



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Suvi-Christina Juvonen, Essi Manninen

Naisten terveyden ongelmat ja edistävät tekijät Keniassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Kätilötyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

5.11.2018

Tekijät Otsikko	Essi Manninen Suvi-Christina Juvonen Naisten terveyden ongelmat ja edistävät tekijät Keniassa
Sivumäärä Aika	33 sivua + 2 liitettä 5.11.2018
Tutkinto	Kätilö (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Kätilötyö
Ohjaaja	Lehtori Pirjo Koski, TtT
<p>Kenian naisten terveydessä on paljon kehitettävää, haasteita esiintyy laajasti; ne ovat kaikki liitännäisiä toisiinsa ja toistuvat useasti kierteessä. Suurin osa terveysongelmista on ennaltaehkäistävässä, mutta monien yhteiskunnan ja yksilötason tekijät luovat haasteita sille.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena tavoitteena tuottaa koottua tietoa Kenian naisten terveyden ongelmista ja edistävästä tekijöistä. Työ toteutettiin osana suunnitteilla olevaa Kenia-hanketta. Työtä hyödynnetään myös terveysalan opiskelijoiden opetuksen tunti sisällöissä. Aineisto haettiin systemaattisesti eri tietokannoista ja lopullisen aineiston koosti 12 artikkelia Cinahl ja PubMed tietokannoista. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä.</p> <p>Kenialaisten naisten terveyteen vaikuttavat taloudelliset rajoitteet esimerkiksi rahanpuute pakottaa erityisesti nuoria tyttöjä vastikkeellisen seksin harrastamiseen, jotta heillä olisi varaa perus kuukautishygieniatarpeisiin. Terveystuho ei toimi terveyttä edistävästi johtuen puutteellisista resursseista ja ammattitaidosta. Lähisuhdeväkivalta ja sukupuolien epätasa-arvo luovat esteitä terveyspalveluiden hakemiselle sekä myös nostavat HIV-tartunnan riskiä. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen vähentää naisten käymistä terveyspalveluissa ja myös lisää seksitautien sekä kohdunkaulan syövän riskiä. Aineiston perusteella suurin naisten terveyteen vaikuttava tekijä on silpominen; se vaikuttaa negatiivisesti naisten seksuaalisuuteen ja mielenterveyteen, vähentää naisten päätöksentekovaltaa ja aiheuttaa synnytyskomplikaatioita kuten obstetrisia fistuloita. Obstetriset fistulat aiheuttavat naisille useiden vuosien fyysisen ja psyykkisen kärsimyksen. Myös yhteisön arvot ja erityisesti naisten terveyteen liittyvä stigma vaikeuttavat naisten terveyden parantamista. Erityisesti obstetrisesta fistulasta kärsiviä naisia hyljeksitään yhteisöissä; myös naiset, joita ei ole silvottu kohtaavat usein syrjivää käytöstä. Uskonnolliset ja kulttuuriset perinteet ovat suurin haaste terveystapojen muuttamiselle, koska ne ovat niin juurtuneita yhteisöihin.</p> <p>Keniassa on tehty paljon työtä terveyden parantamiseksi, mutta käytännön toteutus kohtaa usein haasteita ja jää siksi vajavaiseksi. Keniassa terveydenhuolto sekä tutkimukset keskittyvät usein vahvasti fyysisiin oireisiin, vaikka psyykkiset oireet tulevat selkeästi esille ja niiden hallitsemiseen ja hoitoon tarvittaisiin lisää resursseja.</p>	
Avainsanat	Kenia, Afrikka, naisten terveys, edistävät tekijät, estävät tekijät

Authors Title	Essi Manninen Suvi-Christina Juvonen Kenyan women's health problems and facilitating factors
Number of Pages Date	33 pages + 2 appendices 5 November 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Midwifery
Instructor	Pirjo Koski, Senior Lecturer, Ph.D
<p>Women's health in Kenya has improved significantly, yet there are still extensive challenges; most of them are associated to each other and repeat in cycles. Much of the health problems women face are preventable, but due to individual and community level factors they remain as problems.</p> <p>This bachelor's thesis was conducted using narrative literature review with the aim to compile information regarding health issues Kenyan women face, the barriers and facilitators that influence it. This thesis was implemented as part of the Kenya-project. This thesis is also utilized in healthcare students lessons as extra material. We conducted our search systematically using two online databases with the results leaving us twelve articles from CINAHL and PubMed databases. Articles were analysed using inductive content analysis.</p> <p>Kenyan women's health is restricted by financial restraints; for example the lack of money forces young girls to turn to transactional sex to provide for basic menstrual hygiene needs. Due to the shortage of resources and health care professionals competence the health care system is not working to promote women's health. Intimate partner violence and gender inequality hinder women's utilization of health services and increases the risk for HIV-infection. High risk sexual behaviour decreases women's use of health care services increasing sexually transmitted diseases and cervical cancer risk. Our analysis indicated that FGM/C is one of the biggest influencers on women's health. It affects negatively women's sexuality and mental health, decreasing women's decision making power and causes labour complications such as obstetric fistulas. Obstetric fistulas cause women years of physical and mental suffering. Community values and the stigma surrounding women's health hinder the development of their health in Kenya. Women who suffer from obstetric fistula are often rejected by the community, just as women who have not undergone FGM/C. Religious and cultural traditions rooted deep in the community hinder the work to change health habits.</p> <p>Substantial work has been made to improve women's health in Kenya, but practical implementation is extremely challenging and often lacking. Kenyan health care and research focus more on physical symptoms, even though psychological symptoms are evident and are in need of more resources to combat those issues.</p>	
Keywords	Kenya, Africa, women's health, facilitators, barriers

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Keskeiset käsitteet	2
3	Terveyteen vaikuttavat tekijät ja naisten terveys Keniassa	3
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	8
5	Opinnäytetyön toteutus	9
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	9
5.2	Tiedonhakuprosessi	9
5.3	Aineiston sisällönanalyysi	12
6	Tulokset	14
6.1	Naistenterveysteen liittyvät haasteet	15
6.2	Kenialaisten naisten terveyttä edistäviä tekijöitä	19
6.3	Kenialaisten naisten terveyttä estäviä tekijöitä	22
6.4	Yhteenveto tuloksista	27
7	Pohdinta	28
7.1	Tulosten tarkastelu	28
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	30
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	32
	Lähteet	34
	Aineiston lähdeluettelo	38
	Liitteet	
	Liite 1. Aineiston kuvailu	
	Liite 2. Sisällönanalyysi esimerkki	

1 Johdanto

Kenian naisten terveydessä on paljon kehitettävää, haasteita on laajasti aina HIV:n esiintymisestä ja tyttöjen ympärileikkauksista naisten perus kuukautishygienian tarpeeseen. Keniassa naiset saavat HIV tartunnan todennäköisemmin kuin miehet, nuoret tytöt saavat tartunnan jopa neljä kertaa todennäköisemmin kuin saman ikäiset pojat (Fleischman 2010). 93% kenialaisista 15-49 vuotiaista naisista, jotka ovat kuulleet silpomisesta ovat sitä mieltä, että sitä ei pitäisi tehdä. Kuitenkin saman ikäisistä naisista 21% on silvottuja. (Unicef 2016) Osin silpomisenkin aiheuttaman obstetrisen fistulan saa vuosittain Keniassa arviolta 3000 naista (Astellas 2018). Vuosittain Keniassa todetaan yli 10 000 uutta kohdunkaulan syöpä tapaus (Ministry of Health, Kenya 2017: 10).

Kenialaisten naisten terveyteen vaikuttavat siis monet tekijät, jotka ovat kaikki vahvasti liitännäisiä niin koko maan yhteiskunnallisiin arvoihin ja tapoihin kuin myös pienempien etnisten ryhmien uskomuksiin. Naisten epätasa - arvo yhteiskunnassa haastaa naisten mahdollisuuksia perusterveyteen. (World Health Organization b)

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvailla Kenian naisväestön terveysongelmia sekä terveyttä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Aiheen valintaan vaikutti kiinnostus kansainvälisestä toiminnasta hoitotyössä sekä mahdollisuuksista edistää naisten asemaa ja terveyttä maailmanlaajuisesti. Toteutamme työn osaksi suunnitteilla olevan Kenia-hankkeen tueksi. Lisäksi opinnäytetyötämme hyödynnetään myös terveysalan opiskelijoiden tunti sisällössä tuomaan lisätietoa naisten terveysongelmista maailmalla; terveys- ja sosiaalialan ammattilaiset voivat hyötyä opinnäytetyömme kootuista tiedoista. Toteutimme opinnäytetyömme kuvailevana kirjallisuuskatsauksena; tavoitteenamme tuottaa yhteistä tietoa Kenian naisten terveyden nykytilanteesta ja haasteista Kenia-hankkeen pohjaksi. Aineisto analysoitiin käyttäen induktiivista sisällönanalyysi menetelmää

Opinnäytetyössämme käymme kattavasti läpi niitä kenialaisten naisten terveysongelmia, joita keräämästämme aineistoista nousi esille. Kokosimme tietoa myös yhteiskunnallisella sekä yksilötasolla kenialaisten naisten terveyttä estävistä ja edistävästä tekijöistä.

2 Keskeiset käsitteet

Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ovat: ihmisoikeus, naisten terveys, terveyden edistäminen ja sosiaalinen tuki.

YK määrittelee **ihmisoikeudet** seuraavasti: ”Ihmisoikeuksilla tarkoitetaan jokaiselle ihmiselle kuuluvia perustavanlaatuisia oikeuksia. Niiden tavoitteena on turvata jokaiselle ihmiselle ihmisarvoinen elämä, turvata perustoimeentulo ja taata yhteiskunnalliset osallistumismahdollisuudet. Ihmisoikeudet kuuluvat jokaiselle ihmiselle ja ovat voimassa kaikkialla henkilön taustasta, sukupuolesta tai yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta.” (Suomen YK-liitto b). Naisten oikeuksista on myös tehty oma sopimus YK:ssa, tässä sopimuksessa lähtökohtana on kieltää naisiin kohdistuva syrjintä. Sopimuksella pyritään vähentämään perinteisten sukupuoliroolien rajoittavaa vaikutusta naisten elämään ja laajentaa naisten elämänpiiriä. (Suomen YK-liitto a)

Naisten terveys viittaa lääketieteen alaan, joka keskittyy sellaisten sairauksien hoitoon ja diagnoosiin, jotka vaikuttavat naisen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin (MedlinePlus 2018). Sukupuoli vaikuttaa merkittävästi terveyteen johtuen biologisista eroista, naiset ovat biologisesti alttiimpia seksitaudeille kuten HIV:lle. Naisten terveys on haastava aihe, koska monissa yhteisöissä naiset ovat huonommassa asemassa ja kohtaavat syrjintää. (World Health Organization b)

Terveyden edistäminen edistää ihmisten kontrollia heidän omasta terveydestään. Sosiaaliset ja ympäristötekijät ovat keskeisiä asioita terveyden edistämässä. Siinä pyritään vaikuttamaan myös huonon terveyden perustaan käsittelemällä ja ehkäisemällä, ei vain keskittymällä hoitoihin ja parantamiseen. Terveyden edistämisen tavoitteena on, että yksilön terveys ja elämänlaatu paranevat. Terveyden edistämiseen kuuluu kolme osa-aluetta, joita ovat terveyden hyvä johtaminen, terveellinen kaupunkikokonaisuus sekä yksilön terveystietoisuus. Hyvässä johtamisessa terveys pidetään keskeisenä linjauksena kaikissa päätöksissä; terveellisen kaupungin saavuttaminen vaatii myös hallitukselta vahvaa johtamista ja sitoutumista terveyslinjauksiin. Yksilön terveystietoisuus takaa sen, että yksilöillä on tarvittavat tiedot tehdä terveyden kannalta edullisia päätöksiä. (World Health Organization 2016a) Ottawan terveyden edistämisen julistuksessa

terveys nähdään jokapäiväisen elämän voimalähteenä, eikä elämän päämääränä. (World Health Organization a)

Sosiaalisista suhteista saatava voimavara määritellään **sosiaaliseksi tueksi**. Sosiaaliin tukeen liittyy neljä eri osa-aluetta. Tietotuella tarkoitetaan niitä mahdollisilla neuvoja ja edoituksia mitä sosiaalinen suhde tuo tilanteisiin. Aineellinen tuki sosiaalisessa suhteessa liittyy rahan lainaamiseen ja auttamiseen. Sosiaaliseen tukeen liittyvät arvostustuki, johon sisältyy positiivinen vahvistaminen sekä henkinen tuki, joka sisältää luottamuksellisuuden, empaattisuuden, kuuntelemisen sekä rohkaisemisen. (Vahtera – Uutela 1994)

3 Terveysteen vaikuttavat tekijät ja naisten terveys Keniassa

Kenia on Itä-Afrikassa sijaitseva maa, joka jakaa rajansa Intian valtameren, Somalian, Tansanian, Ugandan, Etiopian sekä Etelä-Sudanin kanssa. Kenian väkiluku on noin 50 miljoona (Country Meter 2018) ja maassa on yhdeksän suurta etnistä ryhmää. Kikujut ovat Kenian suurin etninen ryhmä ja koostavat 20% Kenian väkiluvusta. Suuri osa kenialaisista asuvat länsi Keniassa Victoria järven rannalla sekä isoissa kaupungeissa, kuten Nairobi ja Mombasa. Kenian pääkaupunki on Nairobi. Vallitsevat uskonnot ovat kristinusko (83%), islam (11,2%) sekä perinteiset uskonnot (1.7%). Kenian väestön elinajanodote on 64.3 vuotta ja naisten 65.8 vuotta ja se on maailmanlaajuisessa listassa 186. (Central Intelligence Agency 2018)

Kenian tasavalta on yksi Afrikan taloudellisesti menestyneimmistä maista, jossa köyhyys on kuitenkin yhä suuri ongelma ja väestönkasvu on huolestuttavan suurta. Kenian väestöstä yli 40% on alle viisitoista vuotiaita, johtuen aikaisesta lastentekoiästä sekä perhesuunnittelun puuttumisesta. Kenia luokitellaan alemman keskitulotason maaksi vuodesta 2014 alkaen. Maan ekonomisen kasvu on hidasta ja monimutkaista maan heikon hallituksen sekä korruption takia. Köyhyydessä asuvien määrä on laskenut vuodesta 2005 46.8% ja oli viimeisten tilastojen (2016) mukaan 36.1%. Vuoden 2013 arvion mukaan maassa hallitsee 40% työttömyysaste. Maan lukutaito on yksi Saharan eteläpuolisen Afrikan korkeimmista ja se on yhä nousussa. (Central Intelligence Agency 2018) Naisista

77% altistuvat vähintään kerran viikossa jonkin asteen medialle kuten sanomalehti, tv tai radio (Unicef 2016).

Keniassa naisten asema on edelleen haavoittuvassa asemassa. Maailmanlaajuisessa sukupuolitaso-arvon listauksessa Kenia sijoittuu sijalle 135 ja maailmanlaajuisessa sukupuolierojen listauksessa sijalle 63 (UN women 2016). Merkittäviä eroja esiintyi miesten ja naisten välillä koulutus saavuttamisessa, terveys tuloksissa, edustuksessa eduskunnassa sekä työmaailmaan osallistumisessa (USAID 2018). Kenian 2017 terveydenhuolto laki virallistaa kansallisen ja piirikuntien yhteistyön hallituksen tasolla, sekä varmistaa terveydenhuoltoon pääsyn haavoittuvissa asemassa oleville ihmisille (naiset, ikääntyneet, vammautuneet, lapset, nuoret, ja vähemmistö sekä syrjäytetyt ihmiset). Voimaan astuneen lain päämääränä on vakiinnuttaa kansallinen terveys järjestelmä varmistamaan korkean terveyden standardin maassa ja oikeuden terveydenhuoltoon, lisääntymisterveydenhuoltoon sekä akuuttiterveydenhuoltoon. (The Health Act no. 21 of 2017: 3)

Keniassa on puute terveysalan ammattilaisista. Jokaista 10,000 kenialaista kohtaan on 2 lääkäriä ja noin 16 sairaanhoitajaa ja kätilöä (World Health Organization 2018d). Tarvittaessa terveydenhuollon ammattilaista ei ole aina välttämättä saatavilla. Terveysvapaaehtoiset ovat koulutettuja vapaaehtoisia/työntekijöitä, jotka asuvat yhteisöissä ja välittävät siellä välttämättömiä terveyttä edistäviä tietoja ja taitoja. He ovat monille usein ensimmäinen kontakti terveydenhuoltoon. He toimivat terveystiedon opettajina yhteisöissä ja ovat elintärkeä linkki perheiden ja terveydenhuollon välillä. Terveysvapaaehtoiset saavuttavat ihmiset kaikilla osa-alueilla, he ovat kriittinen terveystiedon ja hoidon lähde köyhissä yhteisöissä. (World Vision 2015)

Silpominen sisältää kaikki toimenpiteet, jossa naisten ulkoisia sukupuolielimiä poistetaan joko osittain tai kokonaan ja jossa sukupuolielimiä vaurioitetaan ei-lääketieteellisten syiden takia. Silpominen on ihmisoikeuksien loukkaus ja vahvistaa tyttöjen epätasa-arvoa. Silpomista harjoitetaan erilaisista sosiokulttuurisista syistä, jotka vaihtelevat asuinalueesta ja etnisestä ryhmästä toiseen. Mahdollisia syitä ovat tyttöjen aikuisuuteen siirtymisrituaali, neitsyyden varmistaminen, avioliitto kelpoisuuden lisääminen, uskollisuuden varmistaminen avioliitossa, raiskauksien estäminen ja esteettiset syyt. Joissakin yhteisöissä silpomisen uskotaan olevan uskonnollinen vaatimus, mutta suurimpien uskontojen pyhät tekstit eivät mainitse sitä. (World Health Organization 2016b: 1-4)

Silpomisesta löytyy neljää eri tyyppiä. Tyyppi I naisten ulkoisista sukupuolielimistä poistetaan joko ainoastaan klitoriksen huppu tai klitoris kokonaan. Silpomisen II tyyppissä poistetaan joko ainoastaan pienet häpyhuulet, pienet häpyhuulet sekä klitoris tai pienet häpyhuulet klitoris sekä isot häpyhuulet. Silpomisen III tyyppissä poistetaan kaikki ulkoiset sukupuolielimet ja vagina ommellaan yhteen siten että siihen jätetään pieni aukko, tätä kutsutaan infibulaatioksi. Tyyppi IV viittaa kaikkeen muuhun haitalliseen naisten ulkoisten sukupuolielimien muokkaukseen. (World Health Organization 2016b: 1-4)

Ensimmäinen laki, jossa kielletään silpominen tuli voimaan osana lastensuojelulakia vuonna 2001 (Children act No.8 of 2001: 14). Vuonna 2011 Keniassa hyväksyttiin naisten sukupuolielinten silpomisen kieltolaki, jossa kriminalisoidaan silpominen sekä kielletään toiseen maahan silvottavaksi vieminen, operaatioon tarvittavien välineiden hallussapito sekä halventavasti puhuminen naisista, joille ei ole tehty toimenpidettä (Prohibition of female genital mutilation act No.32 of 2011). Laista huolimatta ympärileikkaukset ovat yhä yleisiä etenkin Länsi-Keniassa. Tyttöjen ympärileikkaukset ovat vahva osa kulttuuria, joten ihmisten asenteiden muuttaminen on hyvin haastavaa. (UN women 2017) Silpomisen yleisyys Keniassa vuonna 2014 oli 21% (Unicef 2016), joista 3% esiintyi 0-14 ikäluokassa (Unicef 2018). Yli 50% silpomisista on suoritettu tytöille ennen heidän 10 ikävuotta ja näistä 75% oli suorittanut perinteinen harjoittaja ja 20% terveydenhuollon ammattilainen (Unicef 2016). Aikuisten naisten keskuudessa silpomisilmiön kannatuksen yleisyys on 6% (Unicef 2018); suurin osa kannattajista ovat etnisiä naisia (Unicef 2016).

Naisiin kohdistuva väkivalta on suuri ongelma Keniassa. Joka kolmas tyttö Keniassa on joutunut naisiin kohdistuvan väkivallan uhriksi ennen 18 vuoden ikää (Gender violence recovery center 2018). Vuonna 2006 Keniassa hyväksyttiin seksuaalirikoslaki korkean seksuaaliväkivallan takia (UN women 2016). Luvut Keniassa ovat edelleen maailman korkeimpien joukossa (Gender violence recovery center 2018). Naisiin kohdistuvan väkivallan käsittely on edennyt nopeasti hallituksen tasolla, mutta käytännössä erittäin hitaasti. Hallitus on laatinut seksuaali- ja naisiin kohdistuvan väkivallan linjauksen läänihallituksille, jotka nopeuttaisivat lakien, linjausten sekä ohjelmien täytäntöönpanon naisiin kohdistuvan väkivallan suhteen. Linjauksessa käsitellään aihetta ennaltaehkäisyyn, vastatoimen, koordinoinnin kehittämisen, valvonta järjestelmän sekä aiheeseen liittyvän näytön keräämisen kautta. (National Gender and Equality Commission 2017: 13-15)

Kenialaisista 15-49 ikäluokassa olevista naisista 39% raportoivat olleensa lähisuhdeväkivallan kohteena elämänsä aikana. Näistä naisista 26% raportoivat kokeneensa fyysistä tai seksuaalista väkivaltaa viimeisten 12 kuukauden aikana. (UN women 2016) Lähisuhdeväkivalta on edelleen suuresti vallallaan oleva ongelma Keniassa, sillä viitataan sellaiseen käytökseen läheisessä ihmissuhteessa, joka vahingoittaa fyysisesti, psykologisesti tai seksuaalisesti suhteessa olevia henkilöitä. Tähän liittyy fyysinen väkivalta, seksuaaliväkivalta, emotionaalinen väkivalta sekä hallitseva käyttäytyminen. (Garcia-Moreno – Guedes – Knerr 2012: 1) Vuonna 2015 hallitus hyväksyi perheväkivaltaa koskevan lain, jossa laki huomioi perheen sisällä tapahtuvan väkivallan. Laissa väkivalta sisältää muun muassa silpomisen, seksuaalisen väkivallan avioliiton sisällä, seksuaalisen, fyysisen sekä verbaalisen väkivallan. Laissa ohjataan myös selkeästi, miten perheväkivaltaa kohdanneita uhreja autetaan. (Protection Against Domestic Violence Act No.2 of 2015) Laki on historiallinen, koska se on ainoa laki Keniassa, joka yksinomaan puuttuu perheen sisällä tapahtuvaan väkivaltaan (Heinrich Böll Foundation 2015).

Seksuaalinen riskikäyttäytyminen voidaan määritellä kahdella eri tavalla. Yleisemmin tunnettu määrittely seksuaalisesta riskikäyttäytymisestä muodostuu käytöksestä itsestään. Tässä määrittelyssä seksuaalinen riskikäyttäytyminen sisältää seksuaalisten aktiiviteettien varhaisen aloittamisen, suojaamattoman seksin, seksikumppanien määrän ja tyyppin, suhteen seksikumppaniin, yhdyntöjen tiheyden sekä kondomin käytön. Toinen määritelmä muodostuu seksi kumppanin luonteen perusteella; onko kumppani HIV-positiivinen, suonensisäisten huumeiden käyttäjä tai harrastaa seksiä vaihtuvien kumppaneiden kanssa. (Dimbuene – Emina – Sankoh 2014: 2)

HIV on ollut ja on yhä suuri ongelma Keniassa, 90-luvulla HIV-epidemian hoitoon keskittiin paljon resursseja, jolloin muilta terveyden edistämisen osa-alueilta leikattiin rahoitusta. Vuonna 2016 5,4% aikuisväestöstä oli todettu HIV/Aids ja siihen liittyviä kuolemia oli 36,000. (Central Intelligence Agency 2018) Erityisesti naisten HIV tartuntoja on ollut vaikea saada laskuun. Vuonna 2014 7,6% naisväestöstä oli HIV positiivisia, kun miesväestöstä vain 5,6% oli todettu HIV tartunta. Yli puolet, jotka elävät HIV tartunnan kanssa ovat tietämättömiä HIV statuksestaan. Innovatiivisten HIV testausmenetelmien lisäämisen myötä HIV testauksen yleisyys on noussut hurjasti. Vuonna 2008 860 tuhatta ihmistä testattiin vuosittain ja vuonna 2015 sama luku oli noussut 9.9 miljoonaan. (Avert 2018)

Obstetrinen fistula on sairaus, jossa naiselle on kehittynyt aukko synnytyskanavan ja virtsarakon tai peräsuolen tai molempien välille. Sen yleisin aiheuttaja on pitkittynyt synnytys. (UNFPA 2017) Keniassa ilmenee arviolta 3000 uutta fistula tapausta vuosittain; keskimäärin 1-2 fistulaa jokaista 1000 synnytystä kohden (Astellas 2018). Obstetrista fistulaa pystyttäisiin ehkäisemään oikea-aikaisella pääsyllä synnytyshuoltoon, vahingoittavien perinteiden karsimisella sekä naisten lisääntymisikää lykkäämällä (World Health Organization 2018a). The Health Act 2017 määrittää muun muassa, että jokaisella on oikeus lisääntymisterveyden palveluihin, joissa ammattitaitoisesti taataan molempien vanhempien terveys raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan aikana (The Health Act no. 21 of 2017). Se että obstetrinen fistula on yhä suuri ongelma Keniassa, kertoo lain laiminlyönnistä yhteiskunnassa (Wala 2017).

Kohdunkaulan syöpä on maailmanlaajuisesti naisten neljänneksi yleisin syöpä; vuoden 2018 arvioitu uusien tapausten määrä on 570 000, joka on 6,8% kaikista naisten syöivistä (World Health Organization 2018b). Keniassa kohdunkaulan syöpä on naisten yleisin syöpä, siihen sairastuu vuosittain 40,1 naista jokaista 100 000 naista kohden (Ministry of Health, Kenya 2017: 10). Rintasyöpä on Keniassa naisten toiseksi yleisin syöpä; 100 000 naista kohden ilmenee vuosittain 38.3 uutta syöpätapausta (Ministry of Health, Kenya 2017: 10).

Ihmisen papilloomavirus eli HPV on kohdunkaulan syövän yleisin aiheuttaja, lähes kaikki kohdunkaulan syöpä tapaukset voidaan yhdistää HPV-infektioon. HPV tarttuu seksikontaktissa myös ilman penetroivaa seksiä, jonka vuoksi suurin osa seksuaalisesti aktiivisista ihmisistä saakin infektion jossain kohtaa elämänsä. Suurin osa HPV infektiosta paranee itsestään, mutta tietyn tyyppin HPV-infektiot kehittävät kohdunkaulan syövän yleensä 15-20 vuoden kuluessa. Heikentynyt immuunipuolustus, kuten HIV:n sairastaminen, nopeuttaa syövän ilmentymistä, jolloin se voi ilmetä jopa viidessä vuodessa. (World Health Organization 2018c)

Keniassa on työstetty toimintasuunnitelma ”The National Cancer Control Strategy 2017-2022” syöpien ehkäisyn ja hoidon kehittämiseksi. Toimintasuunnitelman päämääriä ovat muun muassa vähentää syöpäkuolleisuutta ja parantaa syöpäpotilaiden elämänlaatua. Suunnitelma pyrkii keskittymään niin syöpien ehkäisyyn kuin syöpäpotilaiden hoitoonkin, tavoitteena vähentää Kenian väestön syöpätaakkaa. (Ministry of Health, Kenya 2017: 11)

Tutkimusten mukaan Keniassa 65% naisista ja tytöistä ei ole varaa ostaa terveystieteitä. Vain 32% maaseudun kouluista on tarjota yksityinen paikka, jossa tytöt voivat vaihtaa kuukautissuojansa. Länsi-Keniassa 13-29 vuotiaista naisista kaksi kolmesta kertoivat saavansa kuukautissuojia seksikumppaneiltaan. Kuukautissuojien saaminen oli myös todennäköisempää, jos naisella oli enemmän kuin yksi seksikumppani, joka taas nosti naisten riskiä saada HIV tartunta tai tulla suunnittelemattomasti raskaaksi. Toinen tutkimus samalla alueella totesi, että kun 14-16 vuotiaille tytöille annettiin terveystieteitä tai kuukuppeja ilmaiseksi, ne vähensivät sukupuolitautien ilmaantumista ja bakteerivaginosisin yleisyyttä. (FSG 2016: 1-5)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla Kenian naisväestön terveysongelmia sekä terveyttä edistäviä ja estäviä tekijöitä. Opinnäytetyössämme kuvailemme kaiken ikäisiin tyttöihin ja naisiin kohdistuvia terveysongelmia, pois lukien äitiyshuoltoon ja perhesuunnitteluun liittyviä aiheita. Tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa suunnitteilla olevan Kenia - hankkeen tueksi. Koottu tieto voidaan hyödyntää terveysalan ammattilaisten ja opiskelijoiden keskuudessa, esimerkiksi tietopakettina kansainväliseen vaihtoon lähteville terveysalan opiskelijoille sekä myös osana perusopetusta tuomaan lisätietoa naisten terveysongelmista maailmalla. Julkaisemme työn Theseus tietokannassa, jossa työmme on avoimesti saatavilla kaikille aiheesta kiinnostuneille.

Opinnäytetyötä ohjaavat tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia terveyteen liittyviä ongelmia kenialaisilla naisilla on?
2. Mitkä tekijät edistävät naisten terveyttä Keniassa?
3. Mitkä tekijät estävät naisten terveyttä Keniassa?

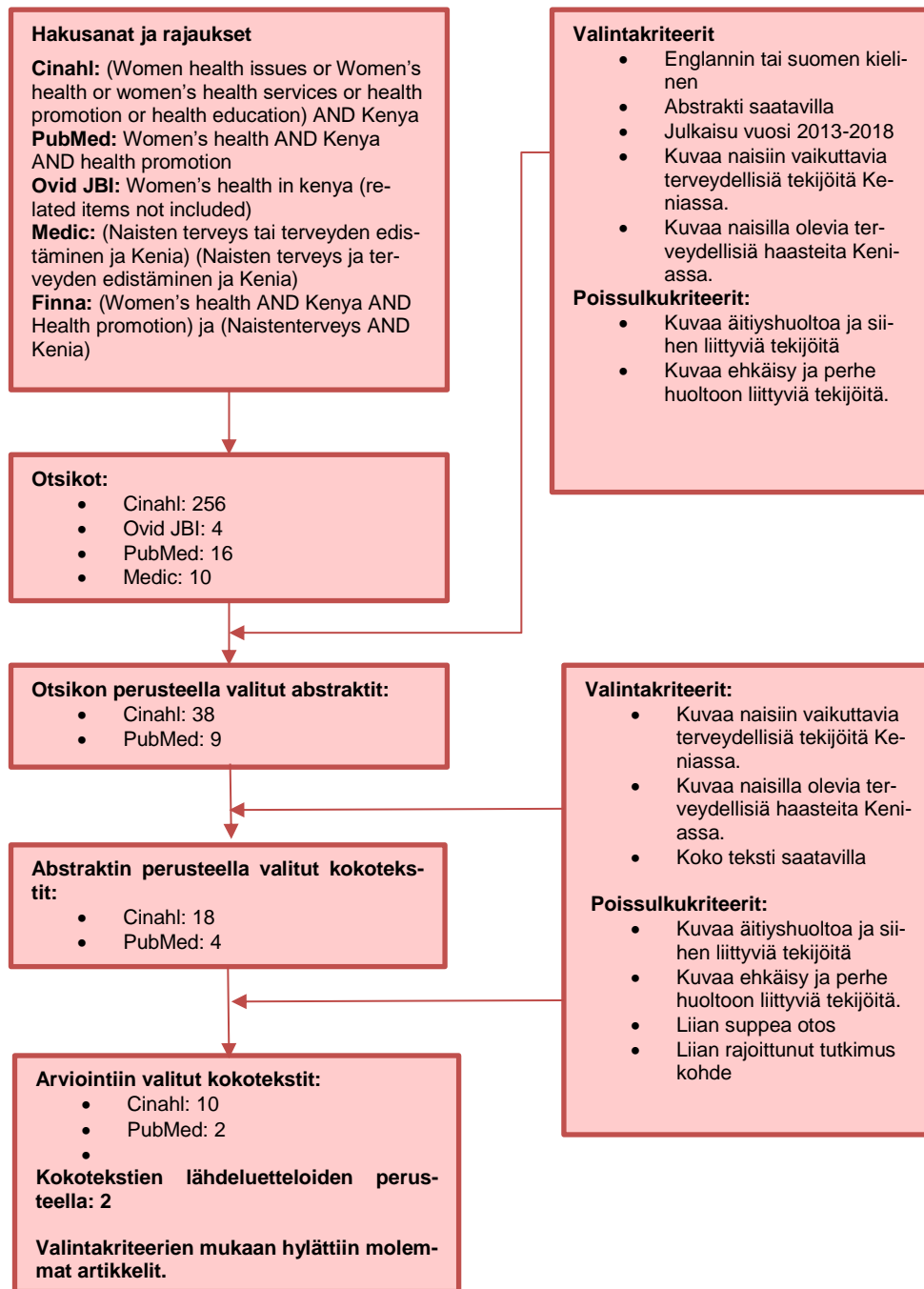
5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyön menetelmänä käytimme kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii hyvin opinnäytetyömme menetelmäksi, koska täytämme Kenia-hankkeen tarpeen saada ilmiöstä jo tutkittua tietoa. Hoitotyössä kuvaileva kirjallisuuskatsaus on suosittu menetelmä sen mahdollisuutena kehittää näyttöön perustuvaa toimintaa (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 97). Kirjallisuuskatsaus koostuu seuraavista vaiheista: tutkimuskysymysten laatiminen, aineiston valitseminen, aineiston analysointi sekä tulosten kuvaaminen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjana käytämme tutkimuskysymyksiä, jotka antavat meidän kirjallisuuskatsaukselle suunnituksen ja rajaavat sitä. Tarkoituksena on tuottaa tutkimuskysymyksiin systemaattisesti valitun aineiston avulla laadullinen vastaus. (Ahonen – Jääskeläinen – Kangasniemi – Liikanen – Pietilä – Utriainen 2013: 294) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla tarkoituksena on yhdistää jo tehtyjen tutkimusten tietoja ja syntesoida ne; tämä syventää aiheesta löytyvää tietoa (Kylmä – Juvakka 2007: 138). Tutkimuskysymykset laadittiin opinnäytetyön aiheen pohjalta sekä vastaamaan hankkeen tarpeita.

5.2 Tiedonhakuprosessi

Aineiston haku suoritettiin soveltaen systemaattista hakua. Aineistoa haettiin vastaamaan suoraan työn tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset tarkentuivat prosessin edetessä, rajaamaan aiheen paremmin ja vastaamaan haussa löydettyihin artikkeleihin. Tarvittavan aineiston määrä korreloitui työn tutkimuskysymysten laajuuteen. (Ahonen ym. 2013: 295) Aineiston hakuvaiheessa käytimme Cinahl, Ovid, Pubmed, Medic, ja Finna – tietokantoja. Aineistoa haettiin myös manuaalisesti käyttäen tutkimusartikkeleiden lähteitä, jotka sopivat työn tutkimuskysymysten vastaamiseen. Hakusanoina käytimme MeSH ja CINAHL headings - termejä: naistenterveys, terveyden edistäminen, Kenia, women's health, women health issues, women's health services, Kenya, health promotion, health education. Hakusanat liitettiin käyttäen AND tai OR termejä. Hakusanat valitsimme niin että ne vastaavat tutkimuskysymyksiimme. Aineiston hakuprosessi esitetty kuvio 1.



Kuvio 1. Aineiston hakuprosessi, valintakriteerit sekä poissulkukriteerit. (Mattila – Melender – Häggman-Laitila 2013: 25)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valitsemisessa on tärkeä rajata kriteerit, jonka perusteella aineisto joko sisällytetään tai hylätään. Kriteerien tulee olla hyvin perusteltuja, koska se tuo tutkimukseen luotettavuutta (Coughlan – Cronin – Ryan 2013: 38). Valintakriteereiksi muodostuivat artikkelin julkaisuvuosi 2013-2018 välillä, kielirajaus englanti ja suomi, tutkimusartikkeli sekä abstrakti saatavilla. Valintakriteerit valitsimme niin että löysimme uusinta tutkimustietoa, joka on luettavissa kielellä, jota ymmärrämme

ja joka on saatavilla. Rajasimme haun myös sisältämään abstraktin, jotta voimme systemaattisesti seuloa artikkelit. Poissulkukriteerit olivat: äitiyshuoltoon, ehkäisyyn ja perhesuunnitteluun liittyvät artikkelit, liian suppea otos ja liian rajoittunut tutkimus kohde. Päätimme rajata aiheitamme sulkemaan pois äitiyshuoltoon, ehkäisyyn ja perhesuunnitteluun liittyvät artikkelit, jotta opinnäytetyöstämme ei tulisi liian laajaa ja se vastaisi Kenia-hankkeen tarpeita. Suljimme pois artikkelit, joissa oli liian suppea otos sekä liian rajoittunut tutkimuksen kohde saadaksemme ilmiöstä kattavan kuvan sekä lisätäksemme opinnäytetyöhömmme luotettavuutta.

Aineiston seulonta tapahtui kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa hakutulokset käytiin läpi ja sisällytettiin tai hylättiin otsikon perusteella. Tämän jälkeen otsikon perusteella sisällytetyt aineistot seulottiin abstraktin perusteella. Abstraktin perusteella sisällytetyt aineistot luettiin ja valintakriteerien sekä poissulkukriteerien ohjaamana aineisto joko valittiin tai hylättiin. (Coughlan ym. 2013: 40) Aineistoksi valikoitui kaksitoista tutkimusartikkelia, joista seitsemän oli määrällistä tutkimusta, neljä laadullista tutkimusta ja yksi monimenetelmä tutkimus. Kaikkien tutkimusten kohteena oli kenialaiset naiset ja olivat englanninkielisiä. Tutkimusten otokset koot vaihtelivat 30 - 14,741 . Aineisto esitetty tiivistetysti taulukko 1 sekä laajemmin liitteessä 1.

Taulukko 1. Opinnäytetyön aineistoksi valikoidut tutkimusartikkelit

Aineistoksi valikoituneet tutkimusartikkelit

- 1. Married women's negotiation for safer sexual intercourse in Kenya: Does experience of female genital mutilation matter?
- 2. The 'heat' goes away: sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya
- 3. Association Between Risky Sexual Behavior and Cervical Cancer Screening Among Women in Kenya: A Population-Based Study
- 4. The next sub Saharan African epidemic? A case study in the determinants of cervical cancer knowledge and screening in Kenya.
- 5. 'I stayed with my illness': a grounded theory study of health seeking behaviour and treatment pathways of patients with obstetric fistula in Kenya
- 6. Determinants of Breast Cancer Early Detection for Cues to Expanded Control and Care: the Lived Experiences Among Women from Western Kenya
- 7. Injured bodies, damaged lives: experiences and narratives of Kenyan women with obstetric fistula and Female Genital Mutilation/Cutting
- 8. Assessment of community health volunteers' knowledge on cervical cancer in Kadobp Division, Kisumu County: a cross sectional survey
- 9. Menstrual Needs and Associations with Sexual and reproductive Risks in Rural Kenyan Females: A Cross-Sectional Behavioral Survey Linked with HIV Prevalence.
- 10. Intimate Partner Violence is Associated with HIV Infection in Women in Kenya: A Cross-sectional Analysis
- 11. Gender equality and Education: Increasing the HIV testing among Married women in Kenya, Zambia and Zimbabwe.
- 12. Individual-level and Community-level Determinant of Cervical Cancer Screening Among Kenyan Women: A Multilevel Analysis of a Nationwide Survey

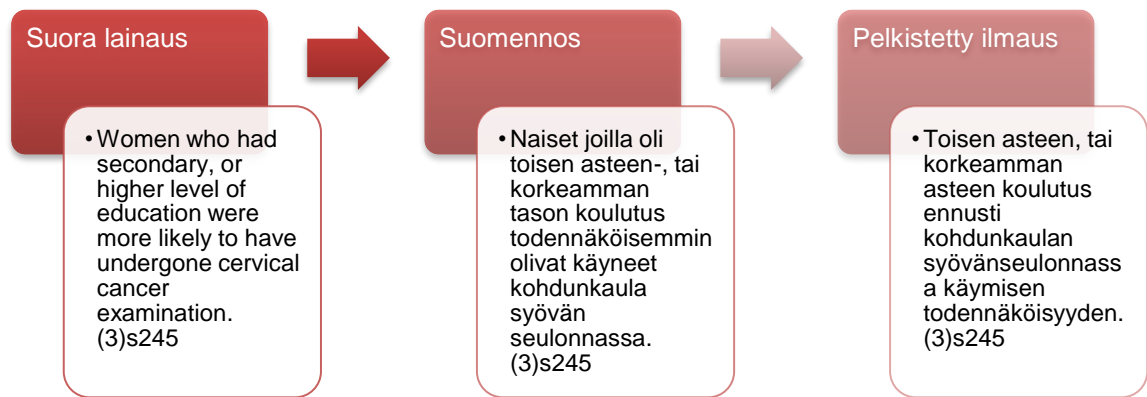
5.3 Aineiston sisällönanalyysi

Aineiston analysointi menetelmäksi valitsimme induktiivisen sisällönanalyysin. Sisällönanalyysi menetelmän avulla aineisto puretaan ja tiivistetään, jonka kautta voimme löytää yleisimmät ilmiöt sekä tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. Tämän kautta saamme uuden tulkkauksen, joka on kattavampi kuin yksittäinen artikkeli. (Coughlan ym. 2013: 45) Induktiivisessa sisällönanalyysissä haetaan vastauksia pelkästään tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. Analyysin vaiheet ovat aineiston purku, sisällöllisten samankaltaisten ilmiöiden yhdistäminen, aineiston tiivistäminen ja abstrahointi; pääideana on kuvailla ilmiö tiivistetysti (kuvio 2.). (Kylmä – Juvakka 2007: 113) Abstrahoinnissa tuotetaan kuvaileva tiivistelmä ilmiöstä luomalla yleisiä kategorioita. Induktiivinen sisällönanalyysi sopii hyvin tutkimusmenetelmäksi varsinkin, kun teoretietoa on vähän tai pirstaleina, jolloin tutkittavat kategoriat tulevat esille aineiston kautta. Tätä kautta yksittäiset tapahtumat lyötetään yhteen ja saadaan laajempi kokonaisuus. (Elo – Kyngäs 2008: 109-111) Nämä kriteerit sopivat opinnäytetyöhömmme hyvin, koska tavoitteenamme on koota jo tutkittua tietoa yhteen ja saada siitä syvempi ymmärrys (Tuomi – Sarajärvi 2018: 138).



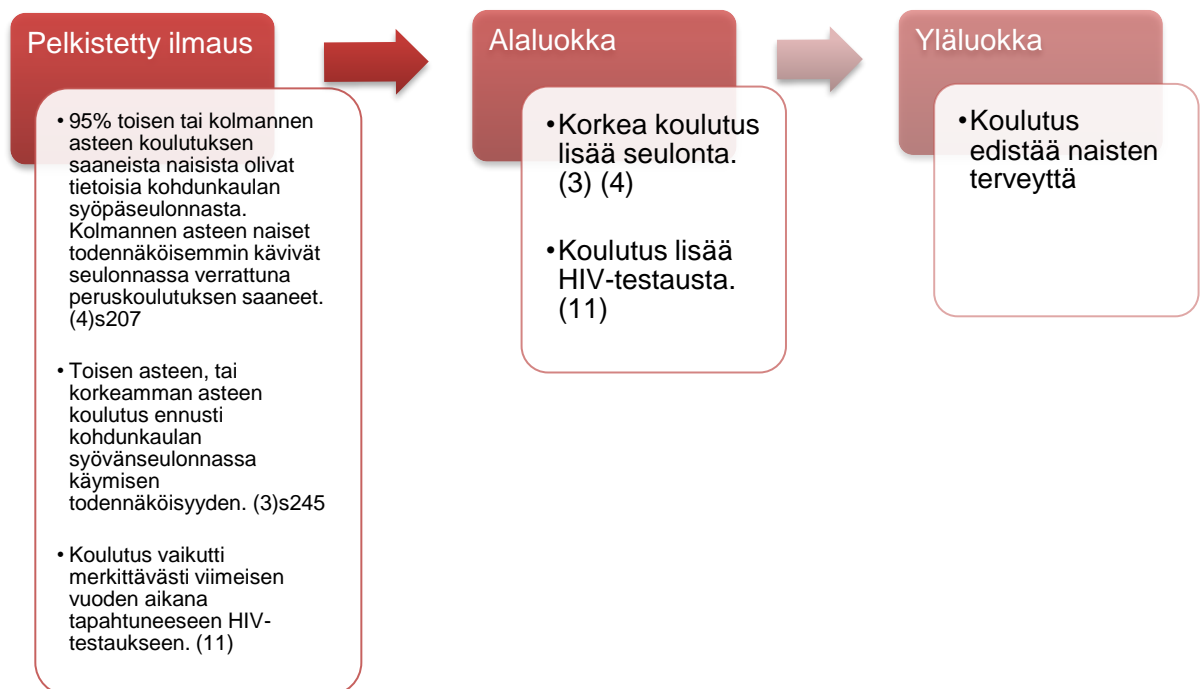
Kuvio 2. Induktiivisen sisällönanalyysin vaiheet

Aloitimme aineiston analyysin lukemalla opinnäytetyöhön valikoidut tutkimusartikkelit ja alleiviivasimme sieltä suorat lainaukset, jotka vastasivat meidän tutkimuskysymyksiin. Suorat lainaukset keräsimme yhteen taulukkoon jäsentämällä ne tutkimuskysymyksiimme mukaisesti. Koska aineistomme on kokonaan englanninkielinen, päätimme tässä vaiheessa kääntää suorat lainaukset suomeksi, jotta lainauksen alkuperäinen viesti säilyisi mahdollisimman korrektina. Suomennoksen jälkeen muunsimme lainaukset yksinkertaisempiin muotoihin, joista oli selkeämpi vetää johtopäätöksiä. Nämä muodostivat meidän pelkistetyt lainaukset (kuvio 3.).



Kuvio 3. Esimerkki aineiston analyysin pelkistämisen prosessista.

Analyysin seuraavassa vaiheessa kävimme läpi pelkistetyt lainaukset erottelemalla ne vastaamaan meidän kolmeen tutkimuskysymykseemme. Näistä pelkistetyistä ilmauksista me lypsimme kaiken mahdollisen tiedon ja muodostimme alaluokat. Samankaltaiset alaluokat yhdistimme muodostamaan yläluokat, jotka jäsentelimme pääluokkiin (kuvio 4.). Aineiston analyysissä edettiin aineiston ehdoilla ja sen perusteella muodostimme alaluokat. Aineiston tulokset esittelemme pääluokittain vastaamaan meidän tutkimuskysymyksiä.



Kuvio 4. Aineiston abstrahointi esimerkki

6 Tulokset

Analyyysin tulokset esittelemme pääluokittain vastaamaan kolmeen tutkimuskysymykseen (taulukko 2.). Ensimmäinen pääluokka on naisten terveys ongelmat, jossa on 13 yläluokkaa. Toinen pääluokka on naisten terveyttä edistävät tekijät ja siinä on 11 yläluokkaa. Kolmannessa pääluokassa, naisten terveyttä estävät tekijät, on 12 yläluokkaa.

Taulukko 2. Sisällönanalysistä kootut yläluokat pääluokittain

1. Naisten terveys ongelmat

- 1. Nuorien tyttöjen rahanpuute pakottaa heidät vastikkeelliseen seksiin kuukautissitteen hankkimista varten
- 2. Huonot hygieniaresurssit lisäävät infektoita
- 3. Seksuaalinen aktiivisuus vaikuttaa kuukautissuojan valintamahdollisuuksiin.
- 4. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen vähentää terveyspalveluiden käyttöä
- 5. Lähisuhdeväkivalta nostaa HIV tartunnan riskiä
- 6. Silpominen vaikuttaa negatiivisesti naisten seksuaalisuuteen
- 7. Silpominen vähentää naisten mahdollisuutta neuvotella turvallisesta seksistä
- 8. Silpominen aiheuttaa synnytyskomplikaatioita
- 9. Yhteisöt eivät tue obstetrisen fistulan kanssa eläviä naisia
- 10. Naiset kärsivät obstetrisesta fistulasta useita vuosia ilman hoitoa
- 11. Obstetrisen fistulan syntymiseen vaikuttavat silpominen sekä synnytyksen kulku
- 12. Obstetrisen fistulan oireet vaikuttavat naiseen kokonaisvaltaisesti
- 13. Infektiot lisäävät kohdunkaulan syövän riskiä.

2. Naisten terveyttä edistäviä tekijöitä

- 1. Terveystieteiden huolto
- 2. Palveluiden saatavuus
- 3. Sosiaalinen tuki
- 4. Naisen autonomia ja sukupuolitaso-arvo
- 5. Terveystietoisuus
- 6. Työllisyys ja vakuutus kattavuus
- 7. Korkea varallisuus
- 8. Koulutus
- 9. Media ja teknologia
- 10. Terveystietoisuus
- 11. Ikä ja synnytyskokemus

3. Naisten terveyttä estäviä tekijöitä

- 1. Lähisuhdeväkivalta
- 2. Sukupuoliepätasa-arvo
- 3. Sosiaalisen tuen puute
- 4. Uskonnolliset tekijät
- 5. Naisten terveyteen liittyvä stigma
- 6. Silpominen
- 7. Patriarkaalinen yhteisön rakenne
- 8. Alueelliset epätasa-arvo
- 9. Taloudelliset rajoitteet
- 10. Väärä- ja puutteellinen tieto
- 11. Terveystieteiden huollon puutteelliset resurssit ja ammattitaito
- 12. Terveystietoisuuden puutteellinen koulutus ja tieto taso

6.1 Naistenterveysteen liittyvät haasteet

Naisten sukupuolielinten silpomisella on hyvin vakavia ja pitkäkestoisia vaikutuksia naisiin. Naisia painostetaan silpomiseen kulttuuristen normien kautta. Naisille opetetaan jo nuorena, että heidän kehonsa ei ole oikeanlainen, jos sitä ei silvota. Naiset sosialisoidaan uskomaan, että vasta silvottuina he kelpaavat vaimoiksi. Kenialaisilla ei ole tietoa silpomisen aiheuttamista komplikaatioista, joten silpomisen rajoittaminen on haastavaa. (Mwanri – Gatwiri 2017: 3,7)

Useimmin silpominen vaikuttaa naisten seksuaalisuuteen (Mwanri – Gatwiri 2017: 7; Esho ym. 2017: 2; Chai – Sano – Kansanga – Baada – Antabe 2017: 80). Silpominen vähentää naisten seksuaalista nautintoa ja usein johtaa kivuliaisiin yhdyntöihin (Esho ym. 2017: 2). Silvottujen naisten on vaikea saada seksuaalista nautintoa ja orgasmeja (Mwanri – Gatwiri 2017: 2; Esho ym. 2017: 2). Erityisesti silpomisen todettiin vaikuttavan negatiivisesti seksuaaliseen tyydytykseen, orgasmin saamiseen sekä emättimen kosteuden määrään (Esho ym. 2017: 6). Yksi silpomisen harjoittamisen syy onkin rajoittaa naisen seksuaalisuutta, jotta nainen pysyisi uskollisena miehelleen (Chai, ym. 2017: 80). Seksuaalisen toiminnan vaikeudet haittaavat kokonaisvaltaisesti myös naisten yleistä terveyttä (Esho ym. 2017: 8) .

Silpomisen traumaattiset kokemukset voivat vaikuttaa negatiivisesti naisen identiteettiin (Chai, ym. 2017: 80; Mwanri – Gatwiri 2017: 2), joka taas voi johtaa siihen, että nainen ei ole yhtä määrätietoinen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvissä päätöksissä (Chai, ym. 2017: 80). Tämä määrätietoisuuden puute vaikuttaa myös suojatun seksin harrastamiseen. Silvotut naiset eivät koe voivansa pyytää kondomin käyttöä yhdynnän aikana; eräässä tutkimuksessa vain 68,6% naimisissa olevista silvotuista vastaajista raportoi voivansa pyytää kondomin käyttöä. Esille tuli myös kokemuksia siitä, että silvotuna naisena ei voi kieltäytyä seksistä; vain 71% vastaajista raportoi voivansa kieltäytyä seksistä aviomiehensä kanssa. (Chai, ym. 2017: 81)

Silpominen voi myös vaikeuttaa synnytystä, se voi johtaa pitkittyneeseen ponnistusvaiheeseen, kun vauva ei mahdu syntymään. Usein silvotut naiset joutuvat myös synnyttämään sektiolla, joka johtaa pidennettyihin sairaalajaksoihin. Pahimmillaan tilanne voi johtaa äidin ja lapsen kuolemaan. Muita fyysisiä ongelmia ovat muun muassa verenvuoto, virtsatieinfektiot, vauriot synnytyselimiin sekä kroonistuva kipu. Tutkimuksen mukaan naiset kuitenkin ymmärsivät silpomisen vaikuttavan synnytyksen kulkuun, mutta yleisesti

yhteisöissä ei tiedetty silpomisen haitallisista vaikutuksista synnytykseen ja naisen terveyteen. (Mwanri – Gatwiri 2017: 2,7)

Obstetrinen fistula on monella tapaa hyvin haastava sairaus naisille Keniassa. Se aiheuttaa fyysistä sekä psyykkistä kärsimystä naiselle, mikä välillisesti vaikuttaa myös naisen perheen ja yhteisön hyvinvointiin. (Mwanri – Gatwiri 2017: 2)

Terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole oikeanlaista tietoa obstetrisen fistulan hoidosta, mikä johtaa siihen, että monet naiset jäävät vaille hoitoa. Hoidon saamisessa kestää useita vuosia, joten fistulasta kärsitään pitkään minkä perusteella obstetrisen fistulan voisi luokitella jopa krooniseksi sairaudeksi. Kroonisen sairauden määritelmää tukee myös se, miten kokonaisvaltaisesti ja jatkuvasti obstetrinen fistula aiheuttaa niin fyysistä kuin psyykkistä kärsimystä naisille. Yleisimmin obstetrisestä fistulasta kärsitään 1-5 vuotta. Viidesosa obstetrisen fistulan kanssa elävistä kärsii sairaudesta yli viisi vuotta, jotkut jopa koko elinikänsä. (Khisia – Omoni – Nyamongo – Spitzer 2017: 10-12)

Obstetrisen fistulan syntyyn vaikuttaa naisen synnytyksien kulku; usein kenialaisilla naisilla ei ole pääsyä ammattitaitoiseen synnytyshoitoon. Hoidon puutteen vuoksi synnytykset pitkittyvät ja lapsi jumiutuu synnytyskanavaan, mikä aiheuttaa fistuloita. Pitkittyneiden ja jumiutuneiden synnytysten yksi aiheuttaja on silpominen; infibulaatio aiheuttaa vauvan jumiutumisen synnytyskanavaa, mikä taas aiheuttaa fistuloita. (Mwanri – Gatwiri 2017:2)

Obstetrisen fistulan oireet ovat hyvin moninaiset. Fistulan oireista inkontinenssin on yleisimmin koettu oire (Mwanri – Gatwiri 2017: 2), jonka vuoksi naiset kokevat häpeää eivätkä halua poistua kotoaan, tai heidän ei anneta poistua kotoa (Khisia ym. 2017: 8). Uloste- ja virtsainkontinenssin tuomat haju Haitat ovat suurin este myös hoitoon hakeutumiselle; hoitoon pääsy koetaan mahdottomaksi koska valuvien eritteiden vuoksi ei voi käyttää julkisia liikennevälineitä. Inkontinenssin lisäksi naiset kokevat yleisesti myös yhdyntäkipuja. Obstetrisen fistulan vuoksi naiset kohtaavat myös hedelmättömyyttä. (Khisia ym. 2017: 9,11)

Lisäksi sairauteen liittyy paljon psyykkistä kärsimystä. Inkontinenssin vuoksi naisia syrjitään ja pilkataan yhteisöissä, jopa oma perhe voi hylätä naisen. Naiset menettävät usein puolisonsa sairauden vuoksi, mikä lisää kuormittavuutta, kun saatavilla ei ole minkäänlaista tukea. (Mwanri – Gatwiri 2017: 8) Yhdessä tutkimuksessa naisten kertomuksissa

fyysisen kärsimyksen yli nousivat kokemukset toivottomuuden, häpeän ja surun tuntemuksista. Monet naiset kokivat jopa itsemurha-ajatuksia sairauden vuoksi. (Khisia ym. 2017: 4)

Kohdunkaulansyöpä on yleisin 15-44 vuotiaiden naisten syöpä Keniassa (Tiruneh – Chuang – Austin – Ntenda – Chuang 2017: 2). Monet Keniassa yleiset terveysongelmat lisäävät kohdunkaulan syövän riskiä. HPV- infektio on yksi eniten kohdunkaulan syövän riskiä lisäävistä tekijöistä. HPV-infektioon liittyen myös seksin aloitus nuorella iällä lisää kohdunkaulan syövän riskiä runsaasti, kun jo hyvin nuoret tytöt altistuvat seksitaudeille kuten HPV-infektioille. (Onyango – Atiel – Gumo – Ouma 2017: 2) Myös HIV vaikuttaa kohdunkaulan syövän riskiin; HIV:n aiheuttama immuunipuolustuksen alentuminen lisää HPV tartunnan riskiä (Kangmennaang – Onyango – Lyginaah – Elliot 2017: 1).

Kohdunkaulan syövän seulonnoissa käymiseen vaikuttaa erityisesti seksuaalinen riskikäyttäytyminen. Ne, jotka raportoivat enemmän seksuaalista riskikäyttäytymistä kävivät harvemmin tai eivät koskaan seulonnoissa. (Haile – Kingori – Chavan – Francesvon – Teweldeberhan 2017: 240) Kenialaiset naiset myös käyvät seulonnoissa liian myöhäisessä vaiheessa, jolloin hoito ei enää tehoa (Kangmennaang ym. 2017: 210). Kenialaiset naiset yleisesti pitävät seuntoja hyvänä asiana, mutta useille itse tutkimus on syy siihen, että seuntoihin ei haluta mennä (Haile ym. 2017: 239).

Lähisuhdeväkivalta vaikuttaa kokonaisvaltaisesti naisen terveyteen sekä terveystäytymiseen (Shi – Kouyomdjian – Dushoff 2013: 1). Lähisuhdeväkivalta lisää **HIV riskiä**. Lähisuhdeväkivaltaa kokevien naisten on vaikeampi sanoa seksuaalisen kanssakäymisen ehtoja, mikä usein tarkoittaa sitä, että kondomin käyttö on epäohdonmukaista; suojaamaton seksi altistaa naiset HIV:lle. (Singh – Luseno – Haney 2013: 3)

Lähisuhdeväkivallan hyväksyminen vaikutti myös HIV-testaukseen; ne naiset, jotka eivät hyväksyneet väkivaltaa olivat todennäköisemmin käyneet HIV-testeissä (Singh ym. 2013: 5). Lähisuhdeväkivaltaa kohtaavat naiset saavat myös vähemmän mahdollisuuksia käydä terveydenhuollossa ja erityisesti HIV-testauksessa (Singh ym. 2013: 3; Shi ym. 2013: 1).

Naisten rahan puute vaikeuttaa kuukautissuojien saamista, se pakottaa tytöt ja naiset turvautumaan huonompiin **kuukautishygienian** hoitokeinoihin. Naiset arvostavat kaupallisia kuukautissiteitä, mutta useasti perheen budjetissa kuukautishygieniaan liittyviin

kustannuksiin ei ole varaa. Naiset, jotka aloittivat seksielämän aikaisemmin, jotka harrastivat seksiä kuukautisten aikana, joilla oli useampi seksikumppani, positiivinen HIV-status sekä lähisuhdeväkivalta kokemuksista eivät todennäköisemmin saaneet kaupallisia siteitä vaan joutuivat tyytymään perinteisiin välineisiin. (Phillips-Howard ym. 2015: 802,804)

Yleisimmin käytettyjä kuukautissuojia olivat kaupalliset siteet sekä perinteiset vaihtoehdot kuten kangas tai nenäliina. Enemmistö naisista raportoi käyttävänsä kaupallisia siteitä; 25% naisista ja varsinkin nuoret tytöt ja vanhemmat naiset raportoivat perinteisten vaihtoehtojen käyttöä. Kuitenkin useat, jotka käyttivät perinteisiä vaihtoehtoja, eivät saaneet kangasta käyttöön ja joutuivat turvautumaan muuhun väliaikaissiteeseen kuten ruohon, patjavaahtoon tai villaan. (Phillips-Howard ym. 2015: 804)

Kaikista seksuaalisesti aktiivisista naisista puolet raportoivat saneensa kuukautissiteet seksikumppaneiltaan. 75% naisista ja tytöistä raportoivat käyttävänsä kuukautissiteitä ja heistä 2/3 kertoivat saaneen tarvikkeet seksikumppaneilta. Naimattomilla naisilla ei ole resursseja kuukautishygienian hoitoon, joka johtaa seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen siteiden hankkimiseksi. (Phillips-Howard ym. 2015: 804)

Oikeiden saniteettivälineiden puute johtaa tilanteisiin missä tytöt eivät voi enää käydä koulussa nöyryyttävien ohivuotojen ja hajun vuoksi. Ongelmaksi nousee myös kuukautishygienian hoidon kannalta puutteelliset saniteettitilat ja veden vähäisyys, joihin liittyy myös intiimialueen infektiot. (Phillips-Howard ym. 2015: 802)

Kuukautissiteiden hankkiminen on erittäin haastavaa; useat tytöt ryhtyvät harrastamaan seksiä, jotta saisivat seksikumppaneiltaan siteitä tai rahaa siteitä varten. Kuukautissuojien hankkimisen haastavuus lisää seksuaalista riskikäyttäytymistä tyttöjen ja naisten kesken, mikä altistaa seksuaali- ja lisääntymisterveydellisille riskeille. Vaikkakin vastikkeellisen seksin ilmiö on erittäin matala koko maassa, se on 6 kertaa yleisempi 15 vuotiaiden ja sitä nuorempien tyttöjen keskuudessa, keskittyen varsinkin 15 vuotiaiden tyttöjen keskuuteen. 10% 15 vuotiaista tytöistä raportoi harrastavansa vastikkeellista seksiä saadakseen kuukautissuojia. (Phillips-Howard ym. 2015: 804)

6.2 Kenialaisten naisten terveyttä edistäviä tekijöitä

Naisten terveyteen liittyvät haasteet ovat erittäin laaja-alaisia ja niihin vaikuttavat suuresti monet yhteiskunnan sekä yksilötason tekijät. **Terveydenhuolto** toimii Keniassa naisten terveyden edistäjänä. Naisten kontakti terveydenhuoltopiiriin kanssa on useammin osoittautunut lisäävän naisten terveystietoisuutta, sekä myös palveluiden hyödyntämistä. (Kangmennaang ym. 2017: 210) Kontaktin ylläpitäminen perusterveydenhuoltoon lisää naisten seulonnoissa käyntiä sekä tietoisuutta kohdunkaulan syövästä (Tiruneh ym. 2017:8). Lisääntymisterveydenhuollon piirissä olevat naiset, joilla oli aiempia seksitauteja, olivat myös todennäköisemmin käyneet kohdunkaulan syövän seulonnassa (Haile ym. 2017: 245).

Seulontakattavuus on edelleen kuitenkin matala ja osasyynä tähän on palveluiden haastava saatavuus. HPV-DNA testit sekä mahdollinen HPV-itsetestaus voisivat toimia oivina keinoina saavuttaa juuri ne naiset, joiden kohdalle palveluiden saatavuus on esteenä seulonnan hyödyntämiseen. (Tiruneh ym. 2017:8)

Kehitystyötä tehdään jatkuvasti terveydenhuollossa. Terveysministeriö sekä monet yksityiset- ja kansalaisjärjestöt ovat lisänneet seulontapalveluita tavoittavaan työhön, jotta seulontojen kattavuutta ja hyödyntämistä naisten kesken saataisiin lisättyä, joka lisää naisten kontaktia terveydenhuoltoon. Terveydenhuollon piirissä ollaan myös tehty edistystä lisäämällä koulutusta sekä terveysopetusta kohdunkaulan syövästä, HIV:stä sekä HPV:stä. (Kangmennaang ym. 2017: 204) Kehitystä on tehty suuresti seulontapalveluiden edullisuudessa, majoituksessa sekä saatavuudessa (Kisiangani ym. 2018: 2). Kun taas hoidon hintataso on edelleen hoitoa tarvitseville liian korkea, varsinkin obstetrisesta fistulasta kärsivillä naisilla (Khisa ym. 2017: 10). Hyväksyttävyydessä ja esteettömyydessä nousee edelleen kehittämistarpeita (Kisiangani ym. 2018: 2).

Terveystietoisuus on merkittävä palveluiden hyödyntämisen sekä naisten terveyttä mahdollistava tekijä. Naisten hyvä tietoisuus sairauksien oireista ja niiden tunnistaminen nopeuttaisi naisten hakeutumista hoitoon. (Khisa ym. 2017: 12) Yhteiskunnan korkea tietoisuus riskitekijöistä on oleellista sairauksien ennaltaehkäisemisessä sekä kontrollomisessa. Yhteisön tietoisuus seulontapalveluiden saatavuudesta vaikuttaa siihen, kuinka yhteisössä omaksutaan ja hyödynnetään palveluita. Korkeampi tietoisuus on avaintekijä korkeammalle seulontojen kattavuudelle. (Onyango ym. 2017: 2-3)

Naisten terveystietoisuutta edisti heidän tietoisuus omasta terveydentilastaan. Pääsy omiin terveystietoihin mahdollistaa tietoisesta päätöksenteosta (Onyango ym. 2). Naiset, jotka olivat tietoisia omasta terveydentilastaan, hyödynsivät kohdunkaulan syövän seulontapalveluita (Onyango ym. 2017: 2) sekä kävivät HIV-testeissä todennäköisemmin. (Singh ym. 2013: 9) Tietoisuus omasta HIV-tilasta on kriittinen tekijä HIV-infektioiden ennaltaehkäisyssä. (Singh ym. 2013: 9)

Terveysvapaaehtoiset toimivat yhteisöissä terveyden edistämisen tehtävissä ja terveystiedon opetustehtävissä. Terveysvapaaehtoiset ovat osoittautuneet erittäin tehokkaaksi tavaksi tuoda tietoa kansalaisille terveyteen liittyvistä seikoista sekä palveluista. Terveysvapaaehtoisilla on helppo pääsy terveystietoihin ja he tuottavat yhteisöissä tarvetta seulonnoille, joka kertoo terveysvapaaehtoisten toimivuudesta. (Onyango ym. 2017: 2)

Teknologialla ja medially on suuria mahdollisuuksia terveyden edistämiseksi ihmis-kunnassa. Median vaikutus naisten tietoisuuteen on suurenmoinen. Kohdunkaulan syövän seulonta on todennäköisempää medialle altistuneiden naisten keskuudessa. (Tiruneh ym. 2017: 8,12) Medially on suuri merkitys myös naisten kohdunkaulan syövän (Kangmennaang ym. 2017: 211), obstetrisen fistulan (Khisa ym. 2017: 10) sekä rintasyövän tietoisuuteen (Kisiangani ym. 2018: 2). Radion sekä puhelimen kautta hoitoon pääsy koettiin edistävänä tekijänä ja se mahdollisti hoidon saamista. Puhelin mahdollistaa naisten ohjaamisen oikeaan hoitopaikkaan, auttamaan mahdollisissa matkakuluissa sekä informaation jakamisen erityisesti obstetrisesta fistulasta kärsivien naisten keskuudessa. (Khisa ym. 2017: 12)

Teknologian ja median suurta hyötyä naisten terveyden edistämiseksi haastaa usein mediassa annettu väärä tieto tai tiedon vajavaisuus. Mediassa on keskitytty hälyttäviin merkkeihin ja oireisiin, joka voi johtaa liian myöhäiseen hoidon hakemiseen. (Onyango ym. 2017: 9) Saadakseen mediasta kaiken hyödyn irti, on tärkeää varmistaa oikean tiedon esille tuominen sekä keskittyä toivon juurruttamiseen ja väärän tiedon hävittämiseen (Kisiangani ym. 2018: 7).

Naisten **ikä** sekä mahdolliset **synnytyskokemukset** vaikuttavat naisten terveystietoisuuteen ja palveluiden hyödyntämiseen. Synnytyksen on todettu olevan naisten terveystietoisuuden edistävä tekijä. Naiset, jotka ovat synnyttäneet ovat todennäköisemmin

käyneet HIV-testeissä, tämä oli erityisesti yleisempää 15-24 vuotiaiden naisten keskuudessa (Singh ym. 2013: 5). Synnyttäneet naiset olivat myös todennäköisemmin käyneet kohdunkaulan syövän seulonnoissa (Kangmennaang ym. 2017: 208). Kohdunkaulan syövän seulonnan hyödyntäminen oli myös yleisempää keski-ikäisten naisten keskuudessa (Tiruneh ym. 2017: 8; Haile ym. 2017: 244; Kangmennaang ym. 2017: 208). Eisilvotut tytöt olivat todennäköisemmin nuoria. (Esho ym. 2017: 3)

Naisten **varallisuus** vaikutti naisten sairauksien tietoisuuteen sekä seulonnan hyödyntämiseen (Kangmennaang ym. 2017: 210). Korkea varallisuus lisää kohdunkaulan syövän seulonnassa käymistä (Haile ym. 2017: 245) sekä tietoisuutta sairaudesta (Tiruneh ym. 2017:8). Naiset rikkaista talouksista hyödynsivät seulontaa palveluita kaksi kertaa enemmän kuin naiset köyhistä talouksista (Tiruneh ym. 2017:8). Syöpä seulonnat keskittyvät naisiin rikkaista talouksista maaseudulla sekä kaupungissa (Kangmennaang ym. 2017: 208-210). Naiset rikkaista talouksista kokivat useammin voivansa kieltäytyä seksistä sekä neuvotella turvallisesta seksistä. Rikkailla naisilla oli korkeammat mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveyteen ja olla aktiivinen oman terveyden suhteen. (Chai, ym. 2017: 81)

Työllisyys on yksi osatekijä monien joukosta, jotka lisäävät naisten terveyteen liittyviä seulontojen hyödyntämistä sekä tietoisuutta sairauksista (Tiruneh ym. 2017: 8; Kangmennaang ym. 2017: 210). Sairausvakuutuskattavuus merkittävästi lisäsi kohdunkaulan syövän seulontaa kattavuutta (Tiruneh ym. 2017: 8). Keniassa naisten sairausvakuutus kattavuus on kuitenkin vain noin 20% koko naisväestöstä (Kangmennaang ym. 2017: 210). Työssä olevat naiset raportoivat myös korkeampaa seksuaalista autonomiaa sekä mahdollisuutta neuvotella turvallisesta seksistä (Chai, ym. 2017: 81).

Koulutus edistää naisten terveyttä lisäämällä aktiivista terveystietoisuutta (Haile ym. 2017: 245) ja terveystietoa (Kangmennaang ym. 2017: 207) sekä voimaannuttamalla naisia (Singh ym. 2013: 5-6). Toisen- ja kolmannen asteen koulutuksen saaneet naiset olivat tietoisempia kohdunkaulan syövästä sekä kävivät todennäköisemmin seulonnoissa ja HIV-testeissä (Haile ym. 2017: 245; Kangmennaang ym. 2017: 207; Singh ym. 2013: 5). Toisen asteen koulutuksen käyneistä naisista 95% oli tietoisia kohdunkaulan syövän seulonnoista. Mitä korkeampi koulutus, sen korkeampi todennäköisyys on sille, että nainen on joskus käynyt kohdunkaulan syövän seulonnoissa. (Kangmennaang ym. 2017: 207)

Korkeammin koulutetuilla naisilla oli todennäköisemmin enemmän tietoa omasta terveydestään, joka auttoi heitä tekemään tietoisia päätöksiä niin omasta kuin koko perheen terveydestäkin. Erityisesti tämä näkyi silpomiseen liittyvissä päätöksissä. (Haile ym. 2017: 245; Esho ym. 2017: 6) Korkea koulutus toimii HIV:tä ennaltaehkäisevänä interventiona, joka lisää HIV testauksen yleisyyttä ja näin ollen vähentää nuorten naisten HIV infektioita. Koulutus vahvistaa myös naisten asemaa yhteiskunnassa ja suojelee seksuaaliselta riskikäyttäytymiseltä. Koulutuksen edistäminen voimaannuttaa naisia ja edistää sukupuolitasaa-arvoa. (Singh ym. 2013: 6) Koulutus lisää myös seksuaalista autonomiaa ja mahdollisuutta neuvotella turvallisesta seksistä (Chai, ym. 2017: 81). Korkea koulutus mahdollistaa naisten kuukautishygienian tarpeiden saannin (Phillips-Howard ym. 2015: 806).

Naiset kokivat perheen ja erityisesti omalta kumppanin saadun tuen edistävän naisten terveystietoisuutta. **Sosiaalinen tuki** esiintyi selkeästi varsinkin obstetrisen fistulan hoitopolkua edistävänä tekijänä. Naiset, joilla oli tukea antava puoliso, olivat yhteydessä terveydenhuoltopalveluihin, mikä lisäsi sairauden kanssa pärjäämistä. (Khisa ym. 2017: 10) Seksikumppanin tuki oli myös tärkeä kohdunkaulan syövän seulonnan hyödyntämisen ennustava tekijä (Haile ym. 2017: 244). Naiset kokivat yhteiskunnalta saadun tuen mahdollistavan heidän seulontoihin osallistumistaan (Tiruneh ym. 2017: 3).

Naisten terveystietoisuutta edistivät **naisten autonomia** ja **sukupuolitasaa-arvo**. Korkeampi naisten autonomia sekä seksuaalinen autonomia lisäävät naisten kohdunkaulan syövän seulontaa. (Tiruneh ym. 2017: 11; Kangmennaang ym. 2017: 210) Naisista 39% raportoi heillä olevan korkea autonomia ja 71% raportoi heillä olevan seksuaalinen autonomia (Tiruneh ym. 2017: 5). Kotitalouksissa, jossa vallitsi jonkin asteen tasa-arvo, hyödynsivät todennäköisemmin seulonta palveluita (Kangmennaang ym. 2017: 210).

6.3 Kenialaisten naisten terveyttä estäviä tekijöitä

Yhdeksi suurimmaksi naisten terveyttä estäväksi tekijäksi nousi **terveydenhuolto** ja varsinkin terveydenhuollossa resurssien ja ammattitaidon puute. Terveystietoisuuden henkilökohtainen puute johtaa työntekijöiden uupumiseen, sekä välttämättömään priorisointiin, jolloin useat sairaudet, erityisesti ei-tarttuvat taudit, jäävät huomiotta. (Kangmennaang ym. 2017: 204) Resurssien puute, kuten seulontakeskusten saatavuus, laitteiden puute

sekä henkilökunnan puute, estävät naisia hyödyntämästä seulontapalveluita. Resurssien puute johtaa myös potilaskontaktin menetykseen seurantavaiheessa, jolloin hoitopolku katkeaa. (Haile ym. 2017: 239,243) Seulontapalveluiden ylläpitäminen on myös erittäin haastava seulontaprosessin monivaiheisuuden takia (Tiruneh ym. 2017: 2). Vaikeasta saatavuudesta johtuva vähäinen hyödyntäminen lisää syövän myöhäistä diagnoosintia ja kuolleisuutta (Kangmennaang ym. 2017: 211).

HPV rokote toimii avaintekijänä kohdunkaulan syövän ennaltaehkäisyssä ja naisten terveyden edistämisessä. Keniassa HPV ei tällä hetkellä ole osa kansallista rokotusohjelmaa; sen puute alentaa rokotteesta mahdollisesti saatavia hyötyjä. (Haile ym. 2017: 239) Tällä hetkellä HPV rokote ei toimi ennaltaehkäisevänä toimenä kohdunkaulan syöpää vastaan koska siitä eivät hyödy kaikki naiset ja tytöt (Tiruneh ym. 2017: 2).

Obstetrisen fistulan hoitopolun kohdalla terveydenhuolto ei toiminnallaan edistä naisten terveyttä. Naiset tuovat esille useampaan otteeseen pitkän hoitoprosessin, jossa kontaktit sairaalaan eivät usein takaa hoitoon pääsyä. Naiset kertovat joutuvansa käymään useasti monissa eri sairaaloissa vuosikymmenten ajan ennen kuin saavat hoitoa obstetrisen fistulaan. Monet terveydenhuollon toimijat lähettävät naiset hakemaan hoitoa vaihtoehtoisista paikoista. Usein syynä tähän on resurssien puute sairaaloissa, sekä ammattilaisten taidon puute. Hoitopolku katkeaa usein juuri tähän ammattilaisten kyvyttömyyteen ohjata nainen oikeaan hoitopaikkaan. Terveystieteen ammattilaiset eivät osaa diagnosoida obstetrista fistulaa, eivätkä osaa antaa oikeaa hoitoa. Naisten hoidon saamista estää myös kirurgien heikko osaaminen fistulan hoitoon liittyen. (Khisia ym. 2017: 8-11)

Useassa tutkimuksessa ilmeni että naisten **väärä tieto** sekä **terveystiedon puute** estää naisten aktiivista terveystietoisuutta. Noin neljännes Kenialaisista naisista ei ole tietoisia kohdunkaulan syövästä (Tiruneh ym. 2017: 4). Tiedon puute yhteiskunnassa vähentää seulontapalveluiden hyödyntämistä naisten keskuudessa (Onyango ym. 2017: 2). Tiedon puute osittain johtuu oikean terveystietoon pääsyn rajoituksista. Naisten keskuudessa esiintyi vääristyneitä tietoja rintasyövän riskeistä ja seulontojen hyödyistä, joiden vuoksi naiset eivät ajatelleet seulontojen olevan tärkeitä. (Kisiangani ym. 2018: 6-7) Naiset eivät myöskään ymmärtäneet seksitautien lisäävän kohdunkaulan syövän riskiä (Haile ym. 2017: 244). Naisten eivät olleet tietoisia mahdollisista seulontapalveluista ja varsinkin siitä mistä löytää ilmaisia seulontapalveluita (Kisiangani ym. 2018: 4).

Rintasyövästä esiintyy yhteisöissä paljon väärää tietoa. Yhteisöissä uskotaan rintasyövän johtuvan HIV:stä ja että siihen ei ole saatavilla parantavaa hoitoa. Pelko mahdollisesta diagnoosista estää naisia hakeutumasta seulontaan mahdollisen stressin, masennuksen ja aikaisen kuoleman takia. Rintasyöpä liitettiin uskottomuuteen ja siveettömyyteen yhteiskunnassa sekä rinnastettiin HIV/AIDS:iin. Yhteiskunnassa vallitseva väärä tieto rintasyövästä ja sairauteen liittyvä stigma estävät naisia hyödyntämästä seulontapalveluita. (Kisiangani ym. 2018: 4-7)

Terveysvapaaehtoiset ovat ristiriitaisessa asemassa. He toimivat keskeisessä asemassa naisten terveyden edistämisessä, mutta koulutuksen ja tiedon puutteen vuoksi he voivat vaikeuttaa naisten aktiivista terveyskäyttämistä. Terveysvapaaehtoiset osoittivat puutteellista tietoa kohdunkaulan syövän riskitekijöistä sekä oireista. Tietoisuus seulontamahdollisuuksista, seulontamenetelmistä sekä seulontaprosessista olivat riittämättömät. Naiset toivoivat saavansa tietoa myös seulontapalveluihin liittyvistä logistisista seikoista, kuten seulonnan hinnasta, saatavuudesta ja mahdollisesta kesto. Useimmat terveysvapaaehtoiset eivät osanneet vastata naisten kysymyksiin, joka esti naisia hyödyntämästä seulontapalveluita. (Onyango ym. 2017: 2,11)

Terveysvapaaehtoisten tuloksista ilmeni myös heillä olevan paljon väärää tietoa kohdunkaulan syövästä sekä seulontapalveluista. Tämä johti siihen, että he jakoivat väärää tietoa kansalaisille ja täten loivat esteitä naisten terveydelle. Standardisoidun koulutuksen puute ja vähäisyys lisää terveysvapaaehtoisten väärää tietoa. (Onyango ym. 2017: 9-11)

Keniassa **alueelliset epätasa-arvoisuudet** vaikuttavat selkeästi terveyspalveluihin, kuten seulontoihin, pääsymahdollisuuksiin sekä myös seulontamenetelmien käyttöön. (Kangmennaang ym. 2017: 207-210; Tiruneh ym. 2017: 11). Keniassa maaseudulla väestötiheys on matalampi ja pääsy terveydenhuoltoon haastavampaa kuin kaupungissa (Kisiangani ym. 2018: 7). Maaseudulla asuvat naiset kertovat pitkän välimatkan terveysasemalle vaikuttavan negatiivisesti heidän terveystietoisuuteen sekä seulonta- ja hoitomahdollisuuksiin (Kisiangani ym. 2018: 6; Kangmennaang ym. 2017: 211). Maaseudulla asuvat naiset olivat epätodennäköisemmin tietoisia eri sairauksista tai käyneet seulonnoissa (Kangmennaang ym. 2017: 208). Etnisyydellä vaikuttaa olevan myös jonkin verran vaikutusta naisten aktiiviseen terveyskäyttämiseen. Kikuju naiset olivat todennäköisemmin tietoisia kohdunkaulan syövästä ja käyneet seulonnoissa. Tämä mahdollisesti johtuu siitä, että kikuju naiset asuvat alueilla, joissa on maan korkein lukutaidon taso sekä suurin osa terveyspalveluista on helposti saatavilla. (Kangmennaang ym.

2017: 211) Seulonnat olivat myös yleisempiä suurissa kaupungeissa kuin rannikko alueella (Tiruneh ym. 2017: 8). Myös yhteisöjen asenteet rintasyöpää kohtaan vaihtelivat asuinalueen mukaan (Kisiangani ym. 2018: 6).

Varallisuudella on suuri merkitys naisten terveydessä. **Taloudelliset rajoitteet** nousevat vastaan estävänä tekijänä useimpien naisten terveysongelmien kohdalla (Kisiangani ym. 2018: 2). Korkea varallisuus mahdollistaa seulonnoissa käymistä, kun taas alhainen tulo raja estää naisia hakeutumasta seulontoihin tai hoitoon (Kangmennaang ym. 2017:210). Naisten rahanpuute vaikeuttaa kuukautishygieniasta huolehtimista; se ajaa naisia käyttämään huonompia vaihtoehtoisia siteitä sekä myös turvautumaan riskialttiisiin keinoihin saadakseen siteitä (Phillips-Howard ym. 2015: 806). Köyhyys on myös suurin este obstetrisen fistulan hoidolle; korjausleikkauksen ja hoidon hinta yhdessä matkakulujen kanssa on liian kallis useille naisille (Khisia ym. 2017: 10-11).

Keniassa vallitseva **patriarkaalinen yhteisön** rakenne tuo esille useita negatiivisia vaikutuksia naisten terveyteen. Patriarkaalisisissa yhteisöissä tyttöjä ja naisia marginalisoidaan, mikä vähentää naisten asemaa ja valtaa yhteisössä. Yhteisöissä vallitsee naisia kohtaan olevia odotuksia, joissa naisten kehoja muokataan patriarkaalisten yhteisöjen halujen mukaan. Silpominen on yksi suurimmista naisiin kohdistuvista odotuksista, jossa yhteisö kannustaa naisia uskomaan, että silpomisen kautta nainen voi saavuttaa paremman statuksen yhteisössä. Silpomisen kautta naisten kehoja kontrolloidaan, alistetaan ja naisten seksuaalisuutta pyritään hillitsemään. Perinteellä on pitkä historia; yhteisön arvostetut vanhemmat naiset ylläpitävät perinnettä ja suorittavat toimenpiteitä. Nämä vanhemmat naiset uskovat harjoitteen lisäävän tyttöjen viehättävyyttä sekä avioliittokelpoisuutta. Vanhemmat naiset tukevat harjoitusta, saavuttaakseen heidän yhteisössään vallitsevan kulttuurisen standardin. Silpominen vaikuttaa erittäin negatiivisesti ja haitallisesti naisten terveyteen, eikä naisilla ole patriarkaalisen yhteisön rakenteen takia valtaa muuttaa omaan kehoon kohdistuvaa perinnettä. (Mwanri – Gatwiri 2017: 2-4,8)

Silpomisen vaikutukset naisten terveyteen sekä yhteiskuntaan ovat ainoastaan negatiiviset. Silpominen aiheuttaa terveydenhuollolle suuren taloudellisen taakan; se myös lisää yksilötasolla naisten terveystaloudellisia. Silpomisen vähentäminen edistäisi naisten terveyttä vähentämällä synnytyskomplikaatioita sekä muita seurauksia. Lisäksi silpominen rajoittaa naisten mahdollisuutta saada koulutusta ja alentaa naiset hyväksymään heihin kohdistuvan seksuaalisen väkivallan. Silpominen myös edistää sukupuolien epätasa-arvoa. (Mwanri – Gatwiri 2017: 8-9)

Synnytykselin sairauksiin kohdistuvat kulttuuriset asenteet lisäävät yhteiskunnassa niihin liittyvää **stigmaa** (Kangmennaang ym. 2017: 204). Stigma taas vähentää naisten aktiivista terveyskäyttäytymistä. (Kisiangani ym. 2018: 7). Naiset toivat esille kohdunkaulan syövän sekä rintasyövän ympärillä vallitsevan stigman olevan estävä tekijä seulonnoissa käymiselle sekä hoitoon hakeutumiselle (Haile ym. 2017: 243; Kisiangani ym. 2018: 7). Obstetrisen fistulan ympärillä pyörivä stigma taas pitää naiset kotona, joka pidentää sairauden kanssa elettyä aikaa. Hoitoon hakeutumiseen liittyy mahdollinen yhteisöstä eristäminen. (Khisa ym. 2017: 8,10) Naiset kertovat kohtaavansa epäasiallista kommunikaatiota yhteisössä sekä selkeästi myös terveydenhuollossa. Terveydenhuollosta nouseva vastenmielisyys heidän terveysongelmiaan kohtaan vähentää naisten motivaatiota hakeutua hoitoon. (Kangmennaang ym. 2017: 204) Silpomisilmion hävittäminen on hyvin haastavaa, sitä vaikeuttaa erityisesti ei-silvottuihin naisiin kohdistuvat ajatukset heidän moraalittomuudesta ja siveettömyydestä sekä koko ilmiön ympärillä vallitseva hiljaisuus (Mwanri – Gatwiri 2017: 3; Chai, ym. 2017: 82).

Sukupuoliepätasa-arvo estää naisten terveystietoisuutta sekä aktiivista terveyskäyttäytymistä Kangmennaang ym. 2017: 210). Sukupuoliroolit sekä sukupuoliepätasa-arvo vaikuttavat negatiivisesti naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen (Tiruneh ym. 2017: 2). Naiset, jotka kohtaavat elämässään vahvaa sukupuoleen kohdistuvaa epätasa-arvoa olivat epätodennäköisemmin tietoisia kohdunkaulan syövästä sekä hyödyntäneet seulonnapalveluita (Kangmennaang ym. 2017: 210). Sukupuoliepätasa-arvo estää myös naisia saamasta ehkäisyyn liittyviä terveyspalveluita sekä HIV-testausta ja lisää naisten riskiä kokea lähisuhdeväkivaltaa (Singh ym. 2013: 3, 5-6).

Lähisuhdeväkivalta on Keniassa kulttuurisesti hyväksyttyä (Shi ym. 2013: 2). Yli puolet naisista hyväksyi lähisuhdeväkivallan normaalina asiana (Tiruneh ym. 2017: 5). Kenian hallitus on hyväksynyt seksuaalirikoslain, joka rankaisee seksuaalisen väkivallan, mutta lain täytäntöönpano on erittäin haastavaa yhteiskunnassa leimaavan stigman sekä kulttuurisen hyväksynnän takia (Shi ym. 2013: 5).

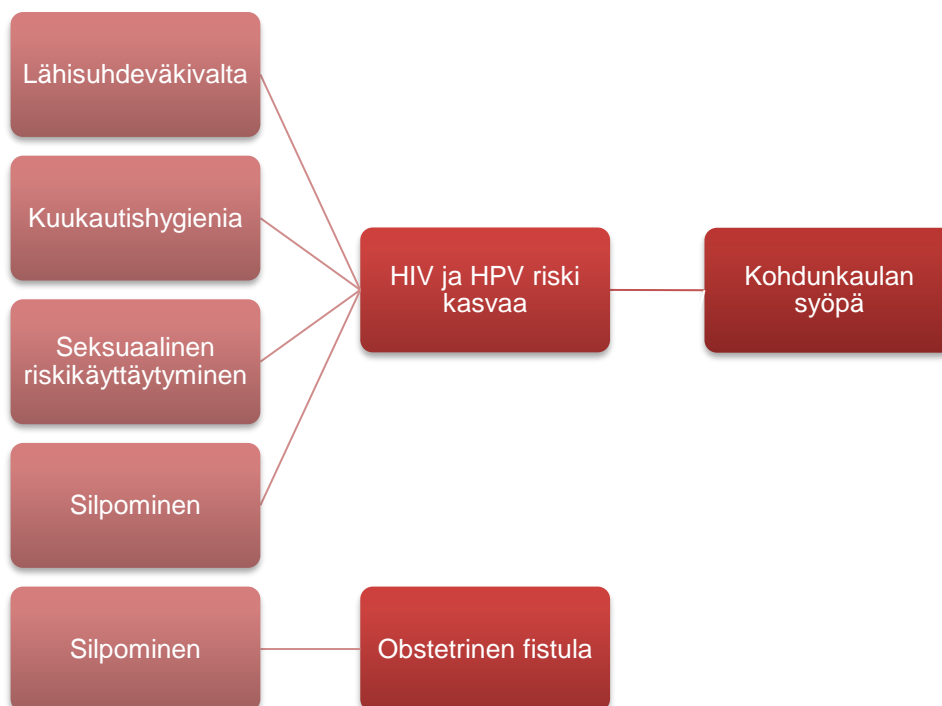
Aktiivisen terveyskäyttäytymisen esteenä esiintyi **sosiaalisen tuen puute**. Rintasyövän seulonnoissa käymiseen vaikutti kumppanin hyväksyntä ja sen puute esti naisia hyödyntämästä palveluita. Yhteisössä vallitsevat väärinkäsitykset eri naisiin kohdistuvien sairauksien kohdalla aiheutti sen, että kumppani kielsi naista hyödyntämästä seulonnapalveluita. (Kisiangani ym. 2018: 4-5) HIV-testeihin osallistuminen nojautui myös kumppanin mahdollisen kieltämisen sekä negatiivisen reaktion varaan (Singh ym. 2013: 2-3).

Sosiaalisen tuen puute sekä mahdollinen avio- tai asumuseron pelko esti obstetrista fistulaa sairastavien naisten hoitoon ja varsinkin leikkaukseen hakeutumista (Khisia ym. 2017: 10).

Useammassa tutkimuksessa **uskonnolliset tekijät** esiintyivät naisten terveyteen vaikuttavina tekijöinä. Musliminaiset raportoivat epätodennäköisemmin pystyvänsä käymään kohdunkaulan syövän seulonnoissa. Ilmeni myös, että musliminaiset ovat vähemmän tietoisia kohdunkaulan syövästä kuin katoliset naiset. (Kangmennaang ym. 2017: 207,211) Naiset kokivat kulttuurisien uskontojen olevan esteenä rintasyöpä tietoisuuteen sekä seulontojen hyödyntämiseen (Kisiangani ym. 2018: 4). Uskonnolla ilmeni myös olevan vaikutusta naisten mahdollisuuteen neuvotella turvallisesta seksistä. Musliminaisilla oli vähemmän seksuaalista autonomiaa; he raportoivat epätodennäköisemmin pystyvänsä kieltäytymään seksistä ja pyytämään kondomin käyttöä kuin katoliset naiset. (Chai ym. 2017: 81)

6.4 Yhteenveto tuloksista

Aineistosta esille nousseet naisten terveysongelmat ovat vahvasti liitännäisiä toisiinsa. Lähisuhdeväkivalta, seksuaalinen riskikäyttäytyminen, kuukautishygienian haasteet sekä silpominen kaikki lisäävät HIV:n sekä myös HPV:n riskiä. Silpominen lisää myös obstetrinisen fistulan muodostumisen riskiä. Nämä yhteydet on esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5. Naisten terveysongelmien yhteydet

Naisten terveyttä edistävät ja estävät tekijät kokosimme yhteen kuviossa 6. Naisten terveyttä edistää erityisesti koulutus sekä tietoisuus sairauksista sekä saatavilla olevista palveluista. Suurimmin naisten terveyttä estäviä tekijöitä ovat resurssien puute ja epätasa-arvo.



Kuvio 6. Naisten terveyteen vaikuttavia tekijöitä

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Tulokset vahvistavat aikaisempia taustatiedoissa esille tulleita tuloksia. Keniassa on saavutettu paljon edistystä, mutta väestörakenteen vuoksi maalla on vielä paljon kehitettävää. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voimme nähdä kuinka kaikki ongelmat ovat liitännäisiä toisiinsa.

Silpominen on yksi suurimmista riskitekijöistä obstetriselle fistulalle (Mwanri – Gatwiri 2017). Se myös laskee naisten mahdollisuuksia neuvotella turvallisesta seksistä lisäten HIV riskiä, mikä taas nostaa kohdunkaulansyövän riskiä. Lähisuhdeväkivalta nostaa myös HIV riskiä, kun naisella ei ole sananvaltaa seksielämään eikä hän suhteen vuoksi

pääse käymään testeissä. Silvotuilla naisilla on vähemmän valtaa ja heitä alistetaan; voisi siis olla todennäköistä, että silvotut naiset kohtaavat myös lähisuhdeväkivaltaa enemmän ja näin myös altistuvat vielä enemmän HIV:lle ja muille infektioille ja sitä kautta myös kohdunkaulan syövälle. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen on erittäin sidonnainen HIV ja HPV riskeihin, jotka yhä lisäävät kohdunkaulan syövän riskiä. Seksuaalinen riskikäyttäytyminen vähentää seulonnoissa käymistä, mikä on ristiriitaista, koska juuri sen ryhmän täytyisi käydä useammin seulonnoissa ja testeissä. Kuukautishygieniavälineiden puuttuminen ja niiden hankala hankkiminen lisää seksuaalista riskikäyttäytymistä, joka taas lisää infektioita ja sitä kautta myös kohdunkaulan syöpää. Hankala saatavuus lisää myös infektioita, kun välineitä jaetaan ja käytetään epäpuhtaita välineitä.

Naiset kokevat tuen puutteen olevan suuri este terveystyönteille. Naiset kokevat tarvitsevansa puolison tuen ja hyväksynnän, jotta voivat käydä esimerkiksi seulonnoissa. Naiset eivät miehen suuttumisen ja jopa hylkäämisen pelon vuoksi uskalla käyttää terveyspalveluita ilman miehen hyväksyntää. Naisten terveyteen vaikuttaa myös koko yhteisön tuki. Moniin sairauksiin liittyvän stigman seurauksena sairastuneita naisia usein hyljeksitään, mikä yhä lisää sairauden kuormittavuutta henkisesti sekä myös fyysisesti. Esimerkiksi obstetrisen fistulan hoidossa merkittäväksi esteeksi on osoittautunut yhteisön tuen puute, joka johtaa siihen, että naiset jäävät kotiin sairauden kanssa ja kärsivät yhä enemmän ja pidempään.

Terveystyössä on hyvin paljon puutetta ammattilaisista ja ammattitaidosta. Hallituksella on suuret päämäärät ja tavoitteet terveystyölle, mutta resurssien puute aiheuttaa vaikeuksia käytännön toteutukselle. Maassa toimivilla terveysvapaaehtoisilla on suuret vaikutusmahdollisuudet, mutta heidän koulutuksen huonon tason vuoksi kansalaisille ei välity oikeaa tai hyödyllistä tietoa.

Kaikki ongelmat olisivat ennaltaehkäistävissä. Hallituksen ja erilaisten järjestöjen ennaltaehkäisyyn laittamat resurssit ovat tuottaneet tulosta; esimerkiksi HIV:n yleisyys on laskenut ja testaus noussut monien vuosien työn tuloksena (Avert 2018). Monet muut ongelmat ovat kuitenkin jääneet hieman HIV epidemian varjoon, edistystä on muillakin saroilla tapahtunut mutta työ on hyvin pitkäjänteistä ja vaatii runsaasti aikaa sekä muita resursseja. Viimevuosina on tehty paljon työtä sen eteen, että muutoksia tapahtuisi, kuten lakiehdotuksia ja muutoksia, mutta niiden toimiva ja kokonaisvaltainen täytäntöönpano on kuitenkin vielä kesken ja kohtaa haasteita. Monet ongelmat ovat kulttuurillisia ja

perinteisiin liittyviä asioita. Niihin liittyy paljon stigmaa ja monet ovat tabuja yhteiskunnassa, siksi niiden muuttaminen ja niihin puuttuminen onkin hyvin haastavaa. Jotta asenteita ja vääriä käsityksiä saataisiin muutettua koko yhteisössä, vaatii se paljon perinpohjaista ja osallistuvaa työtä yhteiskunnan kanssa. Keskustelun avaaminen voisi edistää naisten terveyttä.

Useissa tutkimuksissa tulee esille, että koulutus on avainasemassa terveyden edistämisessä. Mitä korkeampi koulutus naisella on, sitä valveutuneempi nainen on omasta terveydestään ja siihen vaikuttavista tekijöistä; se esimerkiksi lisää terveyspalveluiden käyttöä ja vähentää seksuaalista riskikäyttäytymistä (Singh ym. 2013). Koulutus voimaannuttaa naisia ja sitä kautta myös vähentää sukupuolten epätasa-arvoa (Singh ym. 2013), kun se tuo myös naisia työelämään ja luo näin mahdollisuuksia itsenäiseen elämään. Myös miesten koulutus ja terveysvalistaminen on tärkeä tekijä naisten terveydessä; kun miehet ovat vahvasti naisia ylempiarvoisia on heidän käsityksillään ja tiedoiltaan suuri vaikutus myös naisten terveyteen. Jos esimerkiksi yhteisössä miehet ymmärtävät silpomisen olevan haitallinen naiselle, sitä tehdään vähemmän, koska usein miehet ovat niitä, jotka päättävät sen kaltaisista asioista.

Varallisuus on ratkaiseva tekijä naisten terveysongelmissa. Varallisemmat naiset käyvät terveydenhuollon palveluissa useammin ja he voivat hakeutua hoitoon nopeammin. Varakkaammilla naisilla on myös useimmin sairausvakuutus, joka sekkin auttaa terveyden ylläpidossa. (Kangmennaang ym. 2017) Köyhillä naisilla ei ole mahdollisuuksia edes ehkäiseviin palveluihin alkaen jo palvelujen paikanpäälle pääsyn kustannuksista aina itse hoidon kustannuksiin. Jos naisilla olisi enemmän rahaa, he voisivat myös hoitaa kuukautishygieniaansa paremmin ja itsenäisemmin, joka todennäköisesti vähentäisi seksuaalista riskikäyttäytymistä. Koulutuksen lisääminen ja mahdollistaminen lisäisi työskentelymahdollisuuksia, mikä nostaisi yksilöiden varallisuutta. Varallisuus voisi myös lisätä naisten teknologian käyttöä, mikä siis lisäisi medialle altistumista, jonka on todettu lisäävän terveystietoisuutta.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuudessa tarkistellaan, kuinka todenmukaista tietoa tutkimus on tuottanut. Luotettavuutta arvioidessa käytetään seuraavia kriteerejä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä – Juvakka 2007: 128-129). Meidän opinnäytetyöhömmä uskottavuutta luo tutkimukseen käytetty aika, mikä takaa meille

opinnäytetyön tekijöille tarpeeksi aikaa perehtyä tutkittavaan ilmiöön sekä aineistoon (Kylmä – Juvakka 2007: 128). Opinnäytetyön tarve on tuotu esille sekä myös perusteltu työssämme. Menetelmän ja hakuprosessin selkeä kuvailu ja perustelu sekä läpinäkyvä ja johdonmukainen eteneminen tuovat työhömmme vahvistettavuutta. (Kylmä – Juvakka 2007: 128-129).

Ennen hakuja päätimme selkeät valintakriteerit, joiden mukaan valitsimme aineistomme opinnäytetyöhömmme. Samalla rajasimme aiheemme ja asetimme poissulkukriteerit, jotka ohjasivat työtämme. Valintakriteereiden asettaminen ennen hakua sekä aineiston keruu ja valinnan selkeä kuvailu ja perustelu lisäävät luotettavuutta. (Coughlan ym. 2013: 84) Nämä olemme kuvailleet avoimesti ja selkeästi työssämme. Työssämme suoritimme haun sekä aineiston analyysin systemaattisesti ja kuvailemme prosessin eri vaiheet selkeästi ja tarkasti. Työmme on dokumentoitu prosessin eri vaiheissa huolellisesti.

Aineistoksi valikoituneet artikkelit ovat kaikki englanninkielisiä, joten analyysin yhtenä vaiheena käänsimme aineistosta esille nousseet alkuperäiset ilmaukset suomen kielelle. Kummatkin osaavat erinomaisesti englannin kieltä, joka auttoi siinä, että säilytimme alkuperäislauseista nousseet asiat mahdollisimman hyvin. Tässä nousee esille kuitenkin oman henkilökohtainen lauseiden ymmärtäminen ja tulkitseminen, joka voi rajata sitä, kuinka hyvin pidämme alkuperäiset tiedot artikkeleista. Päätimme kääntää alkuperäisilmaukset suomenkielelle jo ennen pelkistämistä, jotta saisimme kaiken mahdollisen tiedon irti lauseista.

Aineistoa käsiteltäessä sekä analysoinnissa numeroimme artikkelimme 1-12, joka varmistti sen, että tiedon alkuperäiseen artikkeliin löytyi tie. Tämä selvensi meidän prosessia ja analysointia. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 125-126)

Opinnäytetyömme tuo esille kahden ihmisen näkökulman asiaan ja teimme haku vaiheen sekä myös analysointi vaiheen yhdessä, joka lisää luotettavuutta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta estää useasti subjektiivinen aineiston analyysi ja valikoiva tarkastelu. (Elo – Kyngäs 2008: 113) Aineiston analyysi on kuitenkin rajattu meidän lähtökohtien subjektiivisen tarkastelun mukaisesti, mutta tämä on laadullisissa tutkimuksissa kuitenkin hyväksytty, että todellisuuksia on monia ja siten myös erilaisia tulkintoja, jotka lisäävät ymmärrystä tutkittavaa ilmiötä kohden (Kylmä – Juvakka 2007: 129) Lähtökohtien selkeällä kuvailulla tuodaan esille tutkimuksen refleksiivisuutta mikä tarkoittaa

sitä, että tekijät ovat tietoisia siitä, miten heidän omat lähtökohdat vaikuttavat tutkimukseen (Kylmä – Juvakka 2007: 129). Työ on tekijöiden ensimmäinen tämänkaltainen opinnäytetyö, joka on huomioitava seikka työn luotettavuuden kannalta.

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Rehellisyys ja tarkkuus tuloksien raportoinnissa lisää todenmukaisuutta ja on osa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012) Tämä näkyi työssämme meidän tuloksien raportoinnissa, jossa esittelemme tulokset aineistolähtöisesti ja todenmukaisesti. Nämä asiat sekä tasa-vertaisuus tulevat esille varsinkin aineiston analysointi ja käsittely vaiheissa (Ahonen ym. 2013: 298). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös tulosten viestinnässä käytetty avoimuus sekä muiden tutkijoiden tekemän työn kunnioittaminen (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012). Haku sekä analysointi vaiheessa käytimme erityistä tarkkaavaisuutta sekä huolellisuutta prosessin raportoinnissa ja kuvailimme työmme avoimesti. Kankkusen ym. (2013: 197) mukaan aineisto ja tuloksissa tuotu tieto ei saa olla väärennettyä eikä luotu tyhjästä, jota olemme noudattaneet opinnäytetyössämme. Eettisyys tulee esille myös tutkimuskysymyksien laatimisessa, jossa täytyy tuoda esille käytetty näkökulma sekä huomioida kysymysten tuoma subjektiivisuus. (Ahonen ym. 2013: 298)

Opinnäytetyömme perustuu muiden tutkijoiden tekemiin tutkimuksiin, joten meidän on erittäin tärkeää antaa tunnutusta alkuperäisille tekijöille ja kunnioittaa heidän työtään merkitsemällä lähteet oikein (Coughlan ym. 2013: 119). Käytimme työmme myös plagiointitarkistus Turnitissa varmistaaksemme työmme alkuperäisyyden. Käytimme opinnäytetyössämme ainoastaan tieteellisiä tutkimuksia aineistona sekä valikoimme lähteet kriittisesti, tarkistaen lähteen kirjoittajat, milloin kirjoitettu, sekä missä artikkeli on julkaistu. Tutkimuksen menetelmät on perusteltu hyvin sekä mahdolliset luotettavuutta rajaavat tekijät on esitelty (Kylmä – Juvakka 2007: 155). Työn aloitusvaiheessa teimme sopimuksen yhteistyötahon sekä ammattikorkeakoulumme kanssa (Kylmä – Juvakka 2007: 149).

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyössämme esille nousseita johtopäätöksiä:

1. Kenia on saavuttanut tulotasolla alhaisen keskitason luokituksen, mutta maassa vallitseva korkea köyhyyden määrä on edelleen yksi suurimmista terveystiedon ja terveyskäyttäytymisen estäjistä naisten keskuudessa.

2. Naisten asema yhteiskunnassa rajoittaa heidän mahdollisuuksia aktiiviseen terveyskäyttäytymiseen sekä useasti myös rajoittaa naisten perusterveyttä ja ihmisoikeuksia.
3. Monet naisten sairauksista ovat liitännäisiä toisiinsa ja toistuvat useasti kierreessä. Sairaudet ovat ennaltaehkäistävissä; niihin löytyy hoitokeinoja, mutta niiden käyttöönotto maassa on haastavaa resurssien ja tiedon puutteen sekä maassa vallitsevan korruption takia.

Opinnäytetyömme lopuksi esille nousi seuraava jatkotutkimusehdotus:

Opinnäytetöitä voisi toteuttaa koulutuksen tai köyhyyden vaikutuksesta naisten terveyteen Keniassa. Mielenkiintoinen ja tärkeä opinnäytetyön aihe olisi myös naisten mielenterveysongelmat Keniassa; työssä voisi tarkastella miten mielenterveysongelmia hoidetaan sekä miten mielenterveyttä edistetään Keniassa. Parhaana menetelmänä kaikissa ehdotuksissa toimisi kirjallisuuskatsaus, jotta aiheista saataisiin ajantasaista koottua tietoa.

Lähteet

Ahonen, Sanna-Mari – Jääskeläinen, Petri – Kangasniemi, Mari – Liikanen, Eeva – Pietilä, Anna-Maija – Utriainen, Kati 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291-301.

Astellas 2018. Action on fistula. Verkkodokumentti. <<https://www.astellas.eu/initiatives/action-on-fistula/>>. Luettu 22.10.2018.

Avert 2018. HIV and aids in Kenya 2018. Verkkodokumentti. Päivitetty 09.10.2018. <<https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/kenya>>. Luettu 11.01.2018.

Central Intelligence Agency 2018. World Fact Book, Kenya. Verkkodokumentti. Päivitetty 23.10.2018. <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ke.html>>. Luettu 11.01.2018.

Children act No.8 of 2001. Annettu 31.12.2001.

Coughlan, Michael – Cronin, Patricia – Ryan, Frances 2013. *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. SAGE publications.

Country Meters 2018. Kenya population. Verkkodokumentti. Päivitetty 31.10.2018. <<https://countrymeters.info/en/Kenya>>. Luettu 31.10.2018.

Dimbuene, Zacharie Tsala – Emina, Jacques B.O – Sankoh, Osman 2014 Kanada. UNAIDS 'multiple sexual partners' core indicator: promoting sexual networks to reduce potential biases. *Global Health Action* 7 (1). Luettavissa verkossa osoitteessa <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v7.23103?scroll=top&needAccess=true>>. Luettu 22.10.2018.

Elo, Satu – Kyngäs, Helvi 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing* 62 (1). 107-115.

Fleischman, Janet 2010. Women's health and hiv/aids in Kenya. Central intelligence agency. Verkkodokumentti. <<https://www.csis.org/blogs/smart-global-health/womens-health-and-hivaids-kenya>>. Luettu 23.01.2018.

FSG 2016. Menstrual health in Kenya, Country landscape analysis. Verkkodokumentti. <http://menstrualhygieneday.org/wp-content/uploads/2016/04/FSG-Menstrual-Health-Landscape_Kenya.pdf>. Luettu 15.01.2018.

Garcia-Moreno, Claudia – Guedes, Alessandra – Knerr, Wendy 2012. Understanding and addressing violence against women. World Health Organization. Verkkodokumentti. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1>. Luettu 19.10.2018.

Gender violence recovery center 2018. Facts about GBV. Verkkodokumentti. <<http://gvr.or.ke/facts-about-gbv/>>. Luettu 22.10.2018.

Health Policy Plus 2017. New Kenya Law Ensures Access to Health Services. Verkkodokumentti. <<http://www.healthpolicyplus.com/kenyaHealthRights.cfm>>. Luettu 19.10.2018.

Heinrich Böll Foundation 2015. The Protection Against Domestic Violence Act. Verkkodokumentti. <<https://ke.boell.org/2015/08/27/protection-against-domestic-violence-act-padv-2015>>. Luettu 19.10.2018.

Hyvä tieteellinen käytäntö 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>>. Luettu 23.01.2018.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mattila, Lea-Riitta – Melender, Hanna-Leena – Häggman-Laitila, Arja 2013. Tutkimusklubi näyttöön perustuvan hoitotyön edistämiseksi ja implementoinnissa – järjestelmällinen katsaus. Tutkiva hoitotyö 12 (2). 23-35. Luettavissa verkossa osoitteessa <https://www.researchgate.net/publication/279226006_Tutkimusklubi_nayttoon_perustuvan_hoitotyon_implementoinnissa_-_jarjestelmallinen_katsaus/download>.

MedlinePlus 2018. Women's Health. Verkkodokumentti. Päivitetty 01.10.2018. <<https://medlineplus.gov/ency/article/007458.htm>>. Luettu 11.01.2018

Ministry of Health, Kenya 2017. National cancer control strategy 2017-2022. Verkkodokumentti. <<http://kehpc.org/wp-content/uploads/KENYA-NATIONAL-CANCER-CONTROL-STRATEGY-2017-2022.pdf>>. Luettu 22.10.2018.

National Gender and Equality Commission 2017. County Government Policy on Sexual and Gender Based Violence. Verkkodokumentti. <<https://www.ngeckkenya.org/Downloads/NGECC%20Model%20Policy%20on%20GBV%20for%20County%20Govts.pdf>>. Luettu 22.10.2018

Prohibition of female genital mutilation act No.32 of 2011. Annettu 30.09.2011.

Protection Against Domestic Violence Act No.2 of 2015. Annettu 04.06.2015.

Suomen YK-liitto a. Naisten oikeudet . Verkkodokumentti. <<http://www.yk-liitto.fi/yk70v/yk/ihmisoikeudet/naisten-oikeudet>>. Luettu 17.01.2018.

Suomen YK-liitto b. Ihmisoikeudet. Verkkodokumentti. <<http://www.yk-liitto.fi/yk70v/yk/ihmisoikeudet>>. Luettu 17.01.2018.

The Health Act no. 21 of 2017. Annettu 21.06.2017.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

UNFPA 2017. Ending fistula is my passion and vision. Verkkodokumentti. <<https://kenya.unfpa.org/en/news/ending-fistula-my-passion-and-mission>> Luettu 22.10.2018

Unicef 2016. Statistical profile on female genital mutilation/cutting, Kenya. Verkkodokumentti. <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/country_profiles/Kenya/FGMC_KEN.pdf>. Luettu 19.10.2018.

Unicef 2018. Female Genital Mutilation. Verkkodokumentti. <<https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>>. Luettu 19.10.2018.

UN Women 2016. Global Database on Violence against Women, Kenya. Verkkodokumentti. <<http://evaw-global-database.unwomen.org/en/countries/africa/kenya?formof-violence=fac5fe48636e4d3882bbd2ebbf29bd60>>. Luettu 19.10.2018.

Un women 2017. Viisi kysymystä tyttöjen sukuelinten silpomisesta. Verkkodokumentti. <<https://www.unwomen.fi/uutiset/viisi-kysymysta-tyttojen-sukuelinten-silpomisesta/>>. Luettu 14.01.2018.

USAID 2018. Gender Equality and Female Empowerment Kenya and East Africa. Verkkodokumentti. <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1860/GEFE_Fact_Sheet_Sept_2018.pdf>. Luettu 22.10.2018.

Vahtera, Jussi – Uutela, Antti 1994. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina. Suomen Lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti. <<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1994/11/duo40219>>. Luettu 22.10.2018.

Wala, Elizabeth 2017. Ending Obstetric fistula via a human rights approach – Amref Health Africa in Kenya Experience. Amref. Verkkodokumentti. <<https://amref.org/blog/ending-obstetric-fistula-via-human-rights-approach-amref-health-africa-kenya-experience/>>. Luettu 22.10.2018.

World Health Organization 2016a. What is health promotion? Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/features/qa/health-promotion/en/>>. Luettu 22.10.18.

World Health Organization 2016b. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation 2016. World Health Organization. Luettavissa verkossa. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206437/9789241549646_eng.pdf?sequence=1>. Luettu 24.10.2018.

World Health Organization 2018a. 10 facts on obstetric fistula. Verkkodokumentti. Päivitetty tammikuu 2018. <https://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/>. Luettu 22.10.2018.

World Health Organization 2018b. Cervical Cancer. Verkkodokumentti. <<http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>>. Luettu 22.10.2018.

World Health Organization 2018c. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Verkkodokumentti. <[http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)>. Luettu 22.10.2018.

World Health Organization 2018d. Global Health Observatory data repository. Verkkodokumentti. <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>>. Luettu 19.10.2018.

World Health Organization a. The Ottawa Charter for Health Promotion. Verkkodokumentti. <www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Luettu 22.10.2018.

World Health Organization b. Women's Health. Verkkodokumentti. <www.who.int/topics/womens_health/en/>. Luettu 26.10.2018

World Vision 2015. Kenya's Community Health Workers. Verkkodokumentti. Päivitetty 28.12.2015. <https://www.wvi.org/sites/default/files/CHW%20Profile%20Kenya_0.pdf>. Luettu 22.10.2018.

Aineiston lähdeluettelo

Chai, Xiangnan – Sano, Yujiro – Kansanga, Moses – Baada, Jemima – Antabe, Roger 2017. Married women's negotiation for safer sexual intercourse in Kenya: Does experience of female genital mutilation matter? *Sexual and reproductive healthcare* 14. 79-84.

Esho, Tammary – Kimani, Samuel – Nyamongo, Isaac – Kimani, Violet – Muniu, Samuel – Kigundu, Christine – Ndavi, Patrick – Guyo, Jaldesa 2017. The 'heat' goes away: sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya. *Reproductive health* 14 (164). Luettavissa verkossa osoitteessa <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-017-0433-z>>.

Haile, Zelalem T. – Kingori, Caroline – Chavan, Bhakti – Francesvon, John – Teweldeberhan, Asli K. 2017. Association Between Risky Sexual Behavior and Cervical Cancer Screening Among Women in Kenya: A Population-Based Study. *Journal of Community Health* 43 (2). 238-247.

Kangmennaang, Joseph – Onyango, Elizabeth O. – Luginaah, Isaac – Elliot, Susan J. 2017. The next sub Saharan African epidemic? A case study in the determinants of cervical cancer knowledge and screening in Kenya. *Social Science and Medicine* 197. 203-212.

Khisa, Anne M. – Omoni, Grace M. – Nyamongo, Isaac K. – Spitzer, Rachel F. 2017. 'I stayed with my illness': a grounded theory study of health seeking behaviour and treatment pathways of patients with obstetric fistula in Kenya. *BMC Women's Health* 17 (92). Luettavissa verkossa osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622500/pdf/12905_2017_Article_451.pdf>.

Kisiangani, Joyce – Baliddawa, Joyce – Marinda, Pamela – Mabeya, Hillary – Choge, Joseph K. – Adino, Eric Onyango – Khayeka-Wandabwa, Christopher 2018. Determinants of Breast Cancer Early Detection for Cues to Expanded Control and Care: the Lived Experiences Among Women from Western Kenya. *BMC Women's Health* 18 (81). Luettavissa verkossa osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984781/pdf/12905_2018_Article_571.pdf>.

Mwanri, Lillian – Gatwiri, Glory Joy 2017. Injured bodies, damaged lives: experiences and narratives of Kenyan women with obstetric fistula and Female Genital Mutilation/Cutting. *Reproductive Health* 12 (38). Luettavissa verkossa osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5348742/pdf/12978_2017_Article_300.pdf>.

Onyango Ochomo, Edwin – Atiel, Harrysone – Gumo, Sussy – Ouma, Collins 2017. Assessment of community health volunteers' knowledge on cervical cancer in Kadobp Division, Kisumu County: a cross sectional survey. *BMC Health Services Research* 17 (675). Luettavissa verkossa osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5613489/pdf/12913_2017_Article_2593.pdf>.

Phillips-Howard, Penelope A. – Otieno, George – Burmen, Barbara – Otieno, Frederick – Odongo, Frederick – Odour, Clifford – Nyothach, Elizabeth – Amek, Nyanguara – Zielinski-Gutierrez, Emily – Odhiambo, Frank – Zeh, Clement – Kwaro, Daniel – Mills, Lisa A. – Laserson, Kayla F. 2015. Menstrual Needs and Associations with Sexual and reproductive Risks in Rural Kenyan Females: A Cross-Sectional Behavioral Survey Linked with HIV Prevalence. *Journal of Women's Health* 24 (10). 801-811. Luettavissa verkossa osoitteessa <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624246/pdf/jwh.2014.5031.pdf>>.

Shi, Chyun-Fung – Kouyomdjian, Fiona G. – Dushoff, Jonathan 2013. Intimate Partner Violence is Associated with HIV Infection in Women in Kenya: A Cross-sectional Analysis. *BMC Public Health* 13 (512). Luettavissa verkossa osoitteessa <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702473/pdf/1471-2458-13-512.pdf>>.

Singh, Kavita – Luseno, Winnie – Haney, Erica 2013. Gender equality and Education: Increasing the HIV testing among Married women in Kenya, Zambia and Zimbabwe. *AIDS Care* 25 (11). 1452-1461. Luettavissa verkossa osoitteessa <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3966089/pdf/nihms562000.pdf>>.

Tiruneh, Fentanesh Nibret – Chuang, Kun-Yang – Austin, Peter – Ntenda, Morton – Chuang, Ying-Chich 2017. Individual-level and Community-level Determinant of Cervical Cancer Screening Among Kenyan Women: A Multilevel Analysis of a Nationwide Survey. *BMC Women's Health* 17 (109). Luettavissa verkossa osoitteessa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688646/pdf/12905_2017_Article_469.pdf>.

Aineiston analyysitaulukko

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset
Gender equality and Education: Increasing the HIV testing among Married women in Kenya, Zambia and Zimbabwe. Kavita Singh Winnie Luseno Erica Haney 2013, Amerikan Yhdysvallat	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia assosiaatiota koulutuksen sekä sukupuolten tasa-arvoa mittaavien tärkeimpien tekijöiden välisellä yhteydellä ikinä käynyt HIV testeissä ja viimeisen vuoden aikana HIV testin tehneillä.	Kohderyhmään kuului naimisissa tai kumppanin kanssa asuvat kenialaiset naiset 15-34 ikä ryhmästä. Otoksen koko on 1170 15-24 ikäryhmään kuuluvat sekä 2051 25-34 ikä ryhmään kuuluvat kenialaiset naiset.	Aineistona käytettiin vuonna 2008-2009 tehtyä Kenya Demographic and Health survey. Aineisto analysoitiin käyttäen logistista regressio mallia.	Koulutuksella sekä sukupuolten tasa-arvon edistämällä on keskeinen strategia tärkeiden HIV palveluiden käytön lisäämisessä, joka osoittaa näiden tekijöiden tärkeyden tyttöjen ja naisten suojelemisessa HIV:tä vastaan.
Injured bodies, damaged lives: experiences and narratives of Kenyan women with obstetric fistula and Female Genital Mutilation/Cutting Lillian Mwanri Glory Joy Gatwiri 2017, Australia	Raportoida kenialaisten naisten kokemuksia obstetrisen fistulan kanssa elämisestä, jotka usein ovat pilotoituja ja siivutettuja yhteisössä.	30 kenialaista naista iältään 18-68 vuotiaita. Esittelyssä 3 naisen kertomukset	Aineisto kerättiin teema-haastatteluilla käyttäen avoimia kysymyksiä, yhden haastattelun pituus oli noin yksi tunti.	FGM/C oli yksi merkittävimmistä tekijöistä jotka aiheuttivat pitkittyneen tai jumiutuneen synnytyksen. Fistula ja sen aiheuttama virtsa/ulosteen karkailu aiheuttaa hyljintää puolisoilta, perheeltä, ystävilta ja yhteisöltä. Tämä johtaa edelleen masennukseen, työn menetykseen, apatiaan, itsetunnon laskuun sekä myös identiteetin ja sosiokulttuurisen identiteetin menettämiseen.
The 'heat' goes away: sexual disorders of married women with female genital mutilation/cutting in Kenya Tammary Esho, Samuel Kimani, Isaac Nyamongo, Violet Kimani, Samuel Muniu, Christine Kigonda, Patrick Ndavi, Jaldesa Guyo 2017, Kenia	Tutkia Mauche Ward, Nakuru kunnan naimisissa olevien naisten seksuaalisia kokemuksia.	314 naimisissa olevaa kenialaista naista	Aineiston keruu menetelmänä käytettiin kvantitatiivista menetelmiä(kysely ja FSFI työkalu) sekä kvalitatiivista menetelmää(FGD haastattelut ja tapaus kertomukset). Aineisto analysoitiin käyttäen SPSS ohjelmaa.	Ympärileikatut naiset raportoivat seksuaalisen toimintakykynsä olevan matalampaa kuin ei ympärileikatut naiset. Ympärileikkaus vaikutti erityisesti naisten haluihin, kiihottumiseen ja tyytyväisyyteen.
Assessment of community health volunteers' knowledge on cervical cancer in Kadobp Division, Kisumu County: a cross sectional survey Edwin Onyango Ochomo	Kartoittaa terveysvapaaehtoisten tietämystä kohdunkaulansyövän riskitekijöistä, oireista sekä seulontamenetelmistä.	188 terveysvapaaehtoista	Aineisto kerättiin haastatteluilla. Tietämystä arvioitiin toistuvuuden ja osuuk-sien arvioinnilla, suhteita määreiden ja tietämyksen	Koulutustaso, ammatti ja terveydenhuoltoyksikkö vaikuttivat merkittävästi CHVn tietämykseen seulontojen saatavuudesta useissa terveydenhuollon laitoksissa.

Liite 1

2 (4)

<p>Harrysone Atieli Sussy Gumo Collins Ouma 2017, Kenia</p>			<p>välillä arvioitiin käyttäen Khiin neliötestiä.</p>	<p>Oireiden tietämystä määritti CHVn ammatti sekä työvuodet CHVnä.</p>
<p>Association Between Risky Sexual Behavior and Cervical Cancer Screening Among Women in Kenya: A Population-Based Study. Zelalem T.Haile Caroline Kingori Bhakti Chavan John Francescon Asli K. Teweldeberhan 2017 Amerikan Yhdysvallat</p>	<p>Tutkia assosiaatiota riskialttiin seksuaalisen käytöksen sekä kohdunkaula syövän seulonnan välillä seksuaalisesti aktiivisten naisten kesken Keniassa.</p>	<p>Otos 2014 Kenian Demographic and Health Survey:stä. Otoksen koko 6104 naista, jotka seksuaalisesti aktiivisia tai kuulleet kohdunkaula syövästä. Ikäryhmä 15-49.</p>	<p>Kuvaileva poikittaistutkimus. Aineisto analysoitiin kaksivaiheisella analysointi menetelmällä käyttämällä Rao-Scott Khiin neliö testiä, jossa vertailtiin kohdunkaula syövän seulontaa, papa-koe ja silmämääräistä tarkastusta riskialttiin seksuaalisen käytöksen kanssa.</p>	<p>Tutkimuksessa ilmeni että naimisissa/yhdessä kumppanin kanssa asuvat naiset, joilla riskialtista seksuaalista käytöstä oli negatiivinen assosiaatio kohdunkaula syövän seulonnan kanssa.</p>
<p>'I stayed with my illness': a grounded theory study of health seeking behaviour and treatment pathways of patients with obstetric fistula in Kenya Anne M. Khisa, Grace M. Omoni, Isaac K. Nyamongo, Rachel F. Spitzer 2017, Kenia</p>	<p>Tuoda esille naisten terveydenhuollon etsintäprosessin kokonaisuus. Selvittää millaisia kaavoja ilmenee terveyspalveluja etsivien obstetrisesta fistulasta kärsivien naisten käyttäytymisessä.</p>	<p>121 naista joilla on obstetrisen fistula, iältään 17-62 vuotiaita.</p>	<p>Naisten kertomuksia analysoitiin käyttäen Grounded theory- metodologiaa.</p>	<p>Virallinen terveydenhuoltojärjestelmä ei vastaa naisten tarpeisiin fistula sairauden aikana. Naiset kärsivät fistulasta pitkään ja etsivät apua vaihtoehtohoidoista, jotka eivät edesautta fistulan paranemista.</p>
<p>Menstrual Needs and Associations with Sexual and reproductive Risks in Rural Kenyan Females: A Cross-Sectional Behavioral Survey Linked with HIV Prevalence. Penelope A. Phillips-Howard George Otieno Barbara Burmen Frederick Otieno Frederick Odongo Clifford Odour Elizabeth Nyothach Nyanguara Amek Emily Zielinski-Gutierrez Frank Odhiambo</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia naisten kuukautishygienian tarpeita ala- ja keskiluokassa sekä niistä syntyvät sosiaaliset ja terveydelliset seuraukset.</p>	<p>Otos 3418 kenialaista naista 13-29 ikäluokasta.</p>	<p>Vastaukset otettiin HIV ja käytös riski kyselystä, joka tehtiin länsikeniassa. Vastaukset analysoitiin käyttämällä SPSS- ohjelmaa.</p>	<p>Kuukautishygienian tarpeet köyhillä naisilla maaseudulla keniassa todennäköisesti tuottaa enemmän fyysisistä ja seksuaalista haittaa.</p>

<p>Clement Zeh Daniel Kwaro Lisa A. Mills Kayla F. Laserson 2015, Kenia</p>				
<p>Intimate Partner Violence is Associated with HIV Infection in Women in Kenya: A Cross-sectional Analysis Chyun-Fung Shi Fiona G. Kouyoumdjian Jonathan Dushoff 2013, Kenia</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia mahdollista assosiaatiota intiimi kumppani väkivallan sekä naisen riski saada HIV infektio kanssa. Tarkoituksena oli myös selvittää, kuinka voimakas assosiaatio on, jos sitä löytyy.</p>	<p>Otos 1904 naista 15-49 ikäluokasta. Naiset ovat joko naimisissa tai asuvat kumppanin kanssa. Vastanneet intiimi kumppani väkivallan kyselyyn sekä saaneet HIV testin osana Kenian Demographic and Health Survey 2008-2009.</p>	<p>Aineistoa kerättiin kyselyn avulla ja aineiston on osa 2008-2009 Kenian Demographic and Health Survey. Aineisto analysoitiin käyttämällä yleistettyjä lineaarisia sekamalleja.</p>	<p>Selkeä linkki tuli esille intiimi kumppani väkivallan ja HIV infektio riskin kanssa. Tämä tulos pysyi samana, vaikka HIV riskin tekijöitä muutettiin tutkimuksessa, joka kertoo sen että intiimi kumppani väkivaltaa voi käyttää merkinä potentiaalisesta HIV riskistä. Tutkimus tuo esille myös sen että intiimi kumppani väkivallan monitorointi voi olla yksi muoto ennalta ehkäistä HIV infektoita.</p>
<p>Individual-level and Community-level Determinant of Cervical Cancer Screening Among Kenyan Women: A Multilevel Analysis of a Nationwide Survey Fentanesh Nibret Tiruneh Kun-Yang Chuang Peter Austin Morton Ntenda Ying-Chich Chuang 2017, Taiwan</p>	<p>Tarkoitus oli kuvailla yksilöllisiä- ja yhteisöllisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat kohdunkaula syövän seulontaan osallistumista kenialaisilla naisilla.</p>	<p>Otos 9016 naimisissa olevaa naista 15-49 ikäryhmästä.</p>	<p>Aineisto kerättiin 2014 vuoden Kenyan Demographic and Health kyselystä. Aineisto ja vastaukset analysoitiin käyttämällä yleistettyjä lineaarisia sekamalleja. Analysoinnissa käytettiin SAS 9.4 ohjelmaa.</p>	<p>Noin 70% kyselyyn vastanneista naisista oli kuullut kohdunkaulan syövästä, mutta vain 19.4% olivat käyneet kohdunkaula syövän seulonnassa. Suurempi todennäköisyys käydä seulonnassa oli naisilla, jotka olivat 35-49 vuoden ikäryhmässä, suurempi varallisuusindeksi, enemmän media altistumista, olivat työssä käyviä, vakuutetut ja jotka olivat käyneet terveyslaitoksessa viimeisen 12 kuukauden aikana.</p>
<p>Determinants of Breast Cancer Early Detection for Cues to Expanded Control and Care: the Lived Experiences Among Women from Western Kenya Joyce Kisiangani Joyce Baliddawa Pamela Marinda Hillary Mabeya Joseph K. Choge Eric Onyango Adino Christopher Khayeka-Wandabwa 2018, Kenia</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida tietoa, asennetta sekä terveyskäyttäytymistä rintasyöpää ja sen seulon kohtaan ja mahdollisesti selittää syytä miksi naiset saavat prognoosin ja hoidon sairauden edistyneessä vaiheessa.</p>	<p>Kahdeksan kohderyhmää. Jokaisessa ryhmässä 6-10 ihmistä. Sen lisäksi myös neljän avainhenkilön haastattelu.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus tehtiin käyttäen kohderyhmä haastatteluja (FGD) ja ja avainhenkilö haastatteluja (KII). Aineisto analysoitiin käyttämällä Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software (CAQDAS) QSR Nvivo 10.</p>	<p>Naiset ymmärtävät rintasyövän olevan tappava tauti ja varhainen seulonta tuotti pelon tunteita. Maaseudulla asuvat naiset suosivat itse määrättyjä lääkkeitä sekä vaihtoehtoisia lääketiedettä ja pitkittivät ammattilaisen luokse hakeutumista. Pääsy terveydenhuollon palveluun, tiedon vähäisyys ja alhainen varallisuusindeksi osoittautuivat olevan suurimpia esteitä maaseudulla asuvien naisten aktiiviseen terveyskäyttäytymiseen.</p>

Liite 1

4 (4)

				Kun taas kaupungissa suurin este oli siviilisääty.
The next sub Saharan African epidemic? A case study in the determinants of cervical cancer knowledge and screening in Kenya. Joseph Kangmennaang Elizabeth O. Onyango Isaac Luginaah Susan J. Elliott 2017, Kanada	Tarkoituksena selittää sosioekonomiset tekijät, jotka vaikuttavat lisääntymisikäisten naisten kohdunkaulasyövän tietoisuuteen sekä seulontaan.	14,741 lisääntymisikäistä naista (15-49)	Aineisto tutkimukseen otettiin 2014 Kenya Demographic and Health Survey:stä. Aineisto analysoitiin käyttämällä monitasoista analyysi menetelmää.	Alueet, joissa naisilla on matala tuloluokka näyttäytyi olevan haavoittuvassa asemassa kohdunkaulasyövän seulontojen suhteen ja hyödyntävän niitä vähemmän. Sukupuolitaso-arvo, sairausvakuutus status sekä koulutus taso olivat tekijöitä, jotka ennustivat kohdunkaulasyövän seulontojen hyödyntämistä.
Married women's negotiation for safer sexual intercourse in Kenya: Does experience of female genital mutilation matter? Xiangnan Chai Yujiro Sano Moses Kansanga Jemima Baada Roger Antabe 2017, Kanada	Tarkoituksena käsitellä naisten ympärileikkauksen vaikutusta turvaseksin harrastamiseen osana HIV:n ehkäisyä.	8602 naimisissa olevaa naista	Aineisto tutkimukseen otettiin 2014 Kenya Demographic and Health Survey:stä. Analysoinnissa käytettiin yhden muuttujan varianssianalyysia (univariate analysis) sekä logistista regressioanalyysia (logistic regression analysis)	Naisten ympärileikkaukokemukset voivat vaikuttaa naimisissa olevan naisen kykyyn sanoa seksuaalisen kontaktin sääntöjä kuten kondomin käyttöä.

Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Toisen asteen, tai korkeamman asteen koulutus ennusti kohdunkaulan syövänseulonnessa käymisen todennäköisyyttä. (3)	Korkea koulutus lisää seulonntaa. (3)	Koulutus edistää naisten terveyttä	Naisten terveyttä edistävät tekijät
Koulutus vaikutti merkittävästi viimeisen vuoden aikana tapahtuneeseen HIV-testaukseen. (11)	Koulutus lisää HIV-testausta. (11)		
Koulutus voimaannuttaa naisia, se antaa tietoa ja voinostaa heidän statustaan, sekä suojelee naisia seksuaaliselta riskikäyttäytymiseltä. (11)	Koulutus voimaannuttaa naisia. (11) Koulutus suojaa seksuaaliselta riskikäyttäytymiseltä. (11)		
Korkea koulutustaso on positiivisesti yhteydessä kohdunkaulan syövän tietoisuuteen ja seulonnoissa käymiseen. (11)	Korkea koulutus lisää seulonntaa. (11) Korkea koulutus lisää tietoisuutta. (11)		
Ympäriileikatut naiset saattavat olla vähemmän itsevarmoja seksuaalisuudestaan. (1)	Silpominen vaikuttaa seksuaali-identiteettiin. (1)	Silpominen haittaa naisten seksuaalisuutta.	Naisten terveysongelmat
Silpomisella on negatiivisia vaikutuksia naisten libidon seksuaalisiin sensaatioihin, naisilla vaikeampi saada orgasmi ja seksuaalista nautintoa. (7)	Silpominen vähentää naisten seksuaalista nautintoa. (7)		
Klitoridektomia vaikuttaa naisten seksuaaliseen klitoriksen tuntoherkkyyteen ja naisten ulkoisten sukupuolielinten leikkaaminen vaikuttaa seksuaalisiin kudoksiin ja sensaatioihin leikattujen naisten kohdalla. (2)	Silpominen vähentää naisten seksuaalista nautintoa. (2)		