseva asiakas tulee aina kohdata yksilönä ja kunnioittaa hänen toiveitaan ehkäisy-suhteen terveystieteelliset näkökulmat huomioiden. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla pystytään kohtaamaan erilaisista taustoista ja eri elämäntilanteissa olevia asiakkaita. Tarkka anamneesi on edellytys oikean ehkäisy menetelmän valinnalle (Tikka 2007: 601-602.) Yleisimmät käytössä olevat ehkäisy menetelmät on kuvattu liitteessä 6 (liite 6).

3.2.2 Somalikulttuurin erityispiirteet ja suhtautuminen seksuaalisuuteen

Somalian valtionuskonto on islam, ja arviolta 99,8 % väestöstä on sunnimuslimeja (Degni — Mazengo — Vaskilampi — Essen 2008: 1). Islam on kristinuskon jälkeen maailman toiseksi suurin uskonto kattaen yli 1,5 miljardia jäsentä (Hallenberg 2008: 74). Keskeistä uskonnossa on Allahin (=Jumalan) tunnustaminen ihmiskunnan ja maailmankaikkeuden luojaksi (Srikanthan — Reid 2008: 132), uskominen profeetta Muhammedin olleen viimeinen profeetta sekä tälle ilmoitetun pyhän kirjan Koraanin olevan täydellinen ja lopullinen sanoma ihmiskunnalle (Islamopas 2016). Islamia pidetään uskonnon lisäksi elämäntapana ja sitä harjoittavan henkilön, muslimin, tulisi elää islamin arvojen mukaisesti pyrkimällä hyvään ja pidättäytymällä pahasta (Tampereen islamin yhdyskunta). Islam kattaa itse uskon lisäksi myös lain, Sha`riän, joka sisältää yksityiskohtaiset ohjeet koskien muun muassa palvontaa, käytöstapoja, perintöä, taloudenhoitoa, rikoksista seuraavia rangaistuksia, perhenormeja, kansainvälisiä suhteita sekä sosiaalista turvallisuutta (Islamopas 2016). Somalian lainsäädäntö on saanut vaikutteita Sha`riasta, mistä osaltaan johtuu maan asukkaiden luja kiintymys islamiin (Degni ym. 2008: 1).

Islamilaisen elämäntavan lisäksi somalikulttuurissa korostuvat erityisesti vanhempien ihmisten kunnioitus sekä suulliset perinteet. Avioituminen ja lasten hankkiminen on suotavaa ja somalialaiset pitävätkin perhettä sosiaalisen järjestelmän keskipisteenä. (Koski 2014: 24-25.) Somalialaiset menevät naimisiin keskimäärin 15-24 -vuotiaina ja miehet hieman myöhemmin (Degni 2004: 32). Somalialaisyhteisön sosiaaliturvana voidaan pitää perheen sosiaalisia verkostoja. Miehen tehtävänä on vastata perheen toi-

meentulosta ja nainen huolehtii lastenhoidosta sekä -kasvatuksesta ja taloudesta. Suomessa kuitenkin on nähtävissä perheiden sisäisten roolien muuttuminen erityisesti somalimiesten ottaessa enemmän osaa lasten- ja kodinhoitoon sekä synnytykseen. (Koski 2014: 24-25.)

Islam määrittelee suurelta osin Somalialaisten ihmisten elämää ja käyttäytymistä, kuten pukeutumista, puhtautta ja sukupuolielämää. Vastakkaista sukupuolta kohtaan ei läheisyyttä pidetä hyväksyttävänä, elleivät henkilöt ole sukulaisia keskenään. Puhtaus on tärkeä osa muslimin elämää ja se toteutuu arjessa ennen päivittäisiä rukouksia tehtävien pesujen ja kuukautisten sekä yhdynnän jälkeen tehtävän rituaalisuihkun muodossa. Naisten tulisi poistaa ihokarvat sukupuolielinten ympäriltä ja miehet ovat ympärileikattuja. (Hallenberg 2008: 86.) Koraani määrittelee sekä miehille että naisille säädylisen pukeutumisen eli naisilla tulee olla vartalo ja hiukset peitettynä ja vaatteiden riittävän löysiä, jotta kehon muodot eivät erottuisi. Miesten tulee peittää vähintään navan ja polvien välinen alue. Alastomana olemista vältellään yleisesti ottaen muiden nähden ja ainoastaan pienet lapset nähdään ilman vaatteita kylvetyksen aikana. Alastomuus on sallittua puolison läsnä ollessa. (Hallenberg 2008: 82.) Seksuaalinen kanssakäyminen kuuluu ainoastaan avioliittoon ja tyydytyksen tulee olla molemminpuolista. Homoseksuaalisuuden harjoittaminen on kiellettyä niin naisten kuin miestenkin välillä. (Hallenberg 2008: 88-97; Hajjar 2004: 98-105.) Islamilaisten maiden kouluista puuttuu usein sukupuolikasvatus ja lisääntymisbiologiaakin ainoastaan sivutaan biologian tunneilla. Perheissä ei ole tavallista puhua sukupuoliasioista, minkä vuoksi esimerkiksi kuukautiset saattavat tulla tytöille yllätyksenä. Ehkäisy sallitaan, mutta abortti vaatii aina jonkin lääketieteellisen perustelun. (Hajjar 2004: 91-110.)

Somalikulttuuriin sisältyvästä kunniaan liittyvästä väkivallasta on vain vähän tutkimustietoa. Kunniaväkivaltaa toteuttavat henkilöt liittävät kunnian erityisesti naisten sekä tyttöjen siveellisyyteen. Vuodesta 2010 toiminut Kitke -hanke toimii kunniaan liittyvän väkivallan ehkäisemiseksi ja se muun muassa ylläpitää puhelinpäivystystä viranomaisille ja perheille, jotka joutuvat tekemisiin kunniaan liittyvän väkivallan kanssa. (Klemetti – Raussi-Lehto 2014: 78.)

Tyttöjen ympärileikkaus ts. sukupuolielinten silpominen Somaliassa on erittäin yleistä (Koski 2014: 24-25). Termillä tarkoitetaan tyttöjen sukupuolielinten osittaista tai täydellistä poistoa tai niiden turmelemista muilla tavoin (Akar — Tiilikainen 2004: 17). Silpomisesta harjoitetaan useassa Afrikan maassa ja se nähdään naiseuteen siirtymisen riitti-

nä sekä seksuaalisuuden kontrolloimisena. Tapa perustuu vanhoihin perinteisiin ja sillä on paljon sosiaalisia merkityksiä. (Akar — Tiilikainen 2004: 2,17; Koski 2014: 24-25.) Tyttöjen ympärileikkauksen oikeellisuuden kyseenalaistaminen on alkanut lisääntyä Suomessa asuvien somalainesten keskuudessa (Koski 2014: 24-25). Ympärileikkaukset voidaan jakaa neljään eri luokkaan sen mukaan, miten silpominen on toteutettu ja mitä on leikattu pois (Mölsä 2004: 116-121). Ympärileikkausta käytetään vähentämään naisen seksuaalisia haluja ja varmistamaan morsiamen neitsyys naimisiin mennessä. Se merkitsee myös lapsen muuttumista naiseksi. Jotkut kulttuurit uskovat, että naisesta tulee hedelmällisempi ympärileikkauksen myötä, ja että naisen sukupuolielimiä pidetään liian rumina, likaisina ja loukkaavina, jolloin naisesta tulee hygieenisempi ja kauniimpi ympärileikkauksen jälkeen. (Hajjar 2004: 115; Mölsä 2004: 116-119.) Ympärileikkauksen perinne loukkaa ihmisoikeuksia ja sillä on negatiivisia vaikutuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen (Klemetti – Raussi-Lehto 2014: 79).

3.2.3 Raskauden ehkäisy somalikulttuurissa

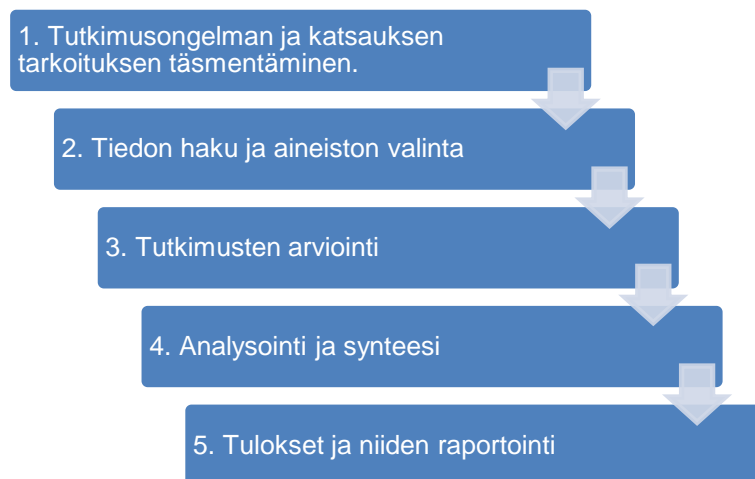
Ehkäisyllä pyritään estämään sekä raskaus että sukupuolitautilien leviäminen (Väestöliitto). Suomessa eniten käytettyjä ehkäisymenetelmiä ovat kondomi ja ehkäisypillerit. Oikeanlaista ehkäisymenetelmää harkittaessa on tärkeää tuntea eri menetelmien haittavaikutukset, jotka vaihtelevat systeemisistä paikallisiin. Ehkäisyn turvallisuus, hinta, palautuvuus, kesto, haittavaikutukset, luotettavuus, terveysvaikutukset ja riippuvuus yhdyntätilanteesta ovat oikean menetelmän valintaprosessissa vaikuttavia tekijöitä. (Heikinheimo — Suhonen — Lähteenmäki 2011.) Tavallisimmat ehkäisymenetelmät on kuvattu liitteessä 6 (liite 6).

Ehkäisymenetelmien käyttöön liittyvät säädökset vaihtelevat islamin eri suuntausten sisällä jonkin verran, minkä lisäksi yksilötasolla ehkäisyn käyttöön vaikuttavat uskomusten, arvojen ja asenteiden lisäksi aikaisemmin saatu tieto eri ehkäisymenetelmistä (Degni — Mazengo — Vaskilampi — Essén 2008: 2). Keskeytettyä yhdyntää pidetään yleisesti ottaen hyväksyttävänä ehkäisykeinona (Hallenberg 2008: 93-94) ja se oli jo islamin alkuaikoina tiedossa oleva ehkäisymenetelmä (Akar — Tiilikainen 2004: 4). Modernit ehkäisykeinot ovat lisäksi sallittuja, kunhan ne ovat turvallisia, laillisia ja palautuvia. Valitun ehkäisyn ei tule toimia abortoivana menetelmänä, joskin poikkeustilanteita ovat esimerkiksi raiskaustapaukset, joissa jälkiehkäisypillerin ottaminen on hyväksyttävää. (Hallenberg 2008: 110.) Sterilisaatiot eivät pääsääntöisesti ole sallittuja menetelmän lopullisuuden vuoksi ja raskaudenkeskeytys on kiellettyä, sillä aborttia pide-

tään murhana. Poikkeuksia tehdään kuitenkin sekä sterilisaation että abortin kohdalla esimerkiksi tilanteissa, joissa uusi raskaus vaarantaisi naisen hengen. (Akar — Tiilikainen 2004: 14; Hallenberg 2008: 110; Srikanthan — Reid 2008: 132-133.) Ehkäisyä tulee käyttää vain avioliiton sisällä (Srikanthan — Reid 2008: 132-133) ja sopivan menetelmän valinnasta päättävät puoliset yhdessä (Hallenberg 2008: 93). Suun kautta otettavan ehkäisyyn käyttöä ei somalialaisten keskuudessa pidetä sopivana ja sen sijaan suositetaan kohdunsisäisiä ehkäisymenetelmiä (Degni 2004: 76). Käytössä olevia ehkäisymenetelmiä ovat olleet perinteiset ehkäisymenetelmät kuten keskeytetty yhdyntä, pitkä imetys ja varmojen päivien laskeminen. Somalialaisten tietoperusta kondomin käyttöön ja naisten raskaudenehkäisyyn on vähäistä ja perhesuunnittelua ei suositeta. (Degni ym. 2008: 2.)

4 Kirjallisuuskatsauksen toteutus ja työmenetelmät

Opinnäytetyö toteutetaan kartoittavana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään arvioimaan saatavilla olevaa tietoa, saamaan kokonaisvaltainen kuva aikaisemmista tutkimuksista sekä tunnistamaan tarve mahdolliselle jatkotutkimukselle. Kirjallisuuskatsauksen prosessissa on viisi vaihetta (kuvio1).



Kuvio 1: Kirjallisuuskatsauksen viisi vaihetta

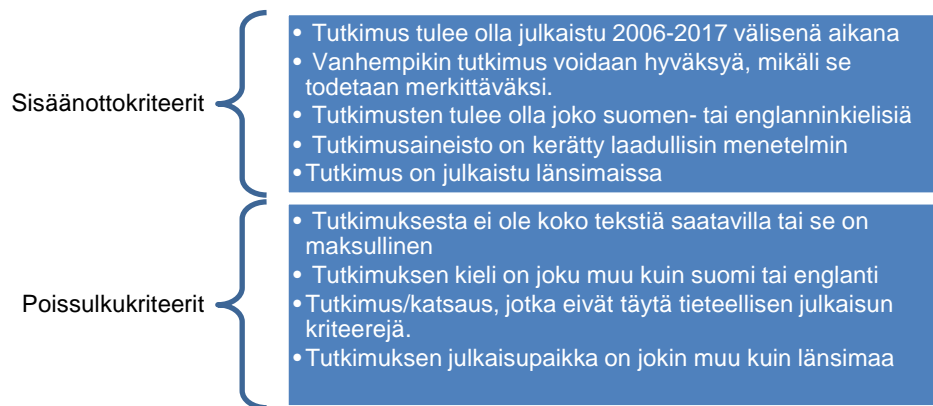
Katsaus alkaa tutkimusongelman ja tarkoituksen määrittelyllä. Toiseen vaiheeseen kuuluvat kirjallisuushaku sekä aineiston valinta. Kirjallisuuskatsaus toteutetaan hyödyn-tämällä systemaattista kirjallisuushakua, joka vaatii strategian, ja sen päämääränä on kaiken tutkimuskysymykseen vastaavan aineiston löytäminen. Kirjallisuushaun jälkeen

keskitytään mukaan valittujen tutkimusten arviointiin, jotta saadaan selville alkuperäis- tutkimusten tiedon kattavuus, tiedon relevanttius oman kirjallisuuskatsauksen kannalta sekä tulosten edustavuus. Kirjallisuuskatsauksen toiseksi viimeinen vaihe sisältää aineiston analysoinnin ja synteesin. Lopuksi tulokset raportoidaan, mikä tarkoittaa katsauksen työstämistä lopulliseen muotoonsa. (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 8, 10, 23-25, 28, 30, 32, 107.)

4.1 Tiedonhaku

Tiedonhakuprosessia pidetään katsauksen luotettavuuden kannalta merkittävänä, min- kä vuoksi huolellisen hakustrategian luominen on tärkeää ennen varsinaisen haun aloi- tusta. Hakustrategiaan kuuluu olennaisena sisäänotto- ja poissulkukriteerien määrittäminen, mikä auttaa kirjallisuuskatsauksen pysymistä muotoillun fokuksen sisäpuolella. Täsmäl- liset hakusanat ja hakulausekkeet ovat välttämättömiä tietokantahauille. Kirjallisuus- haun avulla pyritään etsimään kaikki olennaisesti tutkimuskysymykseen liittyvä aineis- to, joita ovat pääasiassa alkuperäistutkimukset. Sähköisen haun lisäksi manuaalinen haku on suositeltavaa, sillä yksin sähköisistä tietokannoista tehdyllä haulilla ei välttämät- tä löydy yhtä kattavaa hakutulosten määrää. (Stolt ym. 2016: 25-26.)

Tiedonhaku toteutettiin kaksivaiheisena. Ensimmäinen alustava tiedonhaku toteutettiin tammikuussa 2017 ja kattavampi haku syksyllä 2017. Tiedonhakuun valittiin kolme tietokantaa, sillä haku useammasta tietokannasta edesauttaa kattavan aineiston löytä- misessä (Stolt ym 2016: 42). CINAHL: ia (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) pidetään keskeisenä tietokantana hoitotieteen aineiston etsintään, ja PubMed on kaikille saatavilla oleva käyttöliittymä, jonka omistaa U.S National Library on Medicine (Stolt ym. 2016: 43, 45). Kolmanneksi tietokannaksi valittiin Sciencedirect kattaen lukuisia aihepiirejä sekä tieteenaloja. Toisen haun tarkoitus oli etsiä uusia artik- keleita ja päivittää haku käyttämällä samoja hakusanoja sekä kriteereitä kuin alusta- vassa tiedonhaussa. Tiedonhaussa käytettiin muun muassa seuraavia hakusa- nayhdistelmiä: *”somalı and contraception”*, *”somalı and contraceptive use”*, *”somalı and reproductive”*, *”somalı and birth control”*, *”immigrant and contraception”*, *”reproductive health immigrant”*, *”somalı and family planning”*, *”somalı and reproductive health”*, *”so- mali and health care professional”*, *”somalı and migrant and reproductive health”*, *”sex- ual and reproductive health and migrant women”*, *”somalı contraceptive”*, *somalı and patient communication”*, *”reproductive health and immigrant”* ja *” the acceptability of contraception somalı”*. Tarkempi hakutaulukko löytyy liitteistä (liite 1).



Kuvio 2. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Opinnäytetyön hakuprosessia varten aineistolle laadittiin tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tutkimuksen tuli olla julkaistu vuosien 2006-2017 välisenä aikana. Poikkeustapauksissa aineistoksi voitiin hyväksyä myös hieman vanhempia tutkimuksia. Aineiston tuli olla joko suomen- tai englanninkielistä ja kerätty kvalitatiivisin menetelmin. Aineisto rajattiin länsimaihin. Analyysiin ei hyväksytty sellaisia tutkimuksia, joiden kieli on jokin muu kuin suomi tai englanti tai joista ei ollut koko tekstiä saatavilla. Lisäksi tutkimukset, jotka eivät täyttäneet tieteellisen julkaisun kriteerejä tai jotka olivat julkaistu muualla kuin länsimaissa, hylättiin.

Hakuprosessin tuloksena valitut tutkimukset arvioidaan ottamalla huomioon tiedon kattavuus, tulosten edustettavuus, mahdollinen vinouma tai virhepäätelmät. Tarkoituksena on selvittää, onko tutkimuksista saatu tieto relevanttia tutkimuskysymysten ja tutkimusongelman kannalta. (Holopainen – Hakulinen-Viitanen – Tossavainen 2008: 72-83.) Tutkimuksia voidaan arvioida spesifisti vain tietyille asetelmille soveltuvien kriteereiden mukaan tai yleisesti, erilaisille asetelmille tehdyillä kriteereillä (Whitemore 2005: 56-62).

Sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisen seulonnan läpi käyneiden alkuperäistutkimusten laadun arviointi liittyy merkittävästi järjestelmällisen katsauksen toteuttamiseen. Alkuperäistutkimusten näytön astetta arvioidaan käyttämällä Joanna Briggs Instituutin (JBI) arviointikriteeristöä. Joanna Briggs Instituutti on australialainen tutkimus- ja kehittämisorganisaatio, jonka toimintaa ohjaa näyttöön perustuvan toiminnan kehittäminen. Instituutti on keskittynyt tuottamaan ja levittämään näyttöön perustuvaa tietoa maailmanlaajuisesti erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten keskuuteen. Joanna Briggs

Instituutti on luonut arviointikriteeristöjä eri tutkimustyypeille, joita voidaan käyttää hyödyksi alkuperäistutkimusten näyttöä ja laatua arvioitaessa. (Hoitotyön tutkimussäätiö; Stolt ym. 2016: 118.)

Taulukko 1. Vasemmalla ovat kvalitatiivisen eli laadullisen aineiston ja oikealla kvantitatiivisen eli määrällisen aineiston analysointikriteerit, seuraavalla asteikolla: Sopii aineistoon (OK), Ei sovi (E), Epäselvä (?), Ei pysty soveltamaan (-).

Arviointikriteeri OK, E, ?, -	Arviointikriteeri OK, E, ?, -
1. Kuvattu filosofinen näkökulman ja tutkimusmetodologia ovat yhtenevät: __	1. Osallistujien ryhmittäminen oli satunnaista: __
2. Tutkimusmetodologia ja tutkimuskysymykset/tavoitteet ovat yhtenäisiä: __	2. Osallistujat olivat ryhmitystilanteessa sokkoutettu: __
3. Tutkimusmetodologia ja aineiston keruumenetelmät ovat yhtenevät: __	3. Jaosta vastaava ei ollut tietoinen tutkimusryhmiin jakautumisesta: __
4. Tutkimusmenetelmä, aineiston esittäminen sekä analyysi ovat keskenään yhteneviä: __	4. Tutkimuksen kesken jättäneiden tulokset on kuvattu ja analysoitu: __
5. Tutkimusmenetelmä on yhtenevä tulosten tulkinnan kanssa: __	5. Tuloksia arvioiva ei ole ollut tietoinen ryhmäjaosta: __
6. Tutkijan teoreettinen tai kulttuurinen asema tulee ilmi: __	6. Kontrolli - ja koeryhmät olivat tutkimuksen alussa samankaltaisia: __
7. Tutkijan ja tutkimuksen välinen vaikutus tulee ilmi: __	7. Ryhmiä hoidettiin yhdenmukaisesti: __
8. Osallistujat ja heidän näkemyksensä tulevat huolellisesti ilmi: __	8. Tulosten mittaus oli yhtenevä kaikissa ryhmissä: __
9. Tutkimuksen toteutus on eettisten periaatteiden mukainen: __	9. Tulosten mittaus on ollut luotettavaa: __
10. Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tulosten tulkintaan ja analyysiin: __	10. Käytetyt tilastolliset menetelmät ovat olleet soveltuvia: __
Kokonaisarviointi: Hyväksytty/hylätty. Jos hylätty, miksi?	Kokonaisarviointi: Hyväksytty/hylätty Jos hylätty, miksi?

4.2 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Opinnäytetyöhön valittiin 5 tutkimusta, jotka hyväksyttiin JBI-arviointikriteeristöjen mukaisesti (Taulukko 1). JBI-työkalu on tarkoitettu käytettäväksi sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen laadun arvioinnissa. Tutkimuskysymysten luonteeseen perustuen tutkimuksista neljä oli kvalitatiivisia ja yksi oli sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen.

Filio Degnin, Sakari Suomisen, Birgitta Essénin, Walid El Ansarin ja Katri Vehviläinen-Julkusen (2011) tekemän tutkimuksen *Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland* tarkoituksena oli tutkia lääkäreiden, sairaanhoitajien ja kättilöiden viestintää heidän tarjotessaan lisääntymis- ja äitiysterveysterveysten palveluja somalinaisille Suomessa. Aineisto kerättiin yksilö- ja ryhmähaastattelujen avulla 10 gynekologilta/synnytyslääkäriltä sekä 15 sairaanhoitajalta/kättilöltä viideltä ennaltavalitulta klinikalta. Tutkimuksesta saatujen tulosten mukaan terveydenhuollon ammattilaiset kokivat somalialaisten naispotilaiden kanssa asiointiin yhteydessä haasteiksi viestinnän, kulttuurilliset perinteet sekä uskonnolliset seikat. Viestintäongelmista ja kulttuurieroista huolimatta terveydenhuollon ammattilaiset ja somalialaisnaiset pääsivät kuitenkin alustavaan yhteisymmärrykseen klinikoilla.

Degni, Suominen, El Ansari, Vehviläinen- Julkunen sekä Essén (2013) kartoittivat tutkimuksessaan (*Reproductive and Maternity Health Care Services in Finland: Perceptions and Experiences of Somali-born Immigrant Women*) maahanmuuttajataustaisten somalinaisten kokemuksia lisääntymis- ja äitiyshuollon palveluista sekä heidän käsityksiään palveluntarjoajista. Aineisto kerättiin viiden eri ryhmäkeskustelun avulla 70 naisessaolevalta 18-50 vuotiaalta somaliäidiltä. Tulosten mukaan osallistujat olivat tyytyväisiä Suomessa tarjottuihin lisääntymis- ja äitiyshuollon palveluihin. Terveydenhuollon ammattilaisten asenteet nähtiin epäystävällisinä ja viestintää ei pidetty laadukkaana.

Mengeshan, Perzin, Dunen ja Ussherin tuoreessa (2017) tutkimuksessa *Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives* tarkasteltiin australialaisten terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmia ja käytäntöjä liittyen pakolaisten ja maahanmuuttajanaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Aineisto kerättiin 21 terveydenhuollon ammattilaiselta puolistrukturoidulla haastattelulla. Haastateltavat työskentelivät eri ammateissa ja omasivat vaihtelevan määrän työkokemusta sekä olivat kulttuuritaustoiltaan erilaisia ja eri-ikäisiä. Haastattelut analysoitiin teema-analyysin avulla. Tutkimuksen tuloksista tuli ilmi lähtömaan vaikutus maahanmuuttajanaisten tietomäärään seksuaali- ja lisääntymispalveluista, sukupuoliroolien merkitys hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja terveydenhuoltojärjestelmän tarjoamien palvelujen sekä resurssien puute.

Degni, Koivusilta ja Ojanlatva (2006) kartoittivat tutkimuksessaan *Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland* Suomessa asuvien naimisissaolevien somalitaustaisten naisten näkökulmasta asenteita ja käsityksiä liittyen ehkäisyvälineiden käyttöön. Tutkimuksessa käytettiin sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia aineistonkeruumenetelmiä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden ja haastatteluiden avulla 70 tutkimukseen osallistuvilta. Tutkimuksesta tuli ilmi, että raskauden ehkäisyn käyttämättä jättämiseen vaikuttivat uskonnollinen vakaumus ja avioliittoon liittyvät tekijät. Ehkäisyn käyttäjiin puolestaan ei uskonnollisilla tai sukupuoleen liittyvillä tekijöillä ollut vaikutusta.

Comerasamyn, Readin, Cullingsin ja Gordonin (2003) tutkimuksen *The acceptability and use of contraception: a prospective study of Somalian women's attitude* tarkoituksena oli selvittää osallistujien näkökulmia perhesuunnittelupalveluja kohtaan ja tietämystä eri ehkäisymenetelmistä sekä ymmärtää somalinaisten erityisvaatimuksia liittyen raskauden ehkäisyyn. Aineisto kerättiin sekä kvantitatiivisilla että kvalitatiivisilla menetelmillä. Kvantitatiivinen aineisto hankittiin haastattelemalla 32 somalinaista puolen vuoden aikana. Kvalitatiivinen keruu tapahtui kahdesta eri lähteestä: Tutkimalla tutkimukseen osallistuvien perhesuunnittelutietoja sekä paikallisyhteisöjen ryhmätapaamisista saatua informaatiota. Määrällisellä tiedonkeruulla ei saatu riittävää selitystä sille, miksi ehkäisypalvelujen käyttö oli heikkoa. Laadullinen aineisto tarjosi syvemmän selityksen. Uskonnolla, miehen ja naisen asemalla sekä suullisella perinteellä todettiin olevan vaikutus perhesuunnitteluun.

4.3 Aineistoanalyysi

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jonka avulla tutkimuksen aineistoa pyritään tiivistämään ja rakentamaan yleistettyjä kuvauksia kuitenkin säilyttäen sisällön alkuperäinen informaatio. Pyrkimyksenä on kuvata merkityksiä, sisältöä ja seurauksia eli käsitellä tutkittavaa ilmiötä, muodostaa selkeä kuvaus siitä sekä antaa vastaukset tutkimuskysymyksiin. Sisällönanalyysi on menetelmä, jossa sisällöstä on luotu teoreettinen kokonaisuus, jolloin analyysiyksiköitä ohjaavat tutkimuksen tarkoitus sekä tehtävänasettelu (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3; Tuomi – Sarajarvi 2009: 95, 123.) Sisällönanalyysi voidaan jakaa aineistolähtöiseen (induktiivinen) sekä teorialähtöiseen (deduktiivinen) analyysiin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 134; Tuomi – Sarajarvi 2009: 108). Käytämme tässä työssä aineiston analyysimenetelmänä induktiivisella menetelmällä etenevää aineistolähtöistä analyysiä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä on keskeistä perehtyä aineistoon ja nimetä analyysiyksiköitä, joiden avulla analyysiyksiköt voidaan

poimia ja lopulta pelkistää. (Stolt ym. 2016.) Pelkistämällä tarkoitetaan aineiston kar-
simista kaikesta epäolennaisesta, jonka jälkeen informaatio voidaan tiivistää tai pilkkoa
osiin. Prosessia ohjaa tutkimuskysymys. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 109.) Analyysiyksi-
köitä ovat esimerkiksi asiakokonaisuudet, lauseet tai sanaparit (Stolt ym. 2016). Pelkis-
tettävät ilmaukset alleviivataan ja etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, joita
voidaan yhdistää oman päättelyn tuloksena saatujen käsitteiden avulla. Esimerkki pel-
kistetyistä ilmaisusta on esitetty taulukossa 2 (taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki pelkistetyistä ilmaisusta

<p>19) Many of them need interpreters in the health services to speak for them to doctors and to nurses. This brings confusion between the women and the doctors and the nurses (27 years). (Degni – Suominen – El Ansari – Vehviläinen-Julkunen -- Essén 2013:12.)</p>	<p>23) Tulkin käytöstä aiheutuva hämmennys so- malinaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Aineistolähtöiselle lähestymistavalle on tyypillistä, että analyysiprosessi etenee yksittäi-
sistä analyysiyksiköistä yleisimpiin ilmauksiin eli luokkiin. Pelkistetyt ilmaukset yhdiste-
tään ominaisuuksien perusteella ja niistä muodostetaan alaluokat. Ala-luokat yhdiste-
tään edelleen yläluokiksi ja lopulta yläluokkien kautta kokoavaksi pää-käsitteeksi.
(Kyngäs – Vanhanen 1999: 5,7; Tuomi – Sarajärvi 2009: 95, 105,107–108.)

4.4 Tulokset ja raportointi

Katsausprosessi päättyy tulosten raportointiin, mikä tarkoittaa katsauksen työstämistä
viimeiseen muotoonsa. Raportissa tulee olla kaikki työvaiheet niin yksityiskohtaisesti
eriteltynä, että lukijan on sen perusteella halutessaan helppo toistaa tutkimus ja antaa
arvio luotettavuudesta. Raportti muodostuu vähintään tiivistelmästä ja taustasta, tutki-
muskysymyksestä tai -ongelmasta, katsauksen menetelmästä, tiedonhausta ja aineis-
ton valinnasta, mukaan otettavan aineiston arvioinnista, katsauksen tuloksista ja johto-
päätöksistä, katsauksen potentiaalisista puutteista, lopputulosten sovellettavuuden
arvioinnista, jatkotutkimusehdotuksista, pohdinnasta ja lähdeluettelosta. Pohdintaan
kuuluu olennaisesti myös luotettavuustekijöiden tutkiminen, joka tehdään jokaisen työ-
vaiheen osalta yksitellen. (Stolt ym. 2016: 32.)

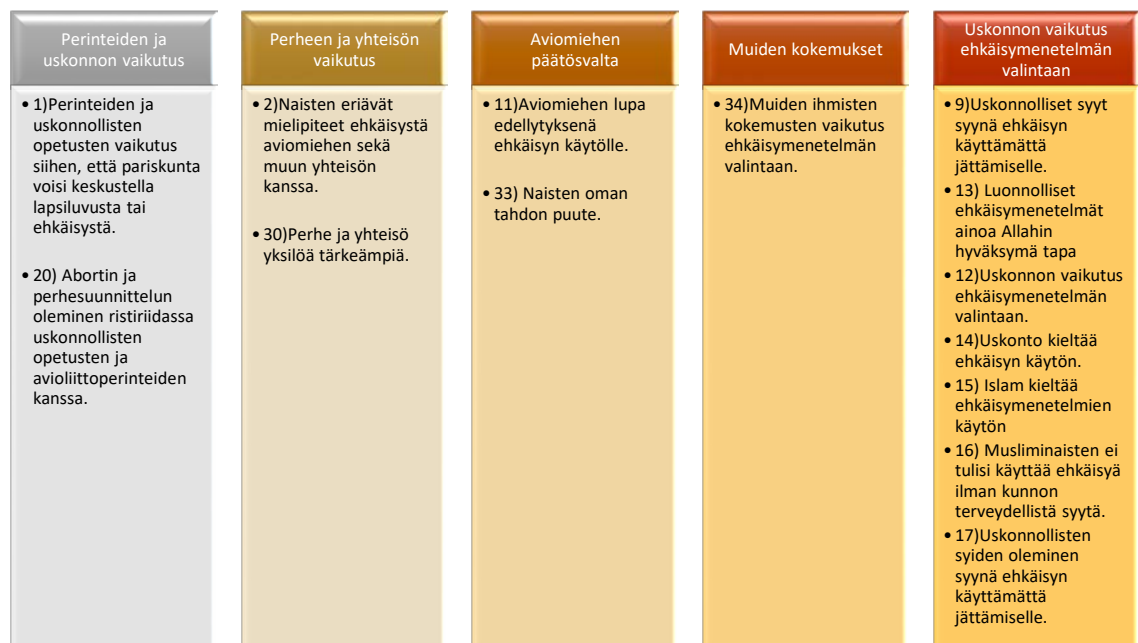
5 Tulokset

5.1 Ehkäisyneuvontaan liittyvät haasteet maahanmuuttajataustaisten somalinaisten näkökulmasta

Somalinaisten näkökulma ehkäisyneuvontaan liittyvistä haasteista muodosti neljä yläluokkaa. Kunkin yläluokkaa käsittelevän kappaleen alla on pelkistetyistä ilmauksista rakentuva kuvio.

5.1.1 Muilta tahoilta saadut vaikutteet

Perinteillä, uskonnolla, perheellä ja yhteisöllä, aviomiehellä sekä muiden ihmisten kokemuksilla todetaan olevan vaikutusta somalinaisen raskauden ehkäisyyn liittyvään päätöksentekoon (kuvio 3).



Kuvio 3. Muilta tahoilta saadut vaikutteet

Perhesuunnittelun sekä uskonnollisten opetusten ja avioliittoperinteiden välillä on ristiriita (Degni ym. 2013: 11). Suuri osa somalinaisista on sitä mieltä, että oma aviomies tai muut somaliyhteisöön kuuluvat jäsenet saattaisivat olla ehkäisyn käytöstä eri mieltä heidän kanssaan (Degni – Koivusilta – Ojanlatva 2006: 193). Somaliassa lapsiluvusta keskusteleminen aviomiehen kanssa on mahdotonta (Degni ym. 2006: 193) ja raskauden ehkäisyn käyttö ilman puolison suostumusta ei ole hyväksyttävää (Degni ym. 2006: 195). Perheen ja yhteisön näkökulmaa pidetään yleisesti ottaen tärkeämpänä kuin yksi-

lön mielipidettä ja somalinaisten keskuudessa suurta lapsilukua pidetään kunniakkaana asiana. (Comerasamy – Read – Francis – Cullings – Gordon 2003: 414).

Pääsyy ehkäisymenetelmien käyttämättä jättämiselle on uskonto. Luonnollisia ehkäisymenetelmiä pidetään parhaimpana ehkäisykeinona, sillä se on vastaajien mukaan uskonnollisesta näkökulmasta sallituinta. (Degni ym. 2006: 195.) Ehkäisyn käyttö nähdään syntinä (Degni ym. 2013: 10) ja osa vertasi sitä jopa toisen ihmisen tappamiseen (Degni ym. 2006: 195). Valtaosa vastaajista, etenkin 35-50 vuotiaat, olivat sitä mieltä, että terveyspalveluiden tarjoamia ehkäisymenetelmiä ei tulisi hyväksyä ilman selkeitä terveydellisiä syitä (Degni ym. 2013: 10). Lisäksi muiden ihmisten kokemuksilla koetaan olevan vaikutus ehkäisymenetelmän valintaan. Tieto eri menetelmistä ja niiden toimivuudesta kulkee suullisesti naisten välillä ja terveydenhuollon ammattilaiset jätetään keskustelun ulkopuolelle, sillä heidät koetaan ulkopuolisina. Ehkäisyn pettäminen nähdään syynä terveyspalveluiden epäluotettavuuteen, mikä vahvistaa luottoa luonnollisiin ehkäisymenetelmiin. (Comerasamy ym. 2003: 414.)

5.1.2 Sosiaaliset tekijät

Sosiaalisiin tekijöihin kuuluvat analyysin mukaan terveydenhuollon ammattilaisten käytös ja suhtautuminen somalisiin sekä somalinaisten suhtautuminen terveydenhuollon ammattihenkilöstöön (kuvio 4).

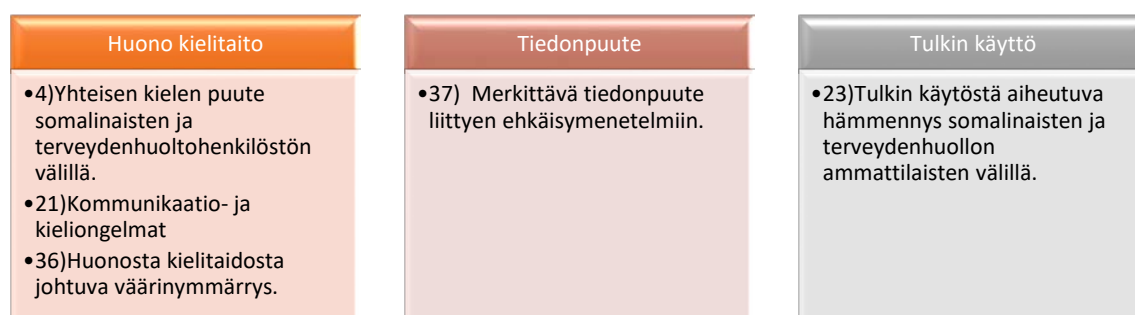


Kuvio 4. Sosiaaliset tekijät

Terveydenhuollon ammattilaisten puolelta koetut negatiiviset asenteet hankaloittavat somalainien ehkäisyyn liittyvää päätöksentekoa. Lääkäreillä ja sairaanhoitajilla koetaan olevan vaikeuksia hyväksyä suomalaisten ja somalialaisten välillä vallitsevia kulttuurieroja. (Degni ym. 2013: 13.) Lääkäreiden ja sairaanhoitajien käytös somalainia kohtaan nähdään epäystävällisenä ja välinpitämättömänä (Degni ym. 2013: 12; Degni ym. 2006: 194). Somalainiset kokevat, etteivät tule vastaanotolla kuulluksi ja että olisi muiden mielestä parempi, jos he pysyisivät poissa sairaaloista. Osa kokee, että heitä jopa katsotaan epäkunnioittavaan sävyyn. (Degni ym. 2006: 194.) Somalainien negatiiviset ennakkoluulot terveydenhuollon ammattihenkilöstöä kohtaan johtuvat lähinnä kieliongelmissa, mikä johtaa siihen, että asiat otetaan turhan henkilökohtaisesti (Degni ym. 2013: 12).

5.1.3 Kommunikaatio

Kommunikointikyky ja vuorovaikutus korostuvat merkittävästi asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisten tapaamisten sujuvuutta tarkasteltaessa. Analyysi jakoi somalainien näkökulman kommunikaation haasteista kolmeen alaluokkaan, joita ovat huono kielitaito, tiedonpuute sekä tulkin käyttö (kuvio 5).



Kuvio 5. Kommunikaatio

Kommunikaatio-ongelmat nähdään suurena haasteena terveyspalveluiden perille saamisessa (Degni 2013: 12). Yhteisen kielen puute somalainien ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä on valtava rasite (Degni ym. 2006: 194.) ja tulkkien avulla kommunikointi luo hämmennystä osapuolten välille.

Merkittävältä osalta somalinoisista puuttuu kaikki tieto liittyen eri ehkäisymenetelmiin, joskin osalta löytyy tietämystä esimerkiksi kondomin, e-pillereiden tai kierukan käytöstä. Heikosta kielitaidosta johtuva saadun informaation puutteellinen ymmärtäminen saattaa johtaa ehkäisyn virheelliseen käyttöön. (Comerasamy ym. 2003: 414-415.)

5.1.4 Kulttuurierot

Maahanmuuttajataustaisten henkilöiden hoidossa tulee eteen väistämättä kulttuurieroja, jotka saattavat johtaa vääринymmärryksiin uudessa kotimaassa. Kulttuurilla on myös vaikutus ehkäisymenetelmän valintaan. Alapuolella olevassa kuviossa (kuvio 6) on kuvattu ehkäisyn käytön haasteisiin ja valintaan liittyviä kulttuurisia tekijöitä, joita ovat erot Suomen ja Somalian välillä, kulttuurista johtuvat haasteet ja ymmärrys, suuri lapsiluku sekä sosiaalinen status.



Kuvio 6. Kulttuurierot

Somalalaiset näkevät Suomessa sosiaalisten, kulttuuristen ja ympäristöön liittyvien erojen takia suuren lapsimäärän hankkimisen haastavana. Somalalaiset kokevat, että he ovat pakotettuja käyttämään ehkäisyä, jotta lapsiluku pysyisi samalla tasolla kuin suomalaisilla. Ehkäisyn käyttöä perustellaan myös sillä, että kantaväestön on huomattu ärsyttävän somalalaisten näkeminen niin monen lapsen kanssa. (Degni ym. 2006:

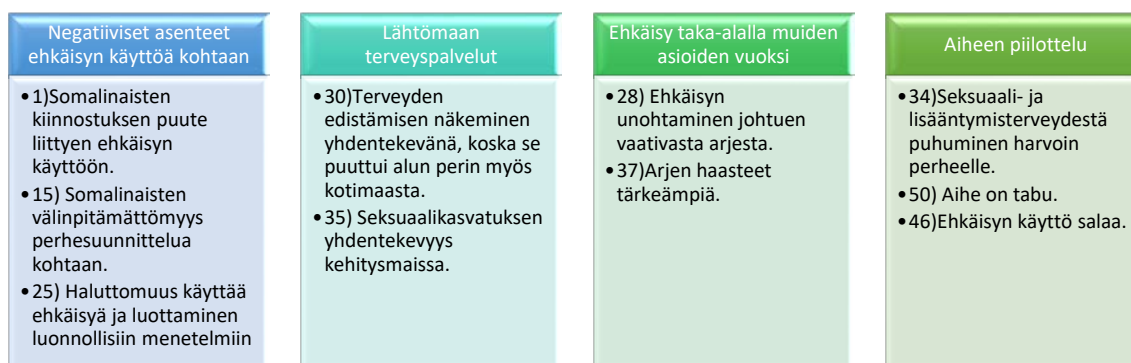
194.) Somalinaiset näkevät ehkäisyneuvonnan tarjoamisen loukkauksena uskonnollisille ja kulttuurisille uskomuksille ja yhden näkökulman mukaan perhesuunnittelupalvelut ovat suomalaisen lisääntymis-terveyden huono puoli. Somalikulttuurissa on tavallista se, että perheeseen kuuluu monta lasta. (Degni ym. 2013: 11.) Toisaalta ehkäisyn käyttämättä jättämistä perustellaan sillä, että pieni lapsiluku ei ole niin merkityksellistä sosiaaliselle statukselle. Yhdyntä nähdään ainoastaan lisääntymistarkoituksessa ja esimerkiksi pysyvään hedelmättömyyteen johtava sterilisaatio on loukkaus naisen seksuaalisuudelle. Naisen sosiaalista asemaa määrittelee hänen kykynsä synnyttää lapsia ja ehkäisyn käyttö nähdään vapaaehtoisena hedelmättömyytenä. (Comersasamy ym. 2003: 414-415.) Somalinaiset kokevat tapaamiset hankaliksi kieliongelmiin ja kulttuurierojen vuoksi ja tuntevat, että lääkäreiden ja sairaanhoitajien on vaikea ymmärtää ja hyväksyä suomalaisten ja somalialaisten välillä vallitsevia kulttuurieroja. (Degni ym. 2013: 13.)

5.2 Somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteet terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta

Analyysin mukaan terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta muodostettiin kuusi yläluokkaa, jotka on avattu alla. Kunkin alaotsikon alla on alaluokista ja pelkistetyistä ilmauksista rakennettu kuvio.

5.2.1 Suhtautuminen ehkäisyn käyttöön

Analyysistä selviää, että asiakkaiden ehkäisyn käyttöön liittyvällä suhtautumisella on vaikutus ohjauksen perille saattamiseen. Suhtautumiseen vaikuttavat negatiiviset asenteet, lähtömaan terveyspalveluiden saatavuus, arjen kiireet sekä aiheen piilottelu. Alle on koottu taulukko alaluokista ja pelkistetyistä ilmauksista (kuvio 7).



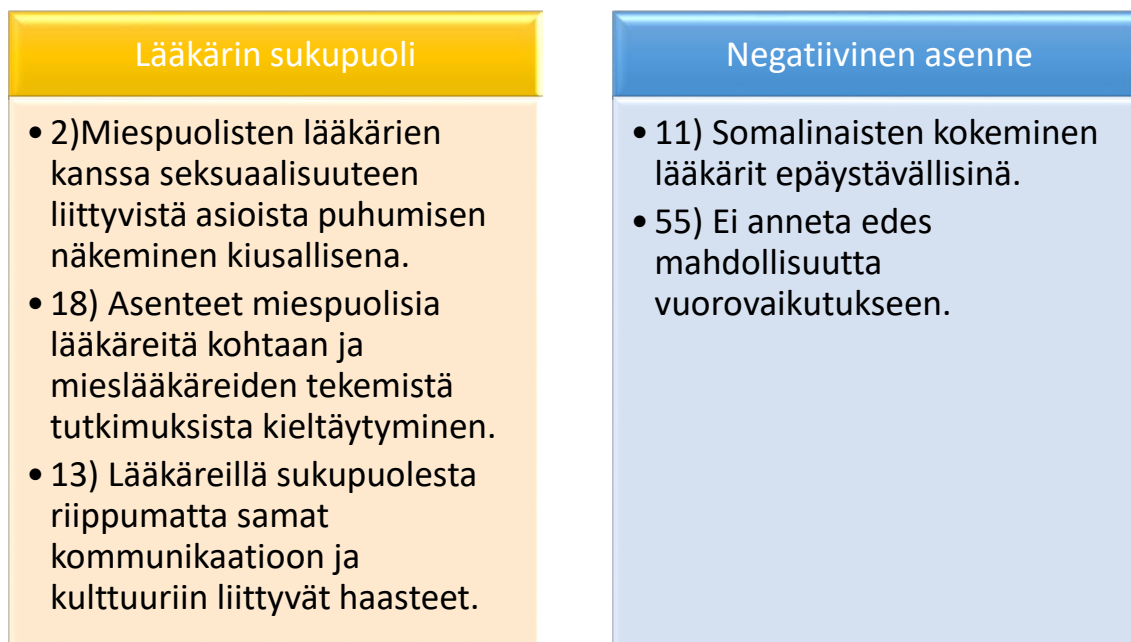
Kuvio 7. Suhtautuminen ehkäisyn käyttöön

Somalinaisia näkyy perhesuunnitteluklinikoilla vain harvoin, sillä he eivät ole kiinnostuneita ehkäisyn käytöstä tai klinikoiden tarjoamista palveluista (Degni – Suominen – Essén – El Ansari 2011: 333, 336). Somalinaiset ja heidän puolisonsa eivät halua käyttää minkäänlaista raskauden ehkäisyä. Sen sijaan he tukeutuvat luonnollisiin ehkäisy-menetelmiin. (Degni ym. 2011: 338.) Seksuaali- ja lisääntymisterveydestä keskustellaan perheen kesken harvoin ja aihetta pidetään maahanmuuttaja- ja pakolaisnaisten keskuudessa tabuna ja sellaisena, mistä ei tulisi avoimesti puhua (Mengesha – Perz – Dune – Ussher 2017: 6, 10). Ehkäisyn käyttö liittyy vahvasti kulttuurista ja uskonnosta tuleviin vaikutteisiin (Degni ym. 2011: 338).

Naisten kokemuksilla terveydenhuollon saatavuudesta lähtömaassa on vaikutus palveluiden hyödyntämiseen myös nykyisessä asuinmaassa. Terveystiedon edistäminen nähdään yhdentekevänä jos se on alun perin puuttunut myös kotimaasta. (Mengesha ym. 2017: 5.) Seksuaalikasvatukselle ei useinkaan anneta arvoa kehitysmaissa (Mengesha ym. 2017: 6). Naiset kokevat ehkäisyn käyttöä tärkeämmiksi asioiksi arjen haasteet eli asuinpaikan, lasten koulutuksen, kielen oppimisen ja työllistymisen. Edellämainitut tekijät menevät seksuaaliterveydestä huolehtimisen edelle ja ehkäisystä huolehtiminen jää taka-alalle. (Mengesha ym 2017: 7.) Raskas työnteko ja perheestä huolehtiminen johtaa ehkäisyn unohtamiseen ja sen epäsäännölliseen käyttöön (Degni ym. 2011: 338).

5.2.2 Suhtautuminen lääkäreihin

Lääkäriin sukupuolella ja somalinaisten kokemalla negatiivisella asenteella koetaan analyysin mukaan olevan vaikutus somalinaisten suhtautumiseen tapaamis- ja tutkimustilanteissa (kuvio 8).



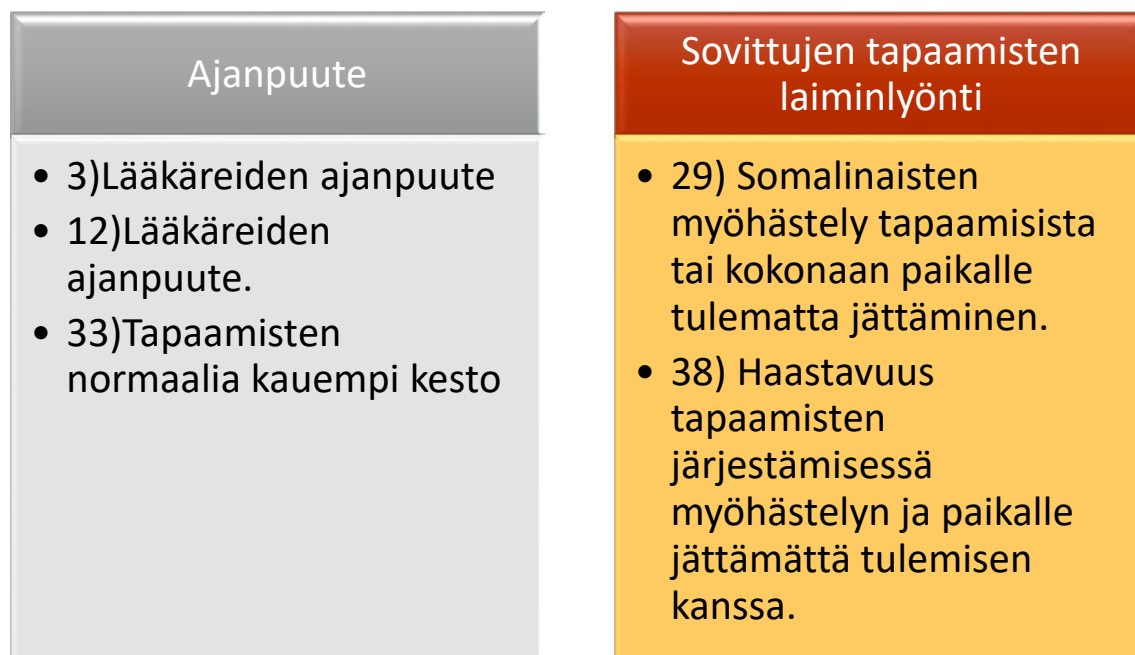
Kuvio 8. Suhtautuminen lääkäreihin

Somalinaiset välttävät seksuaalisuudesta puhumista mieslääkäreiden kanssa (Degni ym. 2011: 333). Lääkärit kertovat, että kuukautisista puhuminen on somalinaisten näkemyksen mukaan puolisoa lukuun ottamatta kiellettyä muiden miespuolisten henkilöiden kanssa. Tästä on seurauksena se, että lääkärit kokevat kokonaiskuvan saamisen potilaan taustoista vaikeaksi. (Degni ym. 2011: 337.) Lääkärit kokevat haastavaksi somalinaisten hoidon, sillä kulttuurisista ja uskonnollisista syistä johtuen somalinaiset kieltävät mieslääkäreitä tutkimasta heitä. Somalinaiset suosivat naislääkäreitä, sillä naisen ei tulisi olla alasti muiden miesten kuin oman puolisonsa seurassa. Somalinaisten kokemus lääkäreiden epäystävällisyydestä selittyy lääkäreiden mukaan lääkäreiden ajanpuutteella. (Degni ym. 2011: 335-337.)

5.2.3 Aikaan liittyvät haasteet

Terveystieteiden ammattilaisten näkökulmasta ongelmallisiksi muodostuvat alla olevassa taulukossa (kuvio 9) avatut riittävän ajan puute sekä somalinaisten välipitämät-

tömyys sovittuja tapaamisia kohtaan (Degni ym. 2011:334, 338; Mengesha ym. 2017: 7).



Kuvio 9. Aikaan liittyvät haasteet

Lääkäreiden mukaan somalinaisten käsitykset heistä epäystävällisinä johtuvat siitä, että aika ei riitä seurusteluun tai erityisten suhteiden muodostamiseen asiakkaiden kanssa. Asiakkaita tulee vastaanotolle useita päivässä, ja kaikille on varattu määrätyn pituinen tapaamisaika. Sairaanhoidajat kykenevät kommunikoimaan asiakkaiden kanssa enemmän. (Degni ym. 2011: 334.) Tapaamiset maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden kanssa kestävät normaalia kauemmin, sillä usein ohjaaminen täytyy aloittaa aivan perusasioista. Tapaamisten sopiminen on hankalaa, sillä sopivaa ajankohtaa on asiakkaiden arjen kiireiden vuoksi haastavaa löytää. (Mengesha ym. 2017: 6-7.) Terveystieteiden ammattilaisia kuormittavia tekijöitä ovat asiakkaiden myöhästely ja muistutuksista huolimatta kokonaan paikalle tulematta jättäminen. Joskus suunnitelluissa ryhmätapaamisissa on paikalla vain noin puolet osallistujista. (Degni ym. 2011: 338; Mengesha ym. 2017: 7.)

5.2.4 Kommunikaatio-ongelmat

Kommunikaatio-ongelmat vaikuttavat laajalti ohjauksen laatuun ja kykyyn vastaanottaa tietoa. Ongelmiin sisältyvät analyysin mukaan yhteisen kielen puute, epäpätevien tulk-

kien käyttö, yksityisyyden puute vastaanotolla sekä palveluiden perille saannin haasteet (kuvio 10).

Yhteisen kielen puute	Epäpätevät tulkit	Yksityisyyden puute vastaanotolla	Palveluiden perille saannin haasteet
<ul style="list-style-type: none"> • 4) Yhteisen kielen puutteesta aiheutuvat kommunikaatiovaikeudet. • 5) Yhteisen kielen puutteesta aiheutuva kykenemättömyys suoraan kommunikaatioon. • 16) Tulkin käyttö estää suoran kommunikaation • 17) Suomen kielen taidon puute. 	<ul style="list-style-type: none"> • 6) Lääkäreiden turhautuminen tulkkien heikkoon englannin ja suomen kielen taitoon. • 7) Ammattitaidottomien tulkkien negatiivinen vaikutus kommunikaatioon. • 8) Tulkkien lääketieteellisen sanaston puute. • 9) Lasten ja teinien käyttäminen tulkkeina. • 43) Aviomiesten tulkkina toimiminen • 44) Aviomiehen jättäminen olennaisia asioita tulkkaamatta. 	<ul style="list-style-type: none"> • 10) Vaivautuneisuus keskustella henkilökohtaisista asioista ylimääräisen henkilön (tulkki) läsnä ollessa. • 22) Koko perhe mukana vastaanotolla. 	<ul style="list-style-type: none"> • 31) Tiedon puute eri palveluista. • 32) Vähäinen ja rajoitettu tieto liittyen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sekä ehkäisymenetelmiin. • 48) Vieras terveydenhuolto ja tiedonpuute saatavilla olevista palveluista. • 49) Tiedonpuute siitä, miten kuuluu varata aika tai mihin kuuluu mennä tarvittavan palvelun saamiseksi. • 51) Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja ei mainosteta riittävän monella kielellä. • 52) Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja niukasti saatavilla julkisessa terveydenhuollossa. • 39) Yhteydenotto terveydenhuoltoon vain akuuttiasioissa ehkäisemisen sijaan. • 54) Sosioekologisista syistä johtuva heikompi mahdollisuus päästä terveydenhuollon piiriin kuin kantaväestöllä.

Kuvio 10. Kommunikaatio-ongelmat

Yhteisen kielen puutteesta seuraa se, että kommunikaatio on vaikeaa ja usein tarvitaan kolmas osapuoli (tulkki) avuksi. Suora kommunikaatio ei onnistu. Lääkärit kokevat epämiellyttäväksi sensitiivisistä asioista keskustelemisen kolmannen osapuolen läsnä ollessa. Yksityisyyden puute näkyy myös siinä, että somalinaiset tulevat vastaanotolle usein perheen kanssa. Lääkärit ovat tällöin epävarmoja siitä, mitä ulkopuolisten henkilöiden läsnä ollen voi puhua ja haluavatko somalinaiset muiden kuulevan heitä koskevia asioita. (Degni ym. 2011: 334,336-337.) Lääkärit ovat turhautuneita tulkkien heikkoon kielitaitoon ja uskovat, että tieto ei mene asiakkaille perille saakka. Tulkkeja ei nähdä pätevinä lääketieteellistä sanastoa vaativiin tilanteisiin, sillä heiltä puuttuu sujuva kielitaito ja lääketieteellisen terminologian hallinta. Tulkit tekevät virheitä pyrkiessään kääntämään asiakkaiden sekä terveydenhuollon ammattilaisten välistä keskustelua. Ongelmana on myös lasten ja aviomiesten toimiminen tulkkeina. (Degni ym. 2011: 334; Mengesha ym. 2017: 10.) Joissain tapauksissa aviomiehet kieltäytyvät tulkkien käytöstä ja hoitavat kääntämisen itse ja tällöin haasteena on se, että aviomiehet jättävät olennaisia asioita kertomatta (Mengesha ym. 2017: 9).

Palveluiden tarjoamisella ja perille saattamisella on omat haasteensa. Hoitoon hakeudutaan vain akuuttitilanteissa eikä ehkäisevään toimintaan panosteta. (Mengesha ym. 2017: 8.) Maahanmuuttajataustaisille naisille terveydenhuoltojärjestelmä saattaa olla vieras, eivätkä he esimerkiksi tiedä kuinka varataan aika, tai mihin kuuluu mennä tiettyä palvelua saadakseen. Saatavilla olevista palveluista, esimerkiksi tulkkien saatavuudesta tai palveluja tarjoavien paikkojen sijainnista on maahanmuuttajanaisten keskuudessa myös tiedon puutetta. (Mengesha ym 2017: 10.) Ehkäisyvaihtoehdoista ei tiedetä (Mengesha ym. 2017: 6). Maahanmuuttajataustaisilla naisilla ei sosioekologisista syistä johtuen ole tasapuolista pääsyä seksuaali- ja lisääntymisterveyden hoidon piiriin verrattuna kantaväestöön (Mengesha ym. 2017: 13). Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja ei mainosteta riittävän monella kielellä ja niitä on paikoittain niukasti saatavilla julkisen terveydenhuollon puolella (Mengesha ym. 2017: 10, 12).

5.2.5 Muilta tahoilta tulevat vaikutteet

Terveydenhuollon ammattilaisten antaman ehkäisyneuvonnan haasteita ovat naisen päätöksentekoon vaikuttavat muut tahot, eli analyysin perusteella uskonto, aviomies sekä menneisyys (kuvio 11).

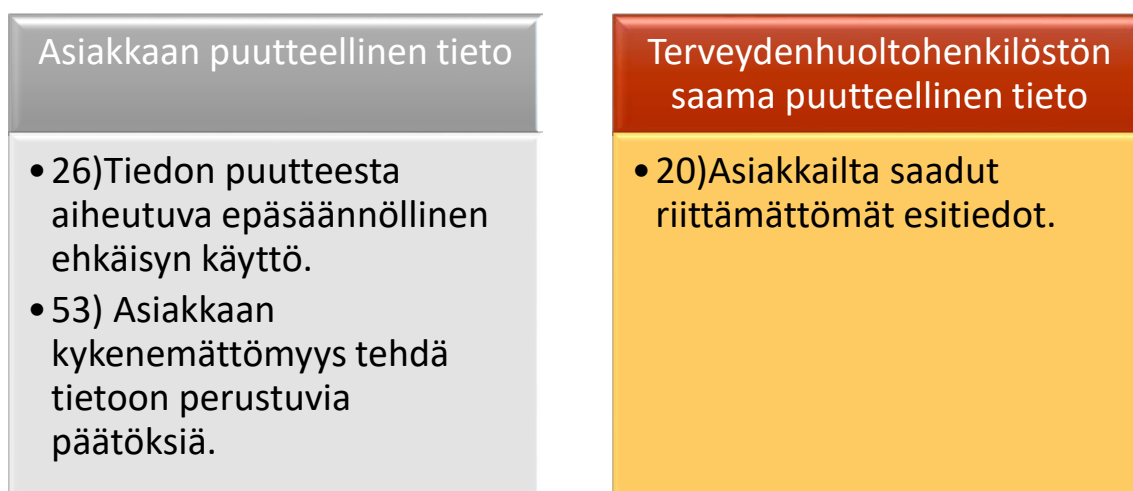


Kuvio 11. Muilta tahoilta tulevat vaikutteet

Terveydenhuollon ammattilaisten on vaikeaa luoda suhdetta sellaisen henkilön kanssa, joka on heille vieras, kielitaidoton, sodan traumatisoima, seksuaalisesti hyväksikäytetty sekä kykenemätön luottamaan muihin ihmisiin (Degni ym. 2011: 335). Uskonnollisilla seikoilla perustellaan lääkärin valitsemista sukupuolen mukaan. Lääkärit kokevat haastavana somalinaisten hoitamisen, sillä naiset saattavat jättää tulematta vastaanotolle vain koska lääkäri on miespuolinen. He eivät halua tulla mieslääkärin tutkimaksi, sillä kokevat, että uskonnolliset syyt kieltävät alastomana olemisen muiden miesten kuin oman puolison kesken. (Degni ym. 2011: 336- 337.) Kulttuuri ja uskonto vaikuttavat raskauden ehkäisyn valintaan. Ehkäisyn käyttöön liittyvään päätöksentekoon tarvitaan aviomiehen mielipide ja suurin osa naisista ei käytä ehkäisyä ilman aviomiehen suostumusta. (Degni ym. 2011: 338.) Vaikka naisilla olisikin riittävä tietoperusta liittyen eri ehkäisymenetelmiin, he jättävät puolison mielipiteen vuoksi käyttämättä ehkäisyä. Joskus hoitoon liittyvät ongelmat nähdään haasteellisena ja päätöksenteko kestää aviomiehen hyväksyntää odotellessa normaalia kauemmin. Puolison läsnäolon vuoksi on vaikeaa tarjota hoitoa, jossa nainen on keskiössä. (Mengesha ym. 2017: 8- 9.) Terveydenhuollon ammattilaiset kokevat aviomiehet dominoivina vastaanotoilla siten, että naiset eivät pysty käsittelemään seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevia huoliaan puolisoiden ollessa läsnä (Mengesha ym. 2017: 9).

5.2.6 Tiedon puute

Kuviossa 12 on kuvattu analyysin perusteella saatu käsitys tiedon puutteen vaikutuksesta ehkäisyneuvonnan antamiseen (kuvio 12). Aiheeseen liittyvät sekä asiakkaan puutteellinen tietämys sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstön saamat puutteelliset esitiedot.



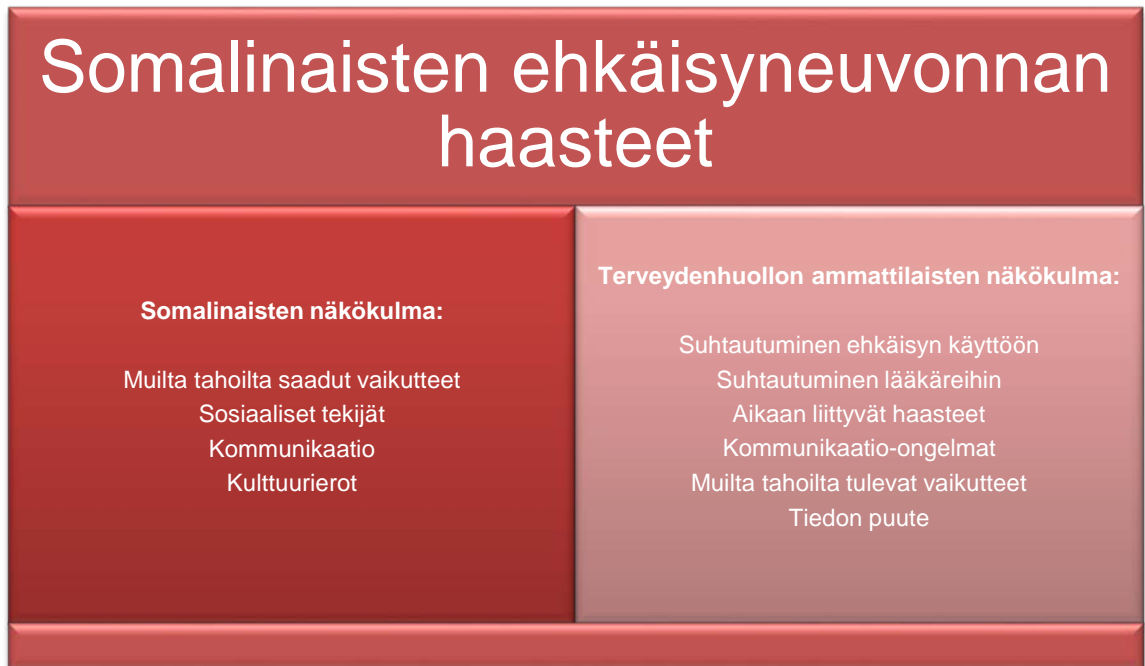
Kuvio 12. Tiedon puute

Kokonaiskuvan saaminen maahanmuuttajataustaisten naisten terveysongelmista on haaste, sillä usein terveydenhuollon ammattilaisille tarjotaan riittämätön informaatio esimerkiksi aiemmista gynekologisista ongelmista. Seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista puhumista ei nähdä sallittuna muiden miespuolisten henkilöiden kuin oman puolison kanssa. (Degni ym. 2011: 337.) Useat naiset eivät ole saaneet koulutusta liittyen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen, eivätkä siten kykene tekemään tietoisia päätöksiä siitä, mikä heille sopisi parhaiten (Mengesha ym. 2017: 12). Sairaanhoidajat ja kätilöt katsovat, että somalainien ehkäisyn käyttö ei tiedon puutteen takia ole johdonmukaista. Ehkäisyn käyttö halutaan lopettaa välittömästi sivuvaikutusten ilmaantuessa. (Degni ym. 2011: 338.)

6 Pohdinta ja johtopäätökset

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata somalainien ehkäisyneuvonnan haasteita kirjallisuuskatsauksen avulla (kuvio 13). Tulokset osoittivat, että somalainien ehkäisyneuvonnan haasteet jakautuvat useaan eri osa-alueeseen. Aihetta tarkasteltiin sekä somalainien että terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmista.



Kuvio 13. Somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteet.

Uskonnolliset syyt näyttelevät suurta roolia ehkäisymenetelmien käyttämällä jättämiselle (Degni ym. 2006: 195). Perheen ja yhteisön mielipide lasketaan tärkeäksi ja varsinkin puolison suostumus on välttämätön (Degni ym 2006: 195). Suuri osa somalalaisista kokee, että ehkäisymenetelmiä ei tulisi käyttää ilman terveydellistä syytä (Degni ym. 2013: 10). Tieto ehkäisymenetelmistä kulkee useasti suusta suuhun naisten välillä ja valinnat tehdään usein ilman faktoihin perusteltua tietoa (Comerasamy ym. 2003: 414). Muiden ihmisten kokemukset vaikuttavat niin ikään ehkäisymenetelmän valintaan.

Terveysthuollon ammattilaisten asenne koetaan negatiivisena ja sillä on vaikutus ehkäisyyn käytön päätöksenteon kanssa (Degni ym. 2013: 13). Somalalaiset kokevat terveysthuollon ammattilaisten käytöksen epäkunnioittavana, epäystävällisenä ja välinpitämättömänä (Degni ym. 2013: 12; Degni ym 2006: 194). Kommunikaatio ja hyvä vuorovaikutus ovat yksi ehkäisyneuvonnan edellytyksistä (Degni ym. 2013: 12). Yhteisen kielen puute ja tulkkien avulla kommunikointi altistavat väärinymmärryksille ja ovat valtava rasite asiakastapaamisissa (Degni 2006: 194). Somalinaisten heikko kielitaito saattaa informaation puutteen vuoksi johtaa jopa ehkäisyyn virheelliseen käyttöön. (Comerasamy ym. 2003:414-415).

Kulttuurierot Suomen ja Somalian välillä vaikeuttavat Suomessa asuvien somalinaisten hakeutumista ehkäisyneuvontaan. Somalinaiset kokevat, että heidän lapsilukunsa tulisi pysyä samalla tasolla suomalaisten lapsiluvun kanssa. Ehkäisyneuvonta koetaan kuitenkin loukkauksena uskonnollisille sekä kulttuurisille arvoille. (Degni ym. 2006: 194; Degni ym. 2013: 11.) Yhdyntää harrastetaan ainoastaan lisääntymistarkoituksessa ja suuri lapsiluku määrittelee naisen sosiaalisen statuksen hedelmällisyyden kautta (Comerasamy ym. 2003: 414- 415). Somalinaiset kokevat myös, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät arvosta heidän välillään vallitsevia kulttuurieroja (Degni ym. 2013: 13).

Terveydenhollon ammattilaisten näkökulmasta haastavana ehkäisyneuvonnassa koetaan somalinaisten negatiivinen suhtautuminen ehkäisyyn käyttöön. Seksuaali- ja lisääntymisterveydestä keskusteleminen on tabu ja siitä ei puhuta avoimesti. (Mengesha ym. 2017: 6,10.) Terveyden edistäminen nähdään yhdentekevänä, sillä niiden saatavuus on ollut lähtömaassa heikkoa ja seksuaalikasvatukselle ei anneta arvoa (Mengesha ym. 2017: 5-6). Ehkäisyyn käytön priorisointi on somalinaisilla haastavaa arjen velvoitteiden lisäksi (Mengesha ym. 2017: 7).

Somalinaiset suhtautuvat kielteisesti miespuolisiin lääkäreihin. Uskonnollisen vakaumuksen vuoksi seksuaalisuuteen liittyvien asioiden puhumista vältellään, minkä seurauksena lääkärit eivät saa kokonaiskuvaa potilaan taustoista. Lääkärit kokevat somalinaisten hoitamisen haasteellisena, sillä miespuoliset lääkärit eivät saa tutkia heitä. (Degni ym. 2011: 335- 337.) Terveydenhuollon ammattilaisten mielestä tapaamiset somalinaisten kanssa kestävät normaalia kauemmin, sillä ohjaaminen on aloitettava aivan perusasioista ja asiakkaiden arjen kiireiden vuoksi tapaamisaikaa on hankala sopia (Mengesha ym- 2017: 6- 7). Somalinaisten myöhästely ja paikalle tulematta jättäminen ruuhkauttavat terveydenhuollon ammattilaisia ja palveluntarjoajaa (Degni ym. 2011: 338; Mengesha ym. 2017: 7).

Yhteisen kielen puutteesta aiheutuvien kommunikaatio-ongelmien vuoksi ohjauksen laatu ja tiedon vastaanottokyky ovat heikkoja. Usein tarvitaan tulkin palveluja, sillä suora kommunikaatio on mahdotonta. Yksityisyyden puute on haaste asiakastapaamisissa, sillä lääkärit eivät tiedä mistä ulkopuolisten läsnä ollessa voi keskustella. (Degni ym. 2011: 334, 336- 337.) Tulkkien ammattitaidottomuus sekä huono kielitaito estävät tiedon kulun lääkärin ja asiakkaan välillä. Kielenkääntäjät eivät myöskään tunne lääketieteellistä sanastoa. Ongelmana on myös lasten ja puolisoitten toiminnin tulkkeina,

sillä esimerkiksi aviomiehet saattavat jättää olennaisia asioita kertomatta (Degni ym. 2011: 334; Mengesha ym. 2017: 10.)

Terveyden edistämisen ehkäisevään toimintaan ei panosteta ja hoitoon hakeudutaan vain akuuttitilanteissa. Terveydenhuoltojärjestelmä on maahanmuuttajataustaisille naisille vieras eivätkä he osaa hakeutua oikean hoidon piiriin. (Mengesha ym. 2017: 8, 10) Sosioekologisten syiden vuoksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelujen pariin pääseminen on vaikeampaa kantaväestöön verrattuna, eikä palveluista kerrota riittävän monella kielellä (Mengesha ym. 2017: 10,12- 13.)

Naisen päätöksentekoon vaikuttavat muut tahot kuten uskonto, aviomies ja menneisyys vaikeuttavat ehkäisyneuvonnan antamista. Somalinaiset eivät halua tulla mieslääkärin tutkimaksi, sillä uskonnollisiin syihin vedoten kokevat alastomuuden vieraiden miespuolisten seurassa kiusalliseksi. (Degni ym. 2011: 336-337.) Terveydenhuollon ammattilaisten on haastavaa luoda hoitosuhdetta sellaisen henkilön kanssa, jolle on tapahtunut menneisyydessä traumaattisia asioita, kuten sota tai seksuaalinen hyväksikäyttö (Degni ym. 2011: 335). Puolison mielipide on välttämätön ehkäisyn käytöstä päätettäessä ja aviomiehen mielipiteen vuoksi ehkäisy jätetään usein kokonaan käyttämättä (Degni ym. 2011: 338). Dominoivat aviomiehet vastaanotolla vaikeuttavat terveydenhuollon ammattilaisten työtä, sillä naiset eivät käsittele seksuaali ja lisääntymisterveyttä koskevia erityisiä kysymyksiään heidän läsnä ollessaan (Mengesha ym. 2017: 9).

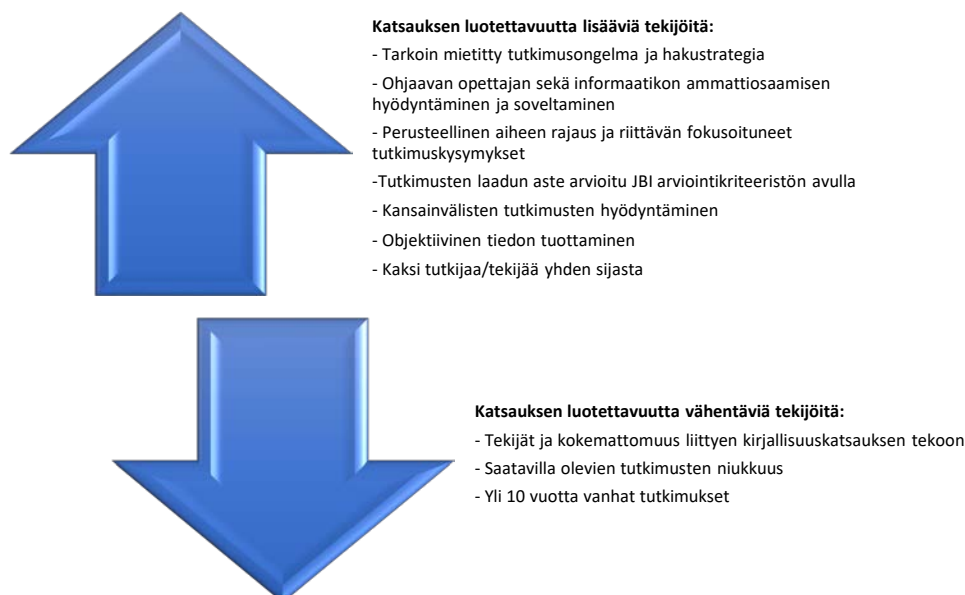
Somalinaisten esitietojen kerääminen terveysongelmista on haasteellista, sillä he antavat riittämätöntä informaatiota aiemmista ongelmistaan (Degni ym. 2011: 337). Naiset eivät kykene tietoiseen päätöksentekoon, sillä heillä ei ole seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää perustietoa tai koulutusta (Mengesha ym. 2017: 12). Sairaanhoidtajien ja kätilöiden mukaan somalinaisten ehkäisyn käyttö ei ole johdonmukaista tai jatkuvaa, sillä ehkäisy lopetetaan välittömästi mahdollisten sivuvaikutusten ilmaantuessa (Degni ym. 2011: 338).

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön periaatteiden mukaisesti, minkä avulla pystyttiin takaamaan tutkimuksen tulosten luotettavuus, eettisyys sekä uskottavuus. Kirjallisuuskatsaukseen ei tarvita erillistä tutkimuslupaa silloin kun opinnäytetyös-

sä käytetyt artikkelit haetaan julkisista tietokannoista ja yksittäisten organisaatioiden tietoja ei käytetä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6.)

Kuviossa 14 on esitetty katsauksen luotettavuutta lisääviä ja vähentäviä tekijöitä (kuvio 14).



Kuvio 14. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisääviä ja vähentäviä tekijöitä.

Tutkimusongelma ja hakustrategia olivat tarkoin mietittyjä. Aihe rajattiin perusteellisesti ja tutkimuskysymykset olivat riittävän fokuoituneita. Opinnäytetyötä työstä kaksi henkilöä yhden sijasta, mikä parantaa katsauksen luotettavuutta. Luotettavuutta kuitenkin heikentää se, että tekijät olivat ensikertalaisia kirjallisuuskatsauksen teossa. Opinnäytetyön tiedonhaku toteutettiin käyttämällä useita eri tietokantoja (Cinahl, PubMed ja ScienceDirect) ja käytössä oli monia eri hakusanoja sekä hakuyhdistelmiä. Yksi tutkimus löytyi perinteisellä Google-haulla opinnäytetyön toteutusvaiheen loppupuolella. Tietoa etsittiin myös manuaalisesti ja hyödynnettiin tiedonhaun työpajaa. Järjestelmällinen haku toteutui niin, että tietokannat käytiin yksi kerrallaan läpi. Haun vaiheet ja katsaukseen löydetty tutkimukset taulukoitiin niin, että kuka tahansa voi halutessaan toistaa haun. Läheskään kaikki tutkimukset eivät olleet saatavilla tai olivat maksullisia, joten haluamamme aineistomäärä jäi saamatta.

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi tulisi pyrittävä valitsemaan laadukkaita ja enintään 10 vuotta vanhoja tutkimusartikkeleja, joissa on käytetty alkuperäisiä lähteitä (Tuomi – Sarajärvi 2009: 159). Koska 10 vuoden rajauksella löytyi vain kolme hyväksyttävää

tutkimusartikkeliä, sisällytettiin analyysiin riittävän aineiston saamiseksi myös kaksi vanhempaa tutkimusartikkeliä, vuosilta 2006 ja 2003. Vuoden 2006 artikkeli poikkeaa vuosirajauksesta vain vuodella, mitä emme pitäneet vakavana asiana. Vuonna 2003 julkaistu artikkeli vastasi hyvin tutkimuskysymyksiin, joten se haluttiin ehdottomasti sisällyttää mukaan. Vuosirajausta vanhempien tutkimusartikkelien katsotaan kuitenkin vähentävän kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Teoreettisen taustan teossa käytetyt lähteet ovat suurimmaksi osaksi tuoreita, mikä on luotettavuutta parantava tekijä. Kirjallisuuskatsauksessa on hyödynnetty näyttöön perustuvaa tietoa ja käytetty kirjallisuus on tutkimustietoa tai muiden tutkimusten tietoperustana käytettyä kirjallisuutta.

Analyysiin sisällytettäviä tutkimusartikkeleja valittiin lopulta viisi kappaletta. Alkuperäis- tutkimusten näytön ja laadun aste arvioitiin käyttämällä Joanna Briggs Instituutin (JBI) arviointikriteeristöä, mikä toimii luotettavuutta lisäävänä tekijänä. Analyysiprosessin kuvauksen selkeys ja luokittelujen loogisuus kasvattavat luotettavuutta ja jotta tämä voidaan todistaa, esitetään katsauksessa alkuperäisiä lainauksia käytetyistä alkupe- räistutkimusten teksteistä (Lincoln – Guba 1985: 297–316). Analyysin alkuperäisilmai- sut on koottu liitteeseen, josta lukija pystyy tekemään omat, joko samaa mieltä olevat tai eriävät johtopäätöksensä. Kolme tutkimuksesta käsitteli aihetta somalinaisten ja kak- si terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Yksi terveydenhuollon ammattilais- ten näkökulmasta tehty tutkimus käsitteli aihetta yleisesti maahanmuuttaja- ja pakolais- naisista. Tutkimustulos sisällytettiin analyysiin, vaikka se ei käsitellytkään erityisesti somalinaisten ryhmää. Artikkeleihin perehtymisen jälkeen huomattiin, että tulokset soma- linaisista tehtyjen tutkimusten kanssa olivat paljon yhtenevät. Katsaus on tehty neutraa- lista näkökulmasta, minkä ansiosta tulokset voidaan nähdä luotettavana.

Yksi tutkimuksen valintakriteereistä oli se, että sen tuli olla länsimaissa julkaistu. Kolme tutkimusta oli tehty Suomessa, yksi Australiassa ja yksi Iso-Britanniassa eli katsauk- sessa hyödynnettiin myös kansainvälistä aineistoa. Mikäli artikkeleja olisi ollut enem- män saatavilla ja jos mukaan olisi hyväksytty myös muissa kuin länsimaissa julkaistut tutkimukset, olisi ollut mahdollista saada kerätyksi tietoa vieläkin laajemmalta alueelta.

Kirjallisuuskatsauksessa noudatettiin tutkimuseettisiä sääntöjä ja työ kävi läpi plagioin- tiohjelma Turnitinin tarkistuksen, jotta kirjallisuuskatsauksen aitous voitiin varmistaa. Koska opinnäytetyön aihe on sensitiivinen, huomioitiin katsauksen teossa erityisesti objektiivisuus sekä asianmukainen kieli. Aihe koskettaa etenkin somalinalaisia, somaliyh-

teisöä sekä terveydenhuollon ammattilaisia, ja osapuolten loukkaamattomuus on ollut opinnäytetyössä ensisijaisen tärkeää.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Pyrkimyksenämme oli tuottaa tietoa kirjallisuuden avulla ehkäisyneuvonnan parissa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille koskien maahanmuuttajataustaisten somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteita. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia apuna käyttämällä ammattilaiset, kuten lääkärit ja sairaanhoitajat, saavat varteenotettavaa tietoa somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteista, mikä on somalinaisten parissa työskennellessä ammattilaisten valmiuksia edistävä tekijä.

Somalinaisten kokemat ehkäisyneuvonnan haasteet ovat yhteneviä muista maista tulleiden maahanmuuttajien kokemien haasteiden kanssa. Seksuaali- ja lisääntymisterveys on terveyden intiimi osa-alue ja somalinaisten kohdalla seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavat kulttuurinen ja uskonnollinen tausta, syy muuttoon sekä sosio-ekonominen asema. (Klemetti – Raussi-Lehto 2014: 76.) Keskeisinä haasteina voidaan pitää uskonnollisia tekijöitä ja kulttuurieroja sekä kommunikaatio-ongelmia eri kielten vuoksi. Maamu- tutkimuksen mukaan erityisesti somalitaustaisilla naisilla esiintyy eniten seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmia sekä epäluotettavien ehkäisymenetelmien käyttöä (Klemetti – Raussi-Lehto 2014: 78-79). Terveydenhuollon ammattilaiset sekä maahanmuuttajat itse kokevat, että hoidossa, ohjaustavoissa ja ohjaukseen liittyvissä ohjeissa on puutteita, minkä vuoksi informaatiokatkokset ja väärinymmärrykset ovat yleisiä (Adjekughele 2003: 57; Berlin 2010: 38). Somalinaisten ehkäisyneuvonnassa tulisi erityisesti kiinnittää huomiota kulttuurieroihin, uskonnollisiin tekijöihin sekä kommunikaation sujuvuuteen. Somalinaisilla ehkäisy näyttelee eri roolia kuin länsimaisilla naisilla.

Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisen ohjelman (2006) mukaan terveydenhuollon ammattilaisten asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta, monikulttuurista osaamista sekä tietoa erityisryhmien erityistarpeista ja -tilanteista tulee lisätä (Apter ym. 2009: 25). Ammattilaiset tarvitsevat tietoa maahanmuuttajien tavoista, tarpeista ja uskonnosta, sekä tietoa kulttuurivähemmistön seksuaaliterveystiedon tasosta, laadusta, tabuista, uskomuksista ja tavoista. Työntekijöillä on liian vähän tietoa ympärileikkauksen ja muuta väkivaltaa kokeneiden ihmisten kohtaamisesta. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisen ohjelman mukaan julkisissa palveluissa ei huomioida riittävästi maahanmuuttajien

seksuaaliterveyden erityistarpeita ja heidän perustietojensa puutetta ei ole huomioitu opetusmateriaalissa. Erityisesti maahanmuuttajanuorille olisi annettava mahdollisuus keskustella heidän vanhempiensa ja valtakulttuurin normien välisistä mahdollisista ristiriidoista. (Apter ym. 2009: 25-26.) Monikulttuurisen terveysneuvonnan tulee olla asiakas- ja yhteisölähtöistä ja sen kehittämisessä on keskityttävä osallistumismahdollisuuksien parantamiseen sekä tasa-arvon toteutumiseen. Maahanmuuttajien terveyden edistäminen sekä terveysneuvonta tulisi nähdä koko maan terveyden edistämisenä, terveydenhuollon ammattilaisten monikulttuurista osaamista on kehitettävä ja moniammatillista yhteistyötä lisättävä. (Keituri 2005: 46.)

Terveydenhuollon resurssien suuntaamisessa on otettava huomioon alueelliset erot maahanmuuttajien määrässä ja keskitettävä resurssit alueille, joissa maahanmuuttajien osuus väestöstä on merkittävä, sillä maahanmuuttaja vie vastaanotolla 1,5 kertaisen ajan muuhun väestöön verrattuna (Apter ym. 2009: 29). Raskauden ehkäisyn näkökulmasta tulisi ehkäisypalveluiden olla matalan kynnyksen palvelupisteitä, joihin on helppo hakeutua ja joissa annetaan informaatiota ehkäisymenetelmistä, seksitaudeista ja ehkäisyn merkityksestä. Oikean tiedon antamisella voidaan ehkäistä vääriä uskomuksia ja lisätä maahanmuuttajien kykyä vaikuttaa heidän omaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteensä. Ehkäisyn parissa työskenteleville perusterveydenhuollon ammattilaisille tulisi antaa tarpeeksi tietoa maahanmuuttajista ja heidän tavoistaan erillisen maahanmuuttajille suunnatun palvelun sijasta. (Apter ym. 2009: 38.)

Terveydenhuollon ammattilaiset kokevat yleensä eri kulttuurit ja uskonnon ongelmallisena toteuttaessaan ohjaustilanteita asiakkaiden kanssa. On kuitenkin muistettava, että jokainen eri kulttuurin edustaja on yksilö, ja on löydettävä toimivat ohjausmenetelmät, jotta neuvonta on tasavertaista valtaväestön kanssa. Laadukkaassa hoidossa tulee toteutua asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja tarvittavan tiedon sekä ohjauksen antaminen. Ehkäisyneuvontaa, kuten muutakin hoitotyötä, ohjaavat eettiset periaatteet ja arvot, jotka nousevat entistä korostetumpaan asemaan eri kulttuurista tulevan henkilön kanssa työskennellessä.

Tämä opinnäytetyö on tehty tarkasti ja niin laadukkaalla tavalla kuin mahdollista. Kirjallisuutta somalinaisten ehkäisyneuvonnan haasteista oli vaikea löytää, koska tutkimukset keskittyivät suurilta osin käsittelemään suuria maahanmuuttajajoukkoja ja tuore tutkimustieto aiheesta oli vähäistä. Kohdennetut tutkimukset aiheesta ovat jatkossa tarpeellisia, jotta terveydenhuollon ammattilaiset saisivat lisää materiaalia monikulttuu-

riseen terveysneuvontaan. Jotta ymmärtäisimme mahdollisimman hyvin muista kulttuurista tulevia ihmisiä, on meidän tutkittava monikulttuurista hoitotyötä enemmän. Tulevaisuudessa on enenevässä määrin monikulttuurisia nuoria, joiden molemmat vanhemmat ovat muuttaneet Suomeen ulkomailta, joten on tärkeää, että heidän aikuistuessaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut ovat helpommin saatavilla. Jatkossa kohdennetun ohjausmateriaalin kehittäminen maahanmuuttajataustaisten somalinaisten parissa työskenteleville terveydenhuollon ammattilaisille on suositeltavaa, jotta pystytään tarjoamaan mahdollisimman laadusta ja kulttuurisensitiivista ehkäisyneuvontaa. Somalinalaisia varten järjestettävät infotilaisuudet tarjoaisivat heille parempaa tietoa saatavilla olevista palveluista ja terveydenhuollon ammattilaisten koulutustilaisuuksilla edesautettaisiin laadukkaampaa monikulttuurista seksuaalineuvontaa.

6.4 Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli tarkastella, millaisia haasteita somalinaisten ehkäisyneuvontaan liittyy hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä minkälaisia haasteita somalinalaiset kokevat ehkäisyneuvontaan kanssa. Aihe on ajankohtainen lisääntyvän monikulttuurisuuden vuoksi, sillä terveydenhuollon ammattilaisten tulee osata kohdata erilaisia kulttuuritaustoja työssään. Koimme opinnäytetyöprosessin mielekkääksi ja tulevan työmme kannalta tärkeäksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää projekti- ja verkostotyöskentelyämme sekä harjoitella projektityössä tarvittavia taitoja kuten yhteistyötaitoja, sidosryhmätyöskentelytaitoja sekä ajankäytön ja resurssien hallintaa. Tavoitteena oli sen lisäksi oppia hyödyntämään omaa asiantuntijaosaamista ja käyttämään sitä ongelmanratkaisutilanteissa, yhteistyön kehittämisprosessissa ja niihin liittyvissä päätöksenteoissa. Tulemme tarvitsemaan näitä taitoja tulevaisuuden työelämähankkeissa sekä projekteissa. Kätilöopintojemme näkökulmasta opinnäytetyön prosessin vaiheet opettivat meille paljon monikulttuurisesta kohtaamisesta asiakastilanteissa ja erityisesti somalikulttuuriin liittyvistä ehkäisyneuvontaan liittyvistä haasteista.

Lähteet

Abdelhamid, Pirkko – Juntunen, Anitta – Koskinen, Liisa 2010. Monikulttuurinen hoito-työ. Helsinki: WSOYpro Oy.

Adjekughele, Josephine 2003. A reflection on Finnish maternity and child health clinics from the perspective of mothers from the African continent. Teoksessa Clarke, Kris (toim.) Welfare research into marginal communities in Finland: Insider perspectives on health and social care. Tampere: University of Tampere. 31-43.

Akar, Sylvia — Tiilikainen, Marja 2004. Katsaus islamilaiseen maailmaan. Väestöliitto. Väestötietosarja 13. Helsinki.

Anttila, Pirkko 2001. Se on projekti - vai onko? Hamina: AKATIIMI.

Apter, Dan – Eskola, Meri-Sisko – Säävälä, Minna – Kettu, Niina 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Luettu 15.10.2017 <<http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d264db59641807fb91c3026de33b7242/1410959093/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>>

Berlin, Anita 2010. Cultural competence in primary child health care services – interaction between primary child health care nurses, parents of foreign origin and their children. Stockholm: Karolinska institutet.

Comerasamy, Huguette – Read, Bela – Francis, Christine – Cullings, Sarah 2003. The acceptability and use of contraception: a prospective study of Somalian women's attitude. Tutkimusartikkeli. Journal of Obstetrics and Gynaecology Volume 23, 2003 - Issue 4. 412-415.

Degni, Filio 2004. The Social and Cultural Determinants of the Use of Contraception among Married Somali Women in Finland. Stakes Research Report 148. Kansanterveyslaitos, Turun yliopisto. Saarijärvi: Gummerus Printing.

Degni, Filio – Koivusilta, Leena – Ojanlatva, Ansa 2006. Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 09/2006;11(3). 190-196.

Degni, Filio — Mazengo, Charles — Vaskilampi, Tuula — Essén, Birgitta 2008. Somali men living in Finland regarding the use of the condom by men and that of other forms of contraception by women. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: Volume 13, 2008 - Issue 3. 298-303.

Degni, Filio – Suominen, Sakari – Essén, Birgitta – El Ansari, Walid – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2011. Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting Somali women living in Finland. Journal of immigrant and minority health. 14. 330-343.

Degni, Filio – Suominen, Sakari – El Ansari, Walid -- Vehviläinen-Julkunen, Katri – Essen, Birgitta 2013. Reproductive and maternity health care services in Finland: percep-

tions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethn. health* 2014 Jun;19(3). 348-366.

Elomaa, Kaisa 1997. *Ehkäisy*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Eskola, Kaarina – Hytönen, Eeva 2008. *Nainen hoitotyön asiakkaana*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Hajjar, Anas 2004. *Seksuaalisuus ja intiimiys islamissa*. Teoksessa Brusila, Pirkko (toim.) 2008. *Seksuaalisuus eri kulttuureissa*. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 98-115.

Hallenberg, Helena 2008. *Seksuaalisuus islamin maissa*. Teoksessa *Seksuaalisuus eri kulttuureissa 2008*, toim. Brusila, Pirkko. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 74-97.

Hankonen, Anu – Kaarlela, Elsi – Palosaari, Tiina – Pinola, Kati – Säkkinen, Mika – Tolonen, Anne – Virola, Minna 2006. *Vuorovaikutus ohjaussuhteessa*. Teoksessa Lippinen, Kaija – Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria (toim.) 2006. *Potilasohjauksen haasteet*. Oulu: Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. 23-31.

Hautamäki-Lamminen, Katja 2012. *Seksuaaliset muutokset syöpään sairastuessa*. Akateeminen väitöskirja. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Heikinheimo, Oskari — Suhonen, Satu — Lähteenmäki, Pekka 2011. *Naistentaudit ja synnytykset*. Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. *Tutki ja kirjoita*. 15.–17. painos. Porvoo: Bookwell.

Holopainen, Arja — Hakulinen-Viitanen, Tuovi — Tossavainen, Kerttu 2008. *Systematic review – a method for nursing research*. *Nurse Researcher* 16 (1). 72-83.

Islamopas.com 2016. *Lyhyt johdatus islamiin*. Verkkodokumentti. Saatavilla osoitteessa <<http://islamopas.com/orientering.html>>. Luettu 22.2.2017.

Kanervo, Sari – Saarinen, Tiina 2004. *Kulttuurit keskuudessamme*. Turku: Turun kulttuurikeskus.

Kankkunen, Päivi — Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

Keituri, Taina 2005. *Monikulttuurisuus ja eettisyys terveydenhuollossa: katsaus hoitoalan tutkimuksiin*. Helsinki: Tehy ry.

Klemetti, Reija – Raussi-Lehto, Eija 2014. *Edistä, ehkäise, vaikuta- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014- 2020*. Tampere: Juvenes Print- Suomen Yliopistopaino Oy.

Koistinen, Paula 2007. *Asiakkaan ja ryhmän ohjaaminen neuvolassa*. Teoksessa Armento, Annukka – Koistinen, Paula (toim.) 2007. *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Tammi. 341-438.

Korhonen, Vesa – Puukari Sauli 2013. *Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö*. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Koski, Pirjo 2014. Somaliperheiden perhevalmennuksen kehittäminen toimintatutkimuksen keinoin Suomessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1). 3-11.
- Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lincoln, Yvonne – Guba, Egon 1985. *Naturalistic Inquiry*. California: Sage Publications
- Mengesha, Zelalem – Perz, Janette – Dune, Tinashe – Ussher, Jane 2017. Refugee and migrant women’s engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professionals perspectives. *PLoS One*. 2017 Jul 20;12(7).
- Moilanen, Raili 2001. *Oppivan organisaation mahdollisuudet*. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Mölsä, Mulki — Tiilikainen, Marja 2007. Potilaana somali. *Duodecim* 2007;123. 451-457.
- Oja, Teea – Matikainen, Sanna 2011. Maahanmuuttajan ohjaus koulutuksen siirtymävaiheissa Oulun seudulla. Saatavilla sähköisesti osoitteessa http://api.ning.com/files/g3kew2taeqicqKVP8wPfcSFaCmDBpav61orurYRYl6eOulCAUbI9kpZLn09sd1pdbSBdT0cOz1cRMV2IURbJmMUzS*5mm/OAKKOPinToriopas_Maahanmuuttajanohjaussiirtymiss.pdf. Luettu 25.10.2017.
- Reinard, J.C. 2007. *Introduction to communication research*. 4th ed. New York: McGraw-Hill.
- Rosenberg, Leena 2015. *Seksuaalisuus ja syöpä*. Suomen Syöpäpotilaat Ry. Helsinki: Redfina Oy.
- Ruuska, Kai 1999: *Projekti hallintaan*. Jyväskylä: Suomen ATK-Kustannus Oy.
- Räty, Minttu 2002. *Maahanmuuttaja asiakkaana*. Helsinki: Tammi.
- Srikanthan, Amirtha — Reid, Robert 2008. Religious and Cultural Influences on Contraception. Article in *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*. February 2008 Volume 30, Issue 2. 129–137.
- Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta 2016. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Juvenes Print.
- Tampereen islamin yhdyskunta. *Islamin käsitteitä lyhyesti*. Verkkodokumentti. Saatavilla osoitteessa < <http://islam tampere.com/fi/islam/>> Luettu 22.2.2017.
- Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin Laitos 2017. *Ehkäisyneuvola*. Verkkodokumentti. Saatavilla sähköisesti osoitteessa < <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/ehkaisyneuvola>> Luettu 9.11.2017

Tikka, Marja 2007. Raskauden ehkäisy. Teoksessa Paananen, Ulla Kristiina – Pietiläinen, Sirkka – Raussi- Lehto, Eija – Väyrynen, Pirjo – Äimälä, Anna-Mari (toim.) 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima. 600-612.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi: opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni — Sarajärvi, Anneli 2002: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. Julkaistu 14.11.2012. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 14.2.2017.

Väestöliitto 2017. Ehkäisymenetelmät. Verkkodokumentti. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/ehkaisy/ehkaisymenetelmat/>>. Luettu 14.2.2017.

Whittemore Robin 2005. Combining evidence in nursing research. Methods and implications. Nursing Research 54 (1), 56-62.

World Health Organisation. 2002. Sexual and reproductive health. <<http://www.who.int/reproductivehealth/en/>> Luettu 27.10.2017

Liite 1. Tiedonhaku­taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Tulokset	Jatkoon otsikon perusteella	Jatkoon johdannon perusteella	Valitut tutkimukset
Cinahl	Somali and contraception	2006-2017, full-text	1	0	0	0
Cinahl	Somali contraception	2006-2017, full-text	1	0	0	0
Cinahl	Somali and contraceptive use	2006-2017, full-text	0	0	0	0
Cinahl	Somali and reproductive	2006-2017, full-text	5		1	1. Degni, Filio – Suominen, Sakari – El Ansari, Walid – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Essen Birgitta 2014. Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women.
Cinahl	Somali and birth control	2006-2017, full-text	17	2	0	0
Cinahl	Immigrant and contraception	2006-2017, full-text	21	1	0	0
Cinahl	Reproductive health immigrant	2006-2017, full-text	6		1	1. Degni, Filio – Suominen, Sakari – El Ansari, Walid – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Essen Birgitta 2014. Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women.
PubMed	Somali and family planning	-	13	1	1	1. Degni, Filio – Koivusilta, Leena – Ojanlatva, Ansa 2006. Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland.
PubMed	somali and rep-	-	39	7	3	1. Degni, Filio – Suominen, Sakari – El

	roductive health					<p>Ansari, Walid – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Essen Birgitta 2014. Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women.</p> <p>2. Degni Filio – Suominen Sakari – Essén Birgitta – El Ansari Walid – Vehviläinen-Julkunen Katri 2012. Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of [corrected] Somali women living in Finland.</p> <p>3. Degni Filio – Koivusilta Leena – Ojanlatva Ansa 2006. Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee women of Somali descent living in Finland.</p>
PubMed	somali and birth control	-	5	0	0	0
PubMed	somali and health care professional	-	59	3	2	<p>1. Degni, Filio – Suominen, Sakari – El Ansari, Walid – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Essen Birgitta 2014. Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women.</p> <p>2. Degni Filio – Suominen Sakari – Essén Birgitta – El Ansari Walid – Vehviläinen-Julkunen Katri 2012. Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting the needs of [corrected] Somali women living in Finland.</p>
PubMed	somali and migrant and repro-	-	4	1	0	0

	ductive health					
PubMed	sexual and reproductive health and migrant women	2007-2017	55	2	1	1.Mengesha, Zelalem – Perz, Janette – Dune, Tinashe – Ussher, Jane 2017. Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives.
ScienceDirect	Somali and contraceptive use	2006-2017	345	3	1	0
ScienceDirect	Somali contraceptive	2006-2017	46	1	1	0
ScienceDirect	Family planning and contraceptive and refugee*	2006-2017	525	3	0	0
ScienceDirect	Somali and patient communication	2007-nykyinen			0	0
ScienceDirect	Reproductive health and immigrant	2007-nykyinen (filterit: woman, europe, sexuali, family)	346	2	1	0
Google	The acceptability of contraception somali	-	32300	1	1	1.Comerasamy Huguette – Read Bela – Francis Christine – Cullings Sarah – Gordon H. 2003. The acceptability and use of contraception: a prospective study of Somalian women's attitude.

Liite 2. Taulukko analysoitavaksi valitusta aineistosta

Tutkimuksen nimi	Tekijät, julkaisumaa ja -vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland	Filio – Suominen, Sakari – Essen, Birgitta – El Ansari, Walid – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2011. Suomi.	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia lääkäreiden, sairaanhoitajien ja kätilöiden viestintää heidän tarjotessaan lisääntymis- ja äitiysterveysterveysten palveluja somalaisille Suomessa.	Aineisto kerättiin yksilö- ja ryhmähaastattelujen avulla 10 gynekologilta/synnytyslääkäriltä sekä 15 sairaanhoitajalta/kättilöltä viideltä ennaltavalitulta klinikalta.	Terveysten ammattilaiset kokivat somalialaisten naispotilaiden kanssa haasteiksi viestinnän, kulttuurilliset perinteet sekä uskonnolliset seikat. Viestintäongelmista ja kulttuurieroista huolimatta terveysten ammattilaiset ja somalialaisnaiset pääsivät kuitenkin alustavaan yhteisymmärrykseen klinikoilla.
Reproductive and Maternity Health Care Services in Finland: Perceptions and Experiences of Somali-born Immigrant Women	Filio – Suominen, Sakari – El Ansari, Walid – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Essen, Birgitta 2013. Suomi.	Päämääränä oli tutkia maahanmuuttajataustaisten somalialaisten kokemuksia lisääntymis- ja äitiysterveysten palveluista sekä heidän käsityksiään palveluntarjoajista.	Aineisto kerättiin viiden eri ryhmäkeskustelun avulla 70 naimisolevalta 18-50 vuotiaalta somalialeilta.	Osallistujat olivat tyytyväisiä Suomessa saatuihin lisääntymis- ja äitiysten palveluihin. Terveysten ammattilaisten asenteet nähtiin epäystävällisinä ja viestintä koettiin huonoksi.
Refugee and migrant women's engagement with sexual and reproductive health care in Australia: A socio-ecological analysis of health care professional perspectives.	Mengesha, Zelalem B – Perz, Janette – Dune, Tinashe – Ussher, Jane 2017. Australia.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella australialaisten terveysten ammattilaisten näkökulmia ja käytäntöjä liittyen pakolaisten ja maahanmuuttajanaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen.	Aineisto kerättiin 21 terveysten ammattilaiselta puolistrukturoidulla haastattelulla. Haastattelutavat työskentelivät eri ammateissa ja omasivat vaihtelevan määrän työkokemusta sekä olivat kulttuuritaustoiltaan erilaisia ja eri-ikäisiä. Haastattelut analysoitiin teemanalyysin avulla.	Tutkimuksessa tuli ilmi lähtömaan vaikutus maahanmuuttajanaisten tietomäärään seksuaali- ja lisääntymispalveluista, sukupuoliroolien merkitys hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja terveysten palvelujärjestelmän tarjoamien palvelujen sekä resurssien puute.
Attitudes towards and perceptions about contraceptive use among married refugee wom-	Degni, Filio – Koivusilta, Leena – Ojanlatva, Ansa 2006. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Suomessa asuvien naimisissaolevien somalialaisten naisten näkökulmasta asenteita ja	Tutkimuksessa käytettiin sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia aineistonkeruumenetelmiä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeiden ja	Raskauden ehkäisyn käyttämättä jättämiseen vaikuttivat uskonnollinen vakaumus ja avioliittoon liittyvät tekijät. Eh-

en of Somali descent living in Finland		käsityksiä liittyen ehkäisyvälineiden käyttöön.	haastatteluiden avulla 70 tutkimukseen osallistuvilta.	käisyn käyttäjiin puolestaan ei uskonnollisilla tai sukupuoleen liittyvillä tekijöillä ollut vaikutusta.
The acceptability and use of contraception: a prospective study of Somali women's attitude	Comerasamy, Huguette – Read, Bela – Francis, Christine – Cullings, Sarah – Gordon, H 2003. Iso-Britannia.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää osallistujien näkökulmia perhesuunnittelupalveluja kohtaan ja tietämystä eri ehkäisymenetelmistä sekä ymmärtää somalinais-teneritysvaatimuksia liittyen raskauden ehkäisyyn.	Aineisto kerättiin sekä kvantitatiivisilla että kvalitatiivisilla menetelmillä. Kvantitatiivinen aineisto hankittiin haastattelemalla 32 somalinaista puolen vuoden aikana. Kvalitatiivinen keruu tapahtui kahdesta eri lähteestä: Tutkimalla tutkimukseen osallistuvien perhesuunnittelutietoja sekä paikallisyhteisöjen ryhmätapaamisista saatua informaatiota.	Määrällisellä tiedonkeruulla ei saatu riittävää selitystä sille, miksi ehkäisypalvelujen käyttö oli heikkoa. Laadullinen aineisto tarjosi syvemmän selityksen. Uskonnolla, miehen ja naisen asemalla sekä suullisella perinteellä todettiin olevan vaikutus perhesuunnitteluun.

Liite 3. Aineiston pelkistys

Somalinaisten näkökulma:

Primaariaineisto	Pelkistetty aineisto
1) "In Somalia, a woman could never discuss the number of children with her husband, or the use of contraception because of the Somali family traditions and religious teachings" (Degni ym. 2006: 193).	1)Perinteiden ja uskonnollisten opetusten vaikutus siihen, että pariskunta voisi keskustella lapsiluvusta tai ehkäisystä.
2) The proportion of the women reporting that their husband and other people in the Somali community could disagree on the use of contraception with them was 91% (Degni ym. 2006: 193).	2)Naisten eriävät mielipiteet ehkäisystä aviomiehen sekä muun yhteisön kanssa.
3) One social factor affecting Somali women's attitudes towards the use of contraception was the attitudes of physicians and nurses towards them. They described a lack of common language as a major problem between them and the health care staff. (Degni ym. 2006: 194.) 4) "Some doctors and nurses are not friendly with us" –"One can see that they are not interested in us, since we do not speak the same language with them. They do not listen to us and make us feel that either we should accept the service or leave". (Degni ym. 2006:194). 5) "The nurses are always staring at women as if we were not human beings like them." "They do not like to see us at hospital" (Degni ym. 2006: 194.)	3)Lääkäreiden ja sairaanhoitajien asenteen vaikutus ehkäisyn käyttöön. 4)Yhteisen kielen puute somalinaisten ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä. 5)Lääkäreiden ja sairaanhoitajien epäystävällisyys ja välinpitämättömyys. 6)Sairaanhoitajien negatiivinen asenne somalinalaisia kohtaan.
6)Every woman in the study agreed that it is difficult for them to have more than three children in the family while in Finland because of the social, cultural and environmental differences between this country and Somalia. Because of these differences, Somali women are forced to use contraception if they want to have fewer children as Finns do. (Degni ym. 2006: 194.)	7)Suomen ja Somalian välisten kulttuuristen ja sosiaalisten erojen johtaminen siihen, että somalinalaiset kokevat ehkäisyntäytön pakollisena.
7) "I think that Finns are irritated to see Somali women with several children so I have decided to use contraception" (Degni ym. 2006: 194).	8)Sosiaalinen paine suomalaisten puolelta.
8) The main reason for not using contraception was religion (Degni ym. 2006:195).	9)Uskonnolliset syyt syynä ehkäisyn käyttämättä jättämiselle.
10) Prolonged side effects of some methods or having heard that modern contraceptive methods may lead to infertility, cause malformation of the ba-	10)Sivuvaikutukset, ennakkoluulot ja uskomukset nykyaikaisia ehkäisymenetelmiä kohtaan syinä ehkäisyn käyttämättä jätön päätökselle.

by or modify the equilibrium of a woman's body were other reasons for non-use (Degni ym. 2006:195).	
11) "I cannot imagine using contraception to prevent pregnancy without my husband's consent. Because of our cultural and religious principles I need his permission if I have to use contraception." (Degni ym. 2006: 195.)	11) Aviomiehen lupa edellytyksenä ehkäisyn käytölle.
12) The women in the present study perceived natural family planning as the ideal birth control method. According to them, they approved it because it was the only method accepted by Allah (God). -- The use of contraception was a sinful act. (Degni ym. 2006: 195.)	12) Uskonnon vaikutus ehkäisymenetelmän valintaan. 13) Luonnolliset ehkäisymenetelmät ainoa Allahin hyväksymä tapa
13) "I do not want to use contraception because my religion prohibits its use. Using contraception means killing a human being that Allah is giving me". (Degni ym. 2006: 195.)	14) Uskonto kieltää ehkäisyn käytön. 15) Islam kieltää ehkäisymenetelmien käytön 16) Musliminaisten ei tulisi käyttää ehkäisyä ilman kunnon terveydellistä syytä. 17) Uskonnollisten syiden oleminen syynä ehkäisyn käyttämättä jättämiselle
14) Most participants (particularly those aged 35-50 years) disapproved of abortion and contraceptive services, and confirmed that pregnancy is a blessing from Allah. --contraceptive practices were forbidden in Islam and that Muslim women should not accept contraceptive methods from the health services without obvious health reasons. (Degni ym. 2013: 10.) 15) In conformity with their religious beliefs, 72% of our sample was not using contraception (Degni ym. 2013: 11.)	
16) --Disapproval of contraceptive use/availability in the Finnish reproductive health services: Providing and advising Somali women to use contraceptive methods is insult to Somali religious and cultural beliefs (46 years): "For us, a family that includes several children is normal family in Somali culture." (Degni ym. 2013:11.)	18) Ehkäisyneuvonnan näkeminen loukkauksena somalialaisten uskonnollisia ja kulttuurisia asioita kohtaan.
17) One participant (39 years) argued that abortion and family planning services were regarded incompatible with their religious and marriage traditions and were seen as the "bad side" of the Finnish reproductive services. (Degni ym. 2013: 11.)	19) Abortin ja perhesuunnittelun näkeminen Suomen lisääntymispalveluiden huonona puolena 20) Abortin ja perhesuunnittelun oleminen ristiriidassa uskonnollisten opetusten ja avioliittoperinteiden kanssa.
18) --communication difficulties due to language issues were a major problem in the RMHCS (Degni ym. 2013: 12).	21) Kommunikaatio- ja kieliongelmat
19) --poor interpersonal communication is largely responsible for the misunderstandings between the health care providers and the Somali women. Their negative perceptions about the doctors and the nurses come from the fact that they do not understand and do not speak Finnish, so they take everything too personal and say bad things about them (39 years). (Degni ym.	22) Somalialaisten terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan kokemat ennakkoluulot

2013: 12.)	
20) Many of them need interpreters in the health services to speak for them to doctors and to nurses. This brings confusion between the women and the doctors and the nurses (27 years). (Degni ym. 2013: 12.)	23) Tulkin käytöstä aiheutuva hämmennys somalinaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä.
21) Five participants -- argued that Somali women feel difficulties in the health care settings not only because of language but also due to cultural differences between them and the doctors and the nurses. (Degni ym. 2013:12.)	24) Kulttuurieroista aiheutuvat vaikeuden terveydenhuollossa asiointiin yhteydessä.
22) "Not all the doctors and nurses that are friendly with us. We are wondering if their attitudes and social behaviours are always a question of language and communication problems. One can see that they are not interested, not caring about us like "patients", because they do not listen to us" (49 years). (Degni ym. 2013:12.)	25) Terveydenhuollon ammattilaisten välinpitämättömyys somalinalaisia kohtaan. 26) Terveydenhuollon ammattilaisten epäystävällisyys
23) It is difficult for the doctors and nurses to understand and accept the cultural differences between Finns and Somalis (45 years) (Degni ym. 2013:13).	27) Kulttuurierojen ymmärtäminen ja hyväksyminen terveydenhuollon ammattilaisten puolelta.
24) Women stated that they should not concern themselves with limiting the number of children. (Comerasamy ym. 2003:413).	28) Lapsiluvun rajoittamista ei nähdä stressitekijänä.
25) Producing numerous children is honourable (Comerasamy ym. 2003:414).	29) Suuren lapsiluvun kunnioitettavuus.
26) The family and the community are generally more important than the individual (Comerasamy ym. 2003:414).	30) Perhe ja yhteisö yksilöä tärkeämpiä.
27) Why would anyone voluntarily render himself or herself barren? was often made to explain the unacceptability of contraceptive usage. The respondents explained that fewer children were less meaningful to their status and sexual intercourse is seen solely in the context of procreation. (Comerasamy ym. 2003:414.)	31) Pienen lapsiluvun negatiivinen vaikutus statukseen 32) Yhdyntäminen vain lisääntymistarkoituksessa.
28) "Women do not have free will, in so far that their live and bodies are not their own" (Comerasamy ym. 2003:414).	33) Naisten oman tahdon puute.
29) The uptake and acceptability of contraception is seriously influenced by each other's experience. Failure of contraceptive methods, including the pill, was cited as reason for distrust in the services and retention of their own traditional methods. (Comerasamy ym. 2003: 414.)	34) Muiden ihmisten kokemusten vaikutus ehkäisymenetelmän valintaan.
30) --tubal ligation is never an option; it causes permanent infertility and is an assault to women's sexuality, their ability to produce more children and	35) Tiettyjen ehkäisymenetelmien näkeminen loukkauksena seksuaalisuudelle ja hyvälle sosiaaliselle statukselle.

hence their status in society (Comerasamy ym. 2003: 414).	
31) Those who were dissatisfied with contraceptive efficacy were often misled by poor understanding of the information received in the English language, resulting in incorrect usage (Comerasamy ym. 2003: 414).	36) Huonosta kielitaidosta johtuva väärinymmärrys.
32)--A significant number were not aware of any method (Comerasamy ym. 2003: 415).	37) Merkittävä tiedonpuute liittyen ehkäisymenetelmiin.
33) A woman's status is enhanced by her ability to produce numerous children. Using contraception is equated to voluntary infertility. (Comerasamy ym. 2003: 415.)	38) Ehkäisyn käytön näkeminen vapaaehtoisena hedelmättömyytenä

Terveydenhuollon ammattilaisten näkökulma:

Alkuperäinen aineisto	Pelkistetty aineisto
1)The gynecologiss hardly ever saw Somali women in family planning clinics because most of these women were not interested in contraceptive use and did not wish to talk about their sexual health, at least not with male physicians (Degni ym. 2011: 333).	1)Somalinaisten kiinnostuksen puute liittyen ehkäisyn käyttöön. 2)Miespuolisten lääkäreiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhumisen näkeminen kiusallisena.
2)"We doctors, we do not have time to socialise with out patients – It is the nurses who have more time to communicate and interact with the patients than we physicians". (Degni ym. 2011:334.)	3)Lääkäreiden ajanpuute
3)"The nurses have good relationships with the Somali women, although it is sometimes difficult to communicate in the same language with them, but anyway, they do understand each other" (Degni ym. 2011:334).	4) Yhteisen kielen puutteesta aiheutuvat kommunikaatiovaikeudet.
4)The physicians highlighted that they are not able, due to language problems, to communicate directly with several of the Somali women in the consultation room (Degni ym. 2011:334).	5) Yhteisen kielen puutteesta aiheutuva kykenemättömyys suoraan kommunikaatioon.
5)"We are frustrated because of the interpreters' poor knowledge of Finnish or inability to translate words correctly to the women and we believe that the women were not getting the right information" (F1). In each clinic, physicians expressed their frustrations for using interpreters who did not know any medical terminology, and did not speak fluent English or Finnish. From each physician's point of view, the persons employed as interpreters were	6)Lääkäreiden turhautuminen tulkkien heikkoon englannin ja suomen kielen taitoon. 7)Ammattitaidottomien tulkkien negatiivinen vaikutus kommunikaatioon. 8)Tulkkien lääketieteellisen sanaston puute. 9)Lasten ja teinien käyttäminen tulkkeina.

<p>not qualified to be medical interpreters.</p> <p>6) --their words were sometimes wrongly translated to the patients and vice versa.</p> <p>7)These non-qualified persons of adolescent children used as interpreters were making the communication and language problem between them and the Somali women more difficult.</p> <p>8)--general lack of professional medical interpreters--</p> <p>9)"The interpreters --do not understand the medical terms we are using to describe our patients' health problems".</p> <p>10)The worst scenarios were those when children aged 8-10 years and teenagers aged 11-16 years old were used as interpreters in the meeting with patients. (Degni ym. 2011:334.)</p>	
<p>11)"How can we properly do our work when we have language problems to communicate with the women? How can we do our work, when we physicians but also the patients, we are not comfortable discussing sensitive of personal issues with a third person in the consultation room." (Degni ym. 2011:334.)</p>	<p>10)Vaivautuneisuus keskustella henkilökohtaisista asioista ylimääräisen henkilön (tulkki) läsnä ollessa.</p>
<p>12) "The large majority of Somali women --they think that, we physicians do not interact or are not friendly with them. I must say that, we do not have time to socialize or have special relationship with our patients." (Degni ym. 2011:334.)</p>	<p>11) Somalinaisten kokeminen lääkäreitä epäystävällisinä. 12)Lääkäreiden ajanpuute.</p>
<p>13)We female physicians, we have same communication and cultural problems with Somali women as our colleague male physicians (Degni ym. 2011:335).</p>	<p>13) Lääkäreillä sukupuolesta riippumatta samat kommunikaatioon ja kulttuuriin liittyvät haasteet.</p>
<p>14) "It is not easy to build a good relationship with a person who does not speak your language, does not know you, who has been traumatised by civil war, been abused sexually, does not trust anybody and feels like living in a different world. --To build up a good relationship with Somali women, do not even start talking about contraception or their religion (Islam) to them until they are first to talk about those things (<i>history/Somali's difficulties to be integrated in Finland</i>)."(Degni ym. 2011:335.)</p>	<p>14)Traumatisoivat elämäntapahtumat</p>
<p>15) Particularly the family planning clinic nurses very seldom saw Somali women in their clinics because the women were not interested in family planning services and were not using contraception (Degni ym. 2011:336).</p>	<p>15) Somalinaisten välinpitämättömyys perhesuunnittelua kohtaan.</p>
<p>16) "It is difficult to communicate with the Somali women, because they do not understand Finnish and one can not talk with them directly, one always</p>	<p>16) Tulkin käyttö estää suoran kommunikaation. 17) Suomen kielen taidon puute.</p>

needs an interpreter" (Degni ym. 2011:336).	
17) "It was challenging to treat the Somali women because of their cultural attitudes to male physicians – if she was to that the physician was male, she refused to come to the examination. "	18) Asenteet miespuolisia lääkäreitä kohtaan ja mieslääkäreiden tekemistä tutkimuksista kieltäytyminen.
18) "They do not want to be examined by a man, because in their religion, a woman is not allowed to be naked in front of a man who is not her husband, so they want a female physician and not a male" (Degni ym. 2011: 336-337.)	19)Uskonnon vaikutus lääkärin valintaan (mies tai nainen)
19) The portions of information that some women provided about their gynaecological history were usually incomplete and insufficient to understand their gynaecological and obstetrical problems (Degni ym. 2011:337).	20)Asiakkailta saadut riittämättömät esitiedot.
20)"It is the husband who has the final word on the wife´s informed consent. Sometimes, specific gynaecological investigation problems are difficult or take time to be solved, because we have to wait for the husband´s approval." (Degni ym. 2011:337.)	21) Aviomiehen sekaantuminen hoitoon liittyvään päätöksentekoon haasteena hoitohenkilökunnalle.
21) "When a Somali woman comes to the medical examination, she does not come alone but with all the family, so there is no privacy You cannot tell her personal things or you do not know what to tell her, because you do not know if she wants all family to hear what you are telling her." (Degni ym. 2011: 337).	22) Koko perhe mukana vastaanotolla.
22) Somali women´s cultural traditions and religious beliefs in the clinics were unfamiliar to physicians (Degni ym. 2011:338).	23) Somalinaisten kulttuuriset ja uskonnolliset asiat vieraita lääkäreille.
23) It is a bit difficult to communicate with a person you do not see or who does not give you the opportunity for interaction (Degni ym. 2011:338).	55) Ei anneta edes mahdollisuutta vuorovaikutukseen.
24) Altogether 90-95% of Somali women never took the decision to use contraception without the husband´s permission, they always respond indicating that "I will ask my husband", "my husband will decide."	24)Aviomiehen vaikutus hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja ehkäisyasioissa.
25)--women did not want to use contraceptives and their husbands did want to use condoms because of their religion.	25) Haluttomuus käyttää ehkäisyä ja luottaminen luonnollisiin menetelmiin
26)"They do not want to use any birth control methods and neither their husbands. Somalis rely on the natural methods--." (Degni ym. 2011: 338.)	
27) The Somali women´s inconsistency in contraceptive use was regarded by the nurses and midwives as a result of lack of knowledge of birth control methods among at least some of the women. For example, once the IUD users have menstrual disturbance, bleeding, or infections, they come to the clinic to have the device removed immediately, when it had been possible (and better) for them to come to the regular checkups agreed upon after the	26)Tiedon puutteesta aiheutuva epäsäännöllinen ehkäisyn käyttö.

insertion. Similarly, for the oral contraception (OC) users, once they had side effects, such as nausea, headaches, or bleeding, they frequently stopped using the pill. (Degni ym. 2011: 338.)	
28) For one maternity nurse who had assisted several Somali women to deliver, the challenge of Somali women using contraception was strongly associated with cultural attitudes and religious beliefs. This nurse felt that the large majority of these women were not educated, worked hard at home, including taking care of several children and the husband, so they did not remember to take the pill everyday as the gynecologist had prescribed. (Degni ym. 2011: 338.)	27) Kulttuuristen ja uskonnollisten seikkojen vaikutus. 28) Ehkäisyn unohtaminen johtuen vaativasta arjesta.
29) Somali women's understanding of keeping an appointment time with the physician or with the nurse and following the medical instructions were also reported to be associated with problems when providing reproductive health services to these women. The women did not arrive on time to the appointment (Degni ym. 2011: 338.)	29) Somalinaisten myöhästely tapaamisista tai kokonaan paikalle tulematta jättäminen.
30) According to the HCPs, women's experiences in accessing health care in their country of origin influenced their access and utilisation of care after resettlement in Australia. 31) "You know in our country we did not have health promotion so we do not see it important here." (Mengesha ym. 2017:5.)	30) Terveystietämisen näkeminen yhdentekeväänä, koska se puuttui alun perin myös kotimaasta.
32) "They do not know which services to look for...my experiences working with migrant/refugee population is much lower level of access and uptake of services". (Mengesha ym. 2017:5.)	31) Tiedon puute eri palveluista.
33) Refugee and migrant women were described as having "quite limited", "low" or "less knowledge" about SRH and "not [being] aware of many contraceptive options. (Mengesha ym. 2017:6).	32) Vähäinen ja rajoitettu tieto liittyen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sekä ehkäisymenetelmiin.
34) "We spend a lot of time explaining sexual and reproductive health...consultations often begin with discussing the very basics of the female reproductive system in my work primarily with Arabic and Iranian women." (Mengesha ym. 2017:6.) 35) --takes longer than standard consultation times-- (Mengesha ym. 2017:6).	33) Tapaamisten normaalia kauempi kesto
36) "Sexual [and] reproductive health is a topic that is rarely discussed and talked about with in the family circle-there are lots of [knowledge] gaps" (Mengesha ym. 2017:6). 37) "Sexual education is not really given such a priority in the developing	34) Seksuaali- ja lisääntymisterveydestä puhuminen harvoin perheelle. 35) Seksuaalikasvatuksen yhdentekevyys kehitysmaissa.

countries" (Mengesha ym. 2017:6).	
38) "Quite often the topic is not even started by the health professional, assuming that they would have knowledge and they can take care of that part" (Mengesha ym. 2017:6).	36)Terveystieteiden ammattilaisten oletus siitä, että asiasta on jo riittävä tieto
39) So their burning issues are housing, where to live with their family, how to live, and the schools for kids, learning the language, employment. All these things are more prioritised than sexual reproductive health. (Mengesha ym. 2017: 7.)	37)Arjen haasteet tärkeämpiä.
40) "Life is busy so women financially support their families, they work or they have other commitments so it is very difficult to organise a session with them. From my experience we invite them and they say 'we are coming'...some of them they don't come and some of them they come late. This is the problem we have, for example if you intended to have around 15 women in the group session you'd end up having eight or nine even though we call and remind them." (Mengesha ym. 2017: 7.)	38) Haastavuus tapaamisten järjestämisessä myöhästelyn ja paikalle jättämättä tulemisen kanssa.
41) These vulnerable groups access the medical assistance or care only in the case of emergency, when they really have to. But there is not much focus on prevention. (Mengesha ym. 2017: 8.)	39)Yhteydenotto terveydenhuoltoon vain akuuttiasioissa ehkäisemisen sijaan.
42) "I remember doing some sessions with women about contraception and they actually knew a lot of stuff. Then I said 'so you know all this stuff, but you're not using contraception. Why not?' They said 'because it's not our choice to make. It's our husband's choice'. So our husbands say 'no, I don't want you—I want you to have children. I don't want you to decide when the child is going to be born'." (Mengesha ym. 2017: 8.)	40) Vaimon ehkäisyn käyttö aviomiehen päätettävissä.
43) "It's not my decision to make. My husband makes that decision." (Mengesha ym. 2017:8.) 44) "I have to get the permission of the husband, or it has to go through the husband. Even if I'm concerned about the woman for some reason, it's the husband [who] gives permission." (Mengesha ym. 2017:9.)	41) Aviomiehen päätösvalta.
45)Male partners were described as dominating during consultations, often leaving women unable to disclose their SRH issues in front of their partner (Mengesha ym. 2017:9).	42) Dominoivat aviomiehet tapaamisissa.
46) In some instances, partners served as interpreters for their wives, because "husbands refuse to allow us [HCPs] to engage an interpreter". 47)"She wanted an IUD for contraception, however, as husband has been interpreter and speaks for her and hasn't told her of this [the presence of	43) Aviomiesten tulkkina toimiminen 44)Aviomiehen jättäminen olennaisia asioita tulkkauttamatta. 45)Aviomiehen päätösvalta

<p>IUD in the clinic]”. 48) “It is very difficult to provide confidential care or woman-centred care for reproductive services, as some women will not make decisions or even have discussions without the husband's consent”. (Mengesha ym. 2017: 9.)</p>	
<p>49) “One frequently asked question was ‘what kind of contraception I can use that my husband won't know about’” (Mengesha ym. 2017: 9).</p>	46) Ehkäisyn käyttö salaa.
<p>50) HCPs generally considered refugee and migrant women to be unfamiliar with the Australian healthcare system and lacking knowledge about available services including the availability of interpreters, and the whereabouts of centres and facilities that provide SRH care. 51) “How do I make an appointment --how do you know which healthcare services do what? – they wouldn't be able to formulate exactly where they need to go.” (Mengesha ym. 2017:10.)</p>	48) Vieras terveydenhuolto ja tiedonpuute saatavilla olevista palveluista. 49) Tiedonpuute siitä, miten kuuluu varata aika tai mihin kuuluu mennä tarvittavan palvelun saamiseksi.
<p>52) SRH was a taboo topic for refugee and migrant women. “hidden issue” “banned topic” “not openly discussed” (Mengesha ym. 2017:10.)</p>	50) Aihe on tabu.
<p>53) “sexual and reproductive specific health services are not adequately advertised in various languages, at Public Hospitals” (Mengesha ym. 2017: 10).</p>	51) Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja ei mainosteta riittävän monella kielellä.
<p>54) “We don't provide sexual and reproductive health services to any great degree within the public health system in Australia.” --a lack of sexual health services-- (Mengesha ym. 2017: 12.)</p>	52) Seksuaali ja lisääntymisterveyspalveluja niukasti saatavilla julkisessa terveydenhuollossa.
<p>55) “Many women have had no access to education about sexual and reproductive health and hence are unable to make informed decisions about what is appropriate for them” (Mengesha ym. 2017: 12).</p>	53) Asiakkaan kykenemättömyys tehdä tietoon perustuvia päätöksiä.
<p>56) Overall the findings suggest that “Migrant and refugee women do not have equitable access to SRH care in comparison to Australian born women” (Liza, Nurse) due to the multifaceted barriers they experience which involve elements within all levels of the socio-ecological framework (Mengesha ym. 2017:13).</p>	54) Sosioekologisista syistä johtuva heikompi mahdollisuus päästä terveydenhuollon piiriin kuin kantaväestöllä.

Liite 4: Somalinaisten näkökulma – pelkistetyistä aineistosta luodut ala- ja yläluokat

Pelkistetty aineisto	Alaluokka	Yläluokka
1)Perinteiden ja uskonnollisten opetusten vaikutus siihen, että pariskunta voisi keskustella lapsiluvusta tai ehkäisystä. 20) Abortin ja perhesuunnittelun oleminen ristiriidassa uskonnollisten opetusten ja avioliittoperinteiden kanssa.	Perinteiden ja uskonnon vaikutus	Muilta tahoilta saadut vaikutteet
2)Naisten eriävät mielipiteet ehkäisystä aviomiehen sekä muun yhteisön kanssa. 30)Perhe ja yhteisö yksilöä tärkeämpiä.	Perheen ja yhteisön vaikutus	
11)Aviomiehen lupa edellytyksenä ehkäisyn käytölle. 33) Naisten oman tahdon puute.	Aviomiehen päätösvalta	
34)Muiden ihmisten kokemusten vaikutus ehkäisymenetelmän valintaan.	Muiden kokemukset	
9)Uskonnolliset syyt syynä ehkäisyn käyttämättä jättämiselle. 13) Luonnolliset ehkäisymenetelmät ainoa Allahin hyväksymä tapa 12)Uskonnon vaikutus ehkäisymenetelmän valintaan. 14)Uskonto kieltää ehkäisyn käytön. 15) Islam kieltää ehkäisymenetelmien käytön 16) Musliminaisten ei tulisi käyttää ehkäisyä ilman kunnan terveydellistä syytä. 17)Uskonnollisten syiden oleminen syynä ehkäisyn käyttämättä jättämiselle.	Uskonnon vaikutus ehkäisymenetelmän valintaan.	
3)Lääkäreiden ja sairaanhoitajien asenteen vaikutus somalinaisten ehkäisyn käyttöön. 6)Sairaanhoitajien negatiivinen asenne somalinalaisia kohtaan.	Terveydenhuollon ammattilaisten kielteiset asenteet	Sosiaaliset tekijät
5)Lääkäreiden ja sairaanhoitajien epäystävällisyys ja välinpitämättömyys. 25) Terveydenhuollon ammattilaisten välinpitämättömyys somalinalaisia kohtaan. 26) Terveydenhuollon ammattilaisten epäystävällisyys	Terveydenhuollon ammattilaisten käytös	
22)Somalinaisten terveydenhuollon ammattilaisia kohtaan kokemat ennakkoluulot	Somalinaisten suhtautuminen	
4)Yhteisen kielen puute somalinaisten ja terveydenhuoltohenkilöstön välillä. 21)Kommunikaatio- ja kieliongelmat 36)Huonosta kielitaidosta johtuva väärinymmärrys.	Huono kielitaito.	Kommunikaatio
37) Merkittävä tiedonpuute liittyen ehkäisymenetelmiin.	Tiedonpuute	
23)Tulkin käytöstä aiheutuva hämmennys somalinaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä.	Tulkin käyttö	
7)Suomen ja Somalian välisten kulttuuristen ja sosiaalisten erojen johtaminen siihen, että somalinalaiset kokevat ehkäisynkäytön pakollisena. 8)Sosiaalinen paine suomalaisten puolelta.	Erot Suomen ja Somalian välillä	Kulttuurierot

18) Ehkäisyneuvonnan näkeminen loukkauksena somalialaisten uskonnollisia ja kulttuurisia asioita kohtaan. 19)Abortin ja perhesuunnittelun näkeminen Suomen lisääntymispalveluiden huonona puolena		
24)Kulttuurieroista aiheutuvat vaikeudet terveydenhuollossa asioinnin yhteydessä. 27) Kulttuurierojen ymmärtäminen ja hyväksyminen terveydenhuollon ammattilaisten puolelta.	Haasteet ja ymmärrys	
28) Lapsiluvun rajoittamista ei nähdä stressitekijänä 29)Suuren lapsiluvun kunnioitettavuus. 32) Yhdynnän näkeminen vain lisääntymistarkoituksessa.	Suuri lapsiluku	
35) Tiettyjen ehkäisymenetelmien näkeminen loukkauksena seksuaalisuudelle ja hyväälle sosiaaliselle statukselle. 31)Pienen lapsiluvun negatiivinen vaikutus statukseen 38) Ehkäisyn käytön näkeminen vapaaehtoisena hedelmättömyytenä	Sosiaalinen status	

Liite 5: Terveysthuollon ammattilaisten näkökulma – pelkistetyistä aineistosta luodut ala- ja yläluokat

Pelkistetty aineisto	Alaluokka	Yläluokka
1)Somalimaisten kiinnostuksen puute liittyen ehkäisyn käyttöön. 15) Somalimaisten välinpitämättömyys perhesuunnittelua kohtaan. 25) Haluttomuus käyttää ehkäisyä ja luottaminen luonnollisiin menetelmiin	Negatiiviset asenteet ehkäisyn käyttöä kohtaan.	Suhtautuminen ehkäisyn käyttöön
30)Terveysten edistämisen näkeminen yhdentekevänä, koska se puuttui alun perin myös kotimaasta. 35) Seksuaalikasvatuksen yhdentekevyys kehitysmaissa.	Lähtömaan terveystalvelut	
28) Ehkäisyn unohtaminen johtuen vaativasta arjesta. 37)Arjen haasteet tärkeämpiä.	Ehkäisy taka-alalla muiden asioiden vuoksi	
34)Seksuaali- ja lisääntymisterveydestä puhuminen harvoin perheelle. 50) Aihe on tabu. 46)Ehkäisyn käyttö salaa.	Aiheen piilottelu	
2)Miespuolisten lääkäreiden kanssa seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhumisen näkeminen kiusallisena. 18) Asenteet miespuolisia lääkäreitä kohtaan ja mieslääkäreiden tekemistä tutkimuksista kieltäytyminen. 13) Lääkäreillä sukupuolesta riippumatta samat kommunikaatioon ja kulttuuriin liittyvät haasteet.	Lääkärin sukupuoli	Suhtautuminen lääkäreihin
11) Somalimaisten kokeminen lääkärit epäystävällisinä. 55) Ei anneta edes mahdollisuutta vuorovaikutukseen.	Negatiivinen asenne	
3)Lääkäreiden ajanpuute 12)Lääkäreiden ajanpuute. 33)Tapaamisten normaalia kauempi kesto	Ajanpuute	Aikaan liittyvät haasteet
29) Somalimaisten myöhästely tapaamisista tai kokonaan paikalle tulematta jättäminen. 38) Haastavuus tapaamisten järjestämisessä myöhästelyn ja paikalle jättämättä tulemisen kanssa.	Sovittujen tapaamisten laiminlyönti	
4) Yhteisen kielen puutteesta aiheutuvat kommunikaatiovaikeudet. 5) Yhteisen kielen puutteesta aiheutuva kykenemättömyys suoraan kommunikaatioon. 16) Tulkin käyttö estää suoran kommunikaation 17) Suomen kielen taidon puute.	Yhteisen kielen puute	Kommunikaatio-ongelmat
6)Lääkäreiden turhautuminen tulkkien heikkoon englannin ja suomen kielen	Epäpätevät tulkit	

<p>taitoon.</p> <p>7)Ammattitaidottomien tulkkien negatiivinen vaikutus kommunikaatioon.</p> <p>8)Tulkkien lääketieteellisen sanaston puute.</p> <p>9)Lasten ja teinien käyttäminen tulkkeina.</p> <p>43) Aviomiesten tulkkina toimiminen</p> <p>44)Aviomiehen jättäminen olennaisia asioita tulkkaamatta.</p>		
<p>10)Vaivautuneisuus keskustella henkilökohtaisista asioista ylimääräisen henkilön(tulkki) läsnä ollessa.</p> <p>22) Koko perhe mukana vastaanotolla.</p>	Yksityisyyden puute vastaanotolla	
<p>31)Tiedon puute eri palveluista.</p> <p>32)Vähäinen ja rajoitettu tieto liittyen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sekä ehkäisymenetelmiin.</p> <p>48)Vieras terveydenhuolto ja tiedonpuute saatavilla olevista palveluista.</p> <p>49) Tiedonpuute siitä, miten kuuluu varata aika tai mihin kuuluu mennä tarvittavan palvelun saamiseksi.</p> <p>51)Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluja ei mainosteta riittävän monella kielellä.</p> <p>52)Seksuaali ja lisääntymisterveyspalveluja niukasti saatavilla julkisessa terveydenhuollossa.</p> <p>39)Yhteydenotto terveydenhuoltoon vain akuuttiasioissa ehkäisemisen sijaan.</p> <p>54)Sosioekologisista syistä johtuva heikompi mahdollisuus päästä terveydenhuollon piiriin kuin kantaväestöllä.</p>	Palveluiden perille saannin haasteet	
<p>19)Uskonnon vaikutus lääkärin valintaan (mies tai nainen)</p> <p>27) Kulttuuristen ja uskonnollisten seikkojen vaikutus ehkäisyn käyttöön.</p>	Uskonto	Muilta tahoilta tulevat vaikutteet
<p>21) Aviomiehen sekaantuminen hoitoon liittyvään päätöksentekoon haasteena hoitohenkilökunnalle.</p> <p>24)Aviomiehen vaikutus hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja ehkäisyasioissa.</p> <p>40) Vaimon ehkäisyn käyttö aviomiehen päätettävissä.</p> <p>41) Aviomiehen päätösvalta.</p> <p>42) Dominoivat aviomiehet tapaamisissa.</p> <p>45)Aviomiehen päätösvalta</p>	Aviomiehen päätösvalta	
<p>14)Traumatisoivat elämäntapahtumat.</p>	Menneisyys	
<p>26)Tiedon puutteesta aiheutuva epäsäännöllinen ehkäisyn käyttö.</p>	Asiakkaan puutteellinen tieto	Tiedon puute

53) Asiakkaan kykenemättömyys tehdä tietoon perustuvia päätöksiä.		
20) Asiakkailta saadut riittämättömät esitiedot.	Terveystieteiden ammattihenkilöstön saama puutteellinen tieto.	

Liite 6. Ehkäisymenetelmät

Yhdistelmätabletit ovat yleisin kaikista hormonaalisista ehkäisymenetelmistä ja niiden käyttöä pidetään tehokkaana ja turvallisenä menetelmänä (Heikinheimo ym. 2011). Pillerit sisältävät sekä progestiinia että estrogeenia (Elomaa 1997:31). Tablettien otto aloitetaan kuukautisten ensimmäisenä vuotopäivänä ja ottoa jatketaan 3-4 viikon ajan. Hoitojen välissä on yleensä pieni tauko tai vaihtoehtoisesti voidaan käyttää lumetabletteja. Yhdistelmätabletteja on sekä kiinteä- että vaihtuva-annoksisia. Kiinteäannoksissa tableteissa vaikuttavien aineiden eli estrogeenin ja progestiinin määrät pysyvät samoina tabletista riippumatta ja vaihtuva-annoksissa tableteissa aineiden määrässä ja/tai keskinäisessä suhteessa on muutoksia, jotka mukailevat normaalin kuukautiskierron estrogeenin ja progesteronin välistä suhdetta. (Heikinheimo ym. 2011.)

Yhdistelmäehkäisymenetelmia ovat pillereiden lisäksi **ehkäisylaastari ja ehkäisyren-gas**. Ehkäisylaastaria pidetään olkavarressa viikon ajan ennen kuin se vaihdetaan uuteen. Ehkäisyren-gas asetetaan emättimeen ja sen käyttöikä on kolme viikkoa, jonka aikana steroideja vapautuu verenkiertoon. Hormonipitoisuudet eivät pääse nousemaan korkealle ja hormonaalisten haittavaikutusten riski pysyy alhaisena. (Heikinheimo ym. 2011.)

Minipillerit ovat ehkäisytabletteja, jotka tulee ottaa päivittäin ilman välipäiviä. Pillerien vaikuttava aine on progestiini, joka sitkeyttää ja niukentaa kohdunsuun liman koostumusta siten, että siittiöiden eteenpäin pääseminen vaikeutuu. Kohdun limakalvon rauhaset harvenevat ja pienenevät, mikä vaikeuttaa hedelmöittyneen munasolun kiinnittymistä kohdunseinämään. Lisäksi ovulaatio joko häiriintyy tai estyy kokonaan valtaosalla käyttäjistä. (Heikinheimo ym. 2011.)

Jälkiehkäisy on tarkoitettu otettavaksi yhdynnän jälkeen niissä tilanteissa, joissa ehkäisyä ei ole käytetty tai käytössä ollut ehkäisymenetelmä on pettänyt. Viime aikoina tutkituin jälkiehkäisyvalmiste on levonorgestreelia sisältävä tabletti, joka on reseptivapaa yli 15-vuotiaille. Toinen markkinoilla oleva valmiste sisältää ulipristaaliasetaattia. Jälkiehkäisyn jälkeen raskauden alkamisen mahdollisuus on muutaman prosentin luokkaa. Valmisteilla on suurempi teho, kun ne otetaan mahdollisimman pian yhdynnän jälkeen. Takarajana voidaan kuitenkin pitää levonorgestreelin kohdalla 72 tuntia ja ulipristaaliasetaatin kohdalla viittä vuorokautta. Mikäli hormonaalinen jälkiehkäisy pettää,

voidaan raskautta jatkaa turvallisesti, sillä valmisteen ei ole todettu aiheuttavan keskenmenoja tai sikiövaurioita. (Heikinheimo ym. 2011.)

Ehkäisyimplantaatti on pitkäaikainen, tehokas ja palautuva ehkäisymenetelmä. Se sijoitetaan steriilissä toimenpiteessä paikallispuudutuksen avulla ihon alle olkavarteen. Implantaatit sisältävät progestiinia (levonorgestreelia tai etonogestreelia implantaatista riippuen), joka vapautuu tasaisesti vereen estäen suurimmalla osalla ovulaation ja vähentäen siittiöiden läpäisevyyttä muuttamalla kohdunkaulan liman koostumuksen viskoosimaiseksi. Käyttöikä vaihtelee kolmesta viiteen vuoteen. Haittavaikutuksista merkityksellisimpänä voidaan pitää vuotojen epäsäännöllisyyttä. (Heikinheimo ym. 2011.)

Kuparikierukka on pitkävaikutteinen ja tehokas ehkäisymenetelmä, jonka käyttö ei aiheuta systeemisiä haittavaikutuksia. Sen tavoitteena on saada kohdun limakalvolle vierasesinereaktio, joka nostattaa paikallisesti leukosyyttien määrää lisäten prostaglandiinisyntheseä. Tästä seuraava eritteen koostumuksen muutos häiritsee sukusolujen toimintaa estäen hedelmöittymisen suurella osalla. Kuparikierukkaa voidaan käyttää myös jälkiehkäisyyn tavoin, ja se voi estää myös implantaation. Ehkäisimen käyttöaika ajoittuu pääsääntöisesti kolmen ja kymmenen vuoden välille. (Heikinheimo ym. 2011.)

Hormonikierukkaa pidetään hyvin tehokkaana ehkäisymenetelmänä. Se asetetaan kohtuonteloon, jossa siitä vapautuu vuorokaudessa 20 mikrogrammaa vaikuttavaa ainetta progestiinia. Hormonikierukka muuttaa kohdunsuun liman sitkeäksi ja niukaksi, minkä seurauksena siittiöiden kulku eteenpäin häiriintyy. Osalla munarakkulan kehittyminen ja ovulaatio estyvät kokonaan. Levonorgestreeli saattaa kohdun ns. lepotilaan ja sillä on lisäksi vuotoja ja kuukautiskipuja niukentava vaikutus, minkä vuoksi hormonikierukka on varteenotettava vaihtoehto runsaista kuukautisvuodoista kärsiville. Ehkäisimestä seuraavia ongelmia ovat mm. päänsärky, iho-ongelmat, masennus ja turvotus sekä käytön alussa esiintyvät useat tiputtelupäivät ja mahdollinen liikakarvoitus (Heikinheimo ym. 2011.)

Estemenetelmiä ovat kondomit (sekä miesten että naisten), pessaarit ja spermisidit. Systeemisiä haittavaikutuksia ei ole, mutta paikallista ärsytystä saattaa esiintyä. Kondomi ehkäisee myös sukupuolitautilien tarttumista, mutta rikkoutuessaan menettää sekä ehkäisy- että tartunnanestokyvyn. Pessaaria ja spermisidejä suositellaan yhdessä käy-

tettäväksi. Kuppimaiseen pessaariin laitetaan spermisidiä ennen sen paikalleen asettamista emättimeen kohdunnapukan päälle. (Heikinheimo ym. 2011.)

Luonnonmenetelmiä (natural family planning) ovat naisen pidättäytyminen yhdynnästä ovulaation aikaan sekä synnytyksenjälkeinen imetys tarkoin ehdoin. Nainen voi ennustaa kuukautiskierron pituuden perusteella ovulaationajankohdan. Kuukautiskierron aikana yhdynnästä tulisi pidättäytyä hedelmällisen jakson ajan. Kuukautiskierron ensimmäistä kahdeksaa ja viimeistä 11 päivää kutsutaan ns. varmoiksi päiviksi, jolloin yhdyntä on sallittua. Munasolun irtoamisen ajankohta voidaan myös arvioida ruumiinlämmön avulla. Billingsin ovulaatiomenetelmällä tarkkaillaan kohdunliman koostumusta, joka lisääntyy runsaasti hedelmällisen jakson aikana. Imetystä lukuun ottamatta luonnonmenetelmät vaativat vaivannäköä ja sääntöjen laiminlyöntiä voidaan pitää merkittävimpana syynä ehkäisyn epäonnistumiselle. (Heikinheimo ym. 2011.)

Sterilisaatio voidaan tehdä asiakkaan pyynnöstä lain asettamien edellytysten puitteissa. Tärkeimpänä indikaationa voidaan pitää yli 30 vuoden ikää. Suomessa naisten osuus sterilisaatioista on 70 % ja miesten 30%. Nopea, tehokas ja yleisin tapa tehdä naisen sterilisaatio on laparoskopiatoinenpide, jossa munanjohtimiin asennetaan puristimet. Miehen sterilisaatioita tehdään joko avoleikkauksena tai uudemmalla ns. suljetulla menetelmällä. Miehillä sterilisaation pettämisen riski on prosentin luokkaa. Sekä miesten että naisten sterilisaatio on mahdollista purkaa, mutta hedelmällisyys ei aina palaudu toivotulle tasolle. (Heikinheimo ym. 2011.)