KUVAUS MAPUTOLAISEN LAPSEN ELÄMÄSTÄ 7− 12-VUOTIAANA

Opas Savonia-ammattikorkeakoulun Terveysalan kansainväliseen opiskelijavaihtoon lähteville opiskelijoille

Opinnäytetyö

Tiina Hartikainen
Nina Suuronen

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ
Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyö	
Työn tekijä(t): Tiina Hartikainen ja Nina Suuronen	
Työn nimi: Kuvaus maputolaisen lapsen elämästä 7- 12 –vuotiaana; Opas Savonia-ammattikorkeakoulun Terveysalan kansainväliseen opiskelijavaihtoon lähteville opiskelijoille	
Päiväys: 29.11.2010	Sivumäärä / liitteet: 68/2
Ohjaajat: Lehtori Helena Pennanen	
Työyksikkö / projekti: Savonia-ammattikorkeakoulu, Terveysala Kuopio	

Savonia-ammatikorkeakoulusta lähtee Mosambikin pääkaupunkiin Maputoon vuosittain eri terveysalan opiskelijoita vaihtoon. Hoitotyön- ja ensihoidon koulutusohjelman opiskelijat suorittavat siellä usein lasten- ja nuorten sekä yhteisön terveyden edistämisen harjoittelut. Opinnäytetyömme oli kehittämistyö, jonka tarkoituksena oli tuottaa opas 7−12 -vuotiaan maputolaisen lapsen elämästä kansainväliseen opiskelijavaihtoon lähtijöille. Tavoitteena oli, että kansainväliseen vaihtoon lähtevät opiskelijat saavat ennen harjoittelun alkua tietoa lasten elämästä, heidän terveyteensä vaikuttavista tekijöistä ja Mosambikin kulttuurista.

Opinnäytetyö toteutettiin projektityönä. Projekti eteni vaiheittain, ensin oli ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, sitten suunnittelu- ja toteutusvaihe sekä lopuksi päättämisvaihe. Opinnäytetyön raportti sisältää teoriaosuuden, kuvauksen opinnäytetyöprosessista sekä tuotoksen tekemisestä ja arvioinnista. Opas toteutettiin teoriatiedon, oman opiskelijavaihdon havainnoinnin ja maputolaisten haastattelujen avulla. Oppaan ydinasiat ovat lapsen asumisympäristön kuvaus, lapsen terveys ja siihen vaikuttavat tekijät sekä koulutus ja perhe.

Jatkokehittämistyönä Maputon keskussairaalaan voisi tehdä perehdytyskansion tuleville vaihto- opiskelijoille yhteistyössä paikallisten opiskelijoiden kanssa.

Avainsanat: (1-5) Maputo, lapsi, kansainvälisyys, vaihto-opiskelijat, terveys ja siihen vaikuttavat tekijät

Julkinen __X__ Salainen ___

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Health Professions Kuopio

THESIS
Abstract

Degree Programme:Degree programme in Nursing	
Option: Registered Nurse	
Authors: Tiina Hartikainen and Nina Suuronen	
Title of Thesis: Description of child life between 7−12- year old in Maputo; Guide for Savonia University Of Applied Sciences healtcare students for international student exchange	
Date: 29.11. 2010	Pages / appendices:68 / 2
Supervisor: Senior Lecturer Helena Pennanen	
Contact persons: Savonia University of Applied Sciences, Health Professions Kuopio	

Students from the healthcare in Savonia Polytechnic go to Maputo, the capital of Mosambik every year as exchange students. Students from nursing and paramedic degree programme often carry out their practical training for pediatric and community health care there.

Our thesis was a work of development with a purpose of producing a guide for future students going to Maputo for their international student exchange trip about the life of a 7-12 -year old child's life living in Maputo. The aim was to give information about the lives of the children, their health and factors contributing to that, and the culture of Mosambik, available for the students going to Maputo before they actually are there.

The thesis was conducted in the form of a project. The project progressed in stages. The first stage was brainstorming and pre-planning, the second stage was planning and executing, and finally the completion stage. The report of the thesis includes theory, a description of the thesis process and a product of the work and it's evaluation.

The guide was created with the help of theory, our own perceptions from our student exchange trip and interviews of people living in Maputo. The main points of the guide are describing the living environment of a child in Maputo, the health of the children there, and the factors influencing the health of the children, and also education and family.

As a future challenge, a directory of orientation placed in the central hospital of Maputo could be made for future exchange students in co-operation with the local students.

Keywords: (1-5) Maputo, child, international, exchange students, health and factors which effect that

Public _X_ Secure ___

SISÄLTÖ

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET 5
2 MAPUTOLAISEN 7−12 -VUOTIAAN LAPSEN ELÄMÄ JA SIIHEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ 8
2.1 Elämänkulku 8
2.2 Mosambik ja sen pääkaupunki Maputo 8
2.3 Asuminen ja ympäristö 9
2.4 Perhe 10
2.5 Koulutus 12
2.6 Vapaa-aika ja työnteko 13
2.7 Terveys ja siihen vaikuttavat tekijät 14
2.7.1 Perheen odotukset hoitotyöstä 14
2.7.2 Aliravitsemus 15
2.7.3 Ripuli 16
2.7.4 Malaria 17
2.7.5 HIV/ AIDS 18
2.7.6 Keuhkosairaudet 19
2.7.7 Palovammat 21
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA ARVIOINTI 23
3.1 Ideointi- ja esisuunnitteluvaihe 23
3.2 Suunnitteluvaihe 25
3.3 Työn käynnistys ja toteutus 26
3.4 Päättämisvaihe ja arviointi 27
4 POHDINTA 29
4.1 Käyttökelpoisuuden tarkastelu 29
4.2 Opinnäytetyönprosessi ja asiantuntijuuden kehittyminen 31
4.3 Jatkohaasteet 33
LÄHTEET 34

LIITTEET
Liite 1. Englannin- kielinen kyselylomake 41
Liite 2. Kuvaus maputolaisen lapsen elämästä 7-12-vuotiaana 43

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opintojemme alussa aloimme suunnitella opiskelijavaihtoa Afrikan itäiseen osaan Mosambikiin. Huomasimme, ettei Savonia-ammattikorkeakoulun Kuopion Terveysalan yksiköstä löytynyt paljon tietoa mosambikilaisten arkielämästä. Varsinainen idea opinnäytetyöhön syntyi kehityspsykologian tunneilla, kun käsittelimme elämänkulkua. Meitä alkoi erityisesti kiinnostaa lasten arkielämä Mosambikin pääkaupungissa Maputossa, jonne olimme lähdössä opiskelijavaihtoon.

Vuosina 2003−2009 Savonia-ammattikorkeakoulun Terveysalan yksiköstä opiskelijavaihdossa Mosambikissa on ollut yhteensä 52 henkilöä (Korpela 2010). Hoitotyön- ja ensihoidon koulutusohjelmien opiskelijat suorittavat usein sekä lasten ja nuorten hoitotyön että yhteisön terveyden edistämisen harjoittelut Mosambikissa. Tulevina vuosina (2010−2012) Mosambikiin on menossa neljä hoitotyön koulutusohjelman opiskelijaa ja myös muita terveysalanopiskelijoita (Korsikko 2010).

Lähdimme opiskelijavaihtoon Mosambikiin kansainvälisen liikkuvuuden ja yhteistyökeskus CIMO:n vaihto-ohjelman kautta keväällä 2009. Kyseessä on verkosto-ohjelma (North- South- South Higher Education Institution Network Programme), joka tukee korkeakouluyhteistyötä Suomen ja kehitysmaiden korkeakoulujen välillä (Kansainvälisen liikkuvuuden ja yhteistyön keskus CIMO 2010a). Vietimme kolme kuukautta Maputossa, jossa suoritimme lasten- ja nuorten sekä yhteisön terveyden edistämisen harjoittelun.

Keskeisimmät tavoitteet lasten- ja nuorten ja yhteisön terveyden edistämisharjoittelussa ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, kliininen hoitotyö, lääkehoito, yhteistyö, ohjaus ja opetus. Lasten- ja nuorten hoitotyössä tulee huomioida lapsen asema ja oikeudet, perhekeskeisyys sekä monikulttuurinen hoitotyö. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2007.)

Pohjaamme työtämme Savonia–ammattikorkeakoulun (2009) Terveysalan toiminnanohjaus ja laadunhallintajärjestelmään. Hyödynnämme työssä kan-

sainvälisen toiminnan palvelustrategiaa, jossa on tavoitteena, että toiminnassa korostuu eettiset periaatteet. Näitä eettisiä periaatteita ovat muun muassa monikulttuurisuus ja elämyksellinen oppiminen. Savonia-ammattikorkeakoulun (2007) sairaanhoitajan opetussuunnitelman yksi osaamisalue on monikulttuurinen hoitotyö ja sen yksi keskeisistä sisällöistä on kansainvälisyys hoitotyössä, mikä korostuu työssämme.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa opas, jossa kuvataan maputolaisen 7−12- vuotiaan lapsen elämää ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Opasta voivat hyödyntää tulevat Mosambikiin vaihtoon lähtevät opiskelijat. Oppaan on tilannut Savonia -ammattikorkeakoulun Terveysalan yksikön kansainvälinen toimisto.

Olemme kiinnostuneita afrikkalaisesta kulttuurista ja halusimme erityisesti syventyä lasten elämään Maputossa, koska lapset liittyvät molempiin harjoitteluihin. Rajasimme lasten iän 7−12- vuotiaiksi, koska pystyimme havainnoimaan heitä kaduilla liikkuessamme ja työharjoittelussamme. Pystyimme myös haastattelemaan henkilöitä, joilla on muistikuvia kyseisestä ajanjaksosta elämässään. Kolmen- ja neljän ikävuoden jälkeen lapsen minuus ja kieli on kehittynyt, jolloin hän pystyy muistamaan menneitä asioita ja tapahtumia (Vilkko-Riihelä 1999, 355).

Opinnäytetyön tavoitteena on, että etenkin hoitotyön- ja ensihoidon koulutusohjelmien opiskelijat saavat ennen opiskelijavaihtoon lähtöä tietoa lasten elämästä, heidän terveyteensä vaikuttavista tekijöistä ja Mosambikin kulttuurista. Tavoitteena on myös etukäteistiedon avulla auttaa tulevia vaihtoon lähtijöitä kohtaamaan erilaisia asioita, kuten kaduilla kerjääviä lapsia. Henkilökohtaisena tavoitteena meillä on syventää omaa kulttuurista tietoamme ja osaamistamme, koska tulevaisuudessa aiomme työskennellä kehitysmaissa. Voimme hyödyntää saamaamme tietoa myös sairaanhoitajina, koska Suomi kansainvälistyy jatkuvasti ja eri kulttuurit kohtaavat hoitotyössä.

Raportti koostuu oppaan tietoperustan ja opinnäytetyön työprosessin kuvauksesta sekä pohdintaosiosta. Oppaan tietoperustassa olemme yhdistäneet opiskelijavaihdon aikana tekemämme havainnot ja haastattelut sekä hankkimamme tiedon lähdekirjallisuudesta.

2 MAPUTOLAISEN 7−12 -VUOTIAAN LAPSEN ELÄMÄ JA SIIHEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

2.1 Elämänkulku

Elämänkulkuun kuuluu elämäntapahtumien ja – kokemusten kokeminen. Jokaisen ihmisen elämänkulku on yksilöllinen, mutta ympäristöllä ja yhteiskunnalla on suuri vaikutus siihen. Elämänkulku rakentuu ympäristön ja yhteiskunnan antamilla mahdollisuuksilla. Nämä vaikutteet antavat ihmiselle valmiit kehykset elämään jo ennen syntymää, mutta myöhemmin ihminen pystyy itse vaikuttamaa omaan elämänkulkuunsa omilla valinnoillaan.(Penttinen 2002.)

Länsimaalaiset ja afrikkalaiset käsitykset elämänkulusta poikkeavat toisistaan. Länsimaalaisessa kulttuurissa elämää kuvataan kaarena, jossa nuoruus ja aikuisuus ovat kaaren huipulla. Afrikkalaisessa kulttuurissa taas korostuu vanhuuden arvostaminen. Elämänkaari kuvataan kohti vanhuutta nousevana viivana. (Himberg, Laakso, Näätänen, Peltola & Vidjeskog 2003, 14.) Tämä oli myös havaittavissa Mosambikissa ollessamme. Lapset kunnioittivat vanhempiaan ja samassa perheessä asuvia isovanhempiaan.

2.2 Mosambik ja sen pääkaupunki Maputo

Mosambik on Portugalin entinen siirtomaa, joka itsenäistyi vuonna 1975 (Central Intelligence Agency 2010). Mosambik sijaitsee eteläisen Afrikan itärannikolla. Sen naapurimaita etelässä ovat Etelä-Afrikka ja Swazimaa, lännessä Sambia, Malawi ja Zimbabwe, pohjoisessa Tansania. Itäinen osa Mosambikia on Intian valtameren rannikkoalankoa.

Mosambikin koostuu 11 provinsista. Väestöllisesti suurin provinssi on Zambezia (3 794 509 asukasta), joka sijaitsee Mosambikin koillisosassa ja pienimmät ovat Maputo Provincia (Etelä- Mosambikissa) ja Niassa (Pohjois-Mosambikissa). Maputo Provincian sisällä on myös Maputo Cidaden provins-

si, joka tarkoittaa kaupungin keskustaa. (Instituto Nacional de Estatística 2006.)

Mosambikin pääkaupunki on Maputo, joka sijaitsee maan eteläisessä osassa. Asukkaita pääkaupungissa on noin miljoona. (Suomen suurlähetystö 2009a.) Koko maan asukasluku on noin 22 miljoonaa (Central Intelligence Agency 2010). Maan virallinen kieli on portugali, kuitenkin vain 8,8 prosenttia väestöstä käyttää sitä. Lisäksi maassa puhutaan useita eri alkuperäiskieliä. Näistä puhutuin on makhuwa, jota puhuu 26,1 prosenttia väestöstä. (Ulkoasiainministeriö 2006.) Maassa on katolilaisia 23,8 prosenttia, muslimeja 17,8 prosenttia, siionkristittyjä 17,5 prosenttia ja muiden uskontokuntien edustajia 17,8 prosenttia väestöstä (Central Intelligence Agency 2010).

Mosambik on yksi maailman köyhimmistä maista. Keskimääräinen eliniän odote on 47,4 vuotta (Ulkoasiainministeriö 2006.) Taulukosta 1 ilmenee maan ikä- ja sukupuolijakauma sekä syntyvyys- ja kuolleisuusluvut vuonna 2010. Siitä selviää, että Mosambikin väestöstä melkein puolet on iältään 0−14- vuotiaita.

TAULUKKO 1. Mosambikin ikä- ja sukupuolijakauma sekä syntyvyys ja kuolleisuus luvut vuonna 2010 (Central Intelligence Agency 2010)

Väestö	Miehet	Naiset	%-osuus
0–14 v.	4 891 581	4 832 593	44.1 %
15–64 v.	5 746 820	5 954 815	53 %
Yli 65 v.	263 291	372 351	2.9 %
Yhteensä	10 901 962	11 159 759	
Syntyvyys on 37.98 syntynyttä/1000 asukasta kohti			
Kuolleisuus on 20.07 kuollutta/1000 asukasta kohti			

2.3 Asuminen ja ympäristö

Suurin osa mosambikilaisista asuu maaseudulla. Kaupunkilaisia väestöstä on 37 prosenttia. (Sarsama 2008.) Mosambikin väestöstä kolmannes asuu poh-

joisessa, 40 prosenttia maan keskiosassa ja neljännes eteläisessä osassa maata (Suomen suurlähetystö 2009b).

Maputon keskustassa on paljon kerrostaloja, joista suurin osa on ulkoisesti melko huonossa kunnossa. Havaintojemme mukaan suurin osa keskustan lapsista asuu kerrostaloissa. Keskustan alueella on myös paljon asuntoalueita, joissa on hienoja taloja, aitoineen ja vartijoineen. Esikaupunkialue on hyvin tiheään asuttua. Samassa pihapiirissä saattaa asua useita perheitä eläintensä, kuten kanojen ja koirien kanssa. Talot on rakennettu pellistä, tiilistä tai betonista, yleensä niissä on muutama huone ja varsinaista keittiötä ei ole vaan ruoka valmistetaan ja syödään pihalla. Pihamaat ovat hiekkaa ja usein ne ovat aidattu erilaisia materiaaleja käyttäen. Aidat on päällystetty lasinsiruilla tunkeilijoiden varalta. Esikaupunki alueilla on myös omat vesipisteet, koulut, päiväkodit ja kaupat. Yleisesti ottaen nämä alueet olivat siistejä. Pihat ja kadut oli lakaistu, eikä roskia paljoakaan näkynyt, mutta näimme yhdellä alueella ison kaatopaikan.

Tiet ovat osittain huonossa kunnossa ja liikenne on vilkasta. Havaintojemme mukaan Maputossa sattuu paljon liikenneonnettomuuksia. Yleinen kulkuneuvo on chapa, joita käytetään joukkoliikenteessä. Kyseessä on pieni pakettiauto, joka ahdetaan niin täyteen ihmisiä kuin vain mahtuu.

2.4 Perhe

Afrikkalaisessa kulttuurissa voidaan veljeksi tai sisareksi kutsua ketä tahansa samassa kylässä asuvaa. Afrikkalaisen sananlaskun mukaan lapsen kasvattamiseen tarvitaan koko kylä. (Juntunen 2010, 205, 211.)Tämä sananlasku kuvastaa hyvin maputolaista perhekeskeisyyttä. Perhe on sosiaalinen yksikkö, joka välittää kulttuurissa olevat tavat, uskomukset ja terveys- ja sairauskäsitykset sukupolvelta toiselle. Nykyisin perheet ovat moninaisia. On ydin-, yksinhuoltaja- ja uusperheitä, monikulttuurisia perheitä, monen sukupolven perheitä, homo- ja lesboperheitä sekä yhteisössä eläviä perheitä. Lisäksi voidaan puhua adoptio-, moniongelmaisista-, päihdeongelmaisista-, vammais- ja uus-

avuttomista perheistä. (Juntunen 2010, 203.) Näimme vaihdossa ollessa ydin-, yksinhuoltaja- ja uusioperheitä. Maputolaiset perheet käsittivät usein vanhemmat ja lapset, mutta myös isovanhemmat, tädit ja sedät. Kaikki asuivat samassa talossa ja auttoivat toinen toisiaan.

Mosambikin lapsista 12 prosenttia on orpoja ja HIV/AIDSn takia niin sanotussa haavoittuvassa tilassa olevia lapsia on viisi prosenttia (Suomen suurlähetystö 2009a). Dal Maso (2009) kertoi meille orpokodeissa olevista lapsista, jotka ovat siellä vanhempien kuoltua AIDSiin. Orpokodeissa on myös lapsia, joista vanhemmat tai sukulaiset eivät pysty sillä hetkellä huolehtimaan. Jos asian tila muuttuu, pääsevät lapset takaisin koteihin tai sukulaistensa luokse. Lapsia myös adoptoidaan ja pienemmät lapset ovat onnekkaampia saamaan uuden kodin, kun taas vanhemmat lapset saattavat asua orpokodeissa täysi-ikäiseksi asti. Kaikki orvot lapset eivät asu orpokodeissa, vaan myös kaduilla.

Haastattelemamme terveysalan opettaja Sitoen (2009) ja omien havaintojemme mukaan Maputossa on kodittomia lapsia, jotka asuvat kaduilla ja saavat elantonsa kerjäämällä. Yleensä lapset kerjäävät ostoskeskusten läheisyydessä. Maputossa on myös lapsia, jotka asuvat rannan lähettyvillä olevissa puskissa, heistä käytetään nimitystä puskalapset. He varastelevat pysyäkseen hengissä. Nämä lapset ovat iältään noin 7-10-vuotiaita. Kun he kasvavat, muuttuu ryöstely ammattimaiseksi.

Köyhyys on iso ongelma Maputossa ja se heijastuu hyvin voimakkaasti lapsiin. Köyhyys ajaa lapset kaduille kerjäämään ja varastelemaan. Köyhyys saa aikaan myös vanhempien väkivaltaisuutta. Kun perheissä on paljon lapsia, eivät vanhempien varat riitä ylläpitämään kaikkien lasten kustannuksia. Väkivalta kohdistuu vanhempiin lapsiin, jotka ovat jo lähteneet kotoa ja palaavat sinne tyhjin käsin. Vanhemmat kurittavat lapsiaan, jotta nämä ymmärtäisivät, ettei tyhjätaskuilla ole mitään asiaa enää kotiin, jos he eivät itse voi elättää itseään. Usein väkivaltaisten vanhempien lapset ovat kadulla paossa vanhempiaan.(Sitoe 2009.)

Mosambikissa on suhteellisen paljon kehitysvammaisia. Syitä tähän ovat heikko terveydenhuolto ja puutteellinen ravinto. Osaltaan myös sodat ovat vaikuttaneet kehitysvammojen syntyyn. Mosambikissa on edelleen voimassa vanha uskomus, jossa kehitysvammainen lapsi on kosto perheen sisällä olevista ongelmista, minkä vuoksi lapset pidetään kotona. (Valtonen 2004.)

2.5 Koulutus

Seitsemästä vuodesta 12 vuoteen kestävästä kehitysjaksosta käytetään Suomessa nimitystä kouluikä (Eronen ym. 2001). Kouluikä ja oppivelvollisuus vaihtelevat maittain. Mosambikissa oppivelvollisuus koskee 6−13-vuotiaita. Peruskoulutus koostuu ala- ja yläkoulusta. Alakoulu on kestoltaan seitsemän vuotta ja yläkoulu kolme vuotta. Opetus tapahtuu Portugalin kielellä. Tällä hetkellä tytöistä 73 prosenttia aloittaa koulun ja pojista 79 prosenttia, joten ero tyttöjen ja poikien välillä ei ole suuri. (Kansainvälisen liikkuvuuden ja yhteistyön keskus CIMO 2010b; Ulkoasiainministeriö 2006.) Maputon kaupungin 6−12-vuotiaista lapsista koulua käy 96 prosenttia, vastaavasti Teten provinssissa koulua käy vain vajaa 70 prosenttia kyseisen ikäluokan lapsista. Koulun aloittaminen yli 6 -vuotiaana ja luokkien kertaaminen ovat hyvin yleistä. Poissaoloja on eniten maaseudulla, sekä tyttöjen ja orpojen keskuudessa. (Suomen suurlähetystä 2009b.) Sitoe (2009) kertoi, että tyttöjen koulunkäynti on vähäisempää, koska he jäävät yleensä kotiin auttamaan vanhempiaan. Tytöille opetetaan kotitaloustöitä, kuten siivousta, ruuanlaittoa ja vedenkantoa. Useasti myös perheen vanhemmat lapset jäävät pois koulusta ja menevät töihin, jotta he saavat ansaita rahaa perheelle. Vanhempien lasten ansaitsemilla rahoilla voidaan kustantaa nuorempien sisarusten koulunkäynti.

Haastatteluumme osallistuneet olivat aloittaneet koulun 5− 7-vuotiaina ja luokat olivat olleet kooltaan isoja, noin 45−60 oppilasta. Samalla luokalla saattoi olla eri- ikäisiä lapsia. Eräs haastateltavamme kertoi, että hänen koulussaan ensimmäisellä luokalla oli 5−8- vuotiaita lapsia, toisella luokalla 6−9-vuotiaita, kolmannella luokalla 7−13-vuotiaita, neljännellä luokalla 8−14-vuotiaita, viidellellä 9−16-vuotiaita, kuudennella 10−15-vuotiaita ja seitsemännellä luokalla

10−17-vuotiaita. Kaikki haastatteluun osallistuneet olivat käyneet julkista koulua ja koulunkäynti oli ollut maksullista.

Kouluja on vähän, joten sitä käydään eri vuoroissa (Dal Maso 2009). Haastatteluista kävi ilmi, että kouluajat olivat olleet hyvin vaihtelevia. Koulua käytiin aamulla, päivällä ja illalla. Tunnit kestivät 45 minuuttia ja niiden välissä oli 5 minuutin tauko. Koulussa opiskeltiin portugalia, matematiikkaa, maantietoa, liikuntaa, historiaa ja luonnontieteitä. Ylemmillä luokilla tuli lisää eri oppiaineita kuten kieliä.

2.6 Vapaa-aika ja työnteko

Lasten oikeuksien yleissopimuksessa todetaan, että lapsia täytyy suojella sellaiselta työnteolta, joka todennäköisesti vaarantaa tai haittaa heidän koulutustaan, on vahingollista terveydelle, ruumiilliselle, henkiselle, moraaliselle tai sosiaaliselle kehitykselle. (Yleissopimus lasten oikeuksista 1991).

Mosambikin lapsista 22 prosenttia tekee jonkinlaista työtä. Lasten työntekoon vaikuttaa suuresti asuinpaikka, maaseudulla työtä tekee 25 prosenttia ja kaupungissa 15 prosenttia lapsista. (Suomensuurlähetystö 2009a.) Havaintojemme mukaan lasten vapaa-ajan viettoon vaikuttaa suuresti perheen taloudellinen tilanne. Yleensä köyhempien perheiden lapset joutuvat tekemään paljon töitä, eikä näin ollen vapaa-aikaa juurikaan jäänyt leikkimiseen. Kaupunkikuvassa näkyy paljon lapsia kaduilla kerjäämässä ja työnteossa. Lapset kaupittelevat kaduilla puhelinliittymiä, pähkinöitä, tupakkaa, taidetta, makeisia ja erilaisia käyttötavaroita. Esikaupunkialueilla lasten vapaa-aika koostuu pienempien sisarten vahtimisesta, veden kantamisesta ja pyykin pesemisestä.

Haastateltavat kertoivat leikkineensä sisarustensa kanssa ja myös vahtineensa heitä. Yleisin leikki oli ollut jalkapallon pelaaminen ja useimmiten pallo oli myös itse tehty, kuten monet muutkin lelut. Lisäksi vapaa-aikana lapset tekivät kotitöitä, kuten tiskasivat, tekivät ruokaa ja pesivät oman pyykkinsä.

2.7 Terveys ja siihen vaikuttavat tekijät

Maailman terveysjärjestö (WHO) määritteli terveyden 1960- luvun alussa täydelliseksi psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Mutta nykyisin terveys käsitetään toimintakyvyksi. Ihminen, jolla on jokin perussairaus kuten diabetes, voi silti toimia terveenä. (Seuri 2002.)

Maputolaisten lasten terveyteen vaikuttavat monet asiat kuten köyhyys, ravitsemus, ympäristö, elinolosuhteet ja erilaiset sairaudet. HIV/ AIDS, malaria, aliravitsemus, ripuli ja erilaiset keuhkosairaudet ovat yleisimmät ongelmat lasten keskuudessa Afrikassa (Söderbäck & Christensson 2008). Vaihdossa ollessa huomasimme, että usein nämä sairaudet myös linkittyvät toisiinsa ja lapsilla saattoi olla useampi sairaus. Keuhkosairauksien osastolla monella lapsella oli sekä HIV että tuberkuloosi.

Haastatteluista saamamme tiedot tukivat Söderbäck ja Christensson (2008) tutkimuksen tuloksia. Kaikki haastateltavat olivat sairastaneet malarian. Vastauksista kävi myös ilmi, että he olivat sairastaneet flunssaa, ripulia, hammassärkyä ja päänsärkyä. Apua näihin vaivoihin he olivat saaneet Maputon keskussairaalasta, joka vastaa Suomen yliopistosairaaloita, sekä terveyskeskuksista, joita on useita Maputon alueella.

2.7.1 Perheen odotukset hoitotyöstä

Söderbäck ja Christensson (2008) tutkivat mosambikilaisen perheen tarpeita, odotuksia ja kokemuksia sairaalahoidosta ja henkilökunnasta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että perheiden alhainen koulutus ja sosiaaliluokka vaikuttivat heidän tietoihin sairaalan tavoista ja käytännöistä. Perheet tarvitsivat paljon tietoa ja tukea, jotta sairaalassa olo helpottui. Heidän odotuksiin, tarpeisiin ja kokemuksiin eivät vaikuttaneet ainoastaan köyhyys vaan myös heidän kotitilanteensa, terveysjärjestelmä ja kulttuurinen arvomaailma. Koti oli vanhemmilla mielessä koko ajan, koska heidän päivänsä kuluivat sairaala hoidossa olevan lapsen luona ja hyvin usein kotona oli toiset lapset odottamassa. Kodinhoito ja

sairaalassa olevan lapsen sisarusten hoito oli vanhempien lasten, isovanhempien, isien tai naapureiden vastuulla. Tutkimuksen tulosten mukaan perheet eivät luottaneet terveysjärjestelmään, joten heillä oli epävarma olo sairaalassa. Tästä syystä perheet yleensä veivät lapsensa hoitoon kansanparantajille eli niin sanotuille poppamiehille. Suurin osa vanhemmista ei halunnut tietää lapsensa sairaudesta ja hoidosta yksityiskohtia, vaan heille tärkein kysymys oli, selviääkö heidän lapsensa. Vanhemmat odottivat sairaalanhenkilökunnalta hyvää hoitoa, aikaa, ystävällistä käyttäytymistä heitä kohtaan ja tukea vieraassa ympäristössä olemiselle.

Havaitsimme harjoittelussa Maputon keskussairaalassa, että perheen merkitys on suuri hoitotyössä. Lasten ollessa sairaalassa äidit olivat yleensä heidän kanssaan. Äitien tehtäviin kuului sairaalassa perushoidosta huolehtiminen, kuten lasten syöttäminen ja peseminen. Hyvin usein äidit olivat sairaiden lastensa vuoteen vieressä ja odottivat hoitohenkilökuntaa paikalle kertomaan heille lastensa tilasta. Äidit joko nuokkuivat sängyn vieressä olevalla tuolilla tai olivat samassa vuoteessa lastensa kanssa. Lasten keuhkosairauksien osastolla oli myös yksityisiä huoneita varakkaimmille perheille. Näissä huoneissa oli kaksi perhettä ja vanhemmilla oli omat sängyt, joissa nukkua.

2.7.2 Aliravitsemus

Aliravitsemuksen osuus lasten sairasteluun ja kuolleisuuteen on noin 50 prosenttia Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa (Ahmad, Ellis, Nesbitt & Molyneux 2008, 1033–1036). Kun lapsi ei saa ravinnosta tarpeeksi proteiineja, energiaa ja hivenaineita, hänellä on aliravitsemus. Ravitsemustila ilmenee painon vähenemisenä ja kasvun hidastumisena. (Duodecim 2010a; Unicef 2010b). Aliravitsemuksesta johtuen lapset sairastuvat helpommin, heidän koulun käyntinsä ja motivaationsa kärsii (Unicef 2010b). Vuosittain koko maailmassa kuolee noin 3.2 miljoonaa lasta aliravitsemukseen ja alipainoisena syntyy noin 18 miljoonaa lasta (World Vision 2010).

Proteiini-energia -aliravitsemus (PEM) on hengen vaarallinen ravitsemustila. Sen seurauksena vastustuskyky heikkenee ja riski saada infektioita kasvaa. Proteiini-energia- aliravitsemus jaetaan kahteen eri muotoon, Kwashiorkoriin ja Marasmukseen. Kwashiorkor on aliravitsemustila, joka johtuu vakavasta proteiinin puutteesta. Tässä aliravitsemustilassa raajoissa on turvotusta, paino on alhainen, kasvu on hidastunut ja kasvot ovat kalpeat. Marasmuksessa on puute sekä proteiinista että energiasta. Näillä lapsilla on yleensä turvonnut maha, kasvot ovat ryppyiset ja lihakset surkastuneet. (Castiglia 1996, 28–30).

Aliravitsemuksen hoidossa ennaltaehkäisy on tärkeää. Ongelmiin olisi puututtava jo raskauden aikana ja viimeistään ennen kolmatta ikävuotta. Jos aliravitsemustilaa ei saada korjattua ennen tätä ikäkautta, aiheuttaa se lapselle pysyviä vammoja. Naisille on tärkeä antaa myös rintaruokintaohjausta. A- vitamiinilisällä ja sinkin saannin tehostamisella on todettu olevan myös vaikutusta ennaltaehkäisyssä. (Koskiniemi 2010).

Haastattelujen ja omien havaintojemme mukaan yleisin ruoka mitä lapset syövät on chima. Kyseessä on maissipuuro, joka keitetään niin tiiviiksi että sen voi syödä sormin. Lähes jokaisen talon pihassa, erityisesti esikaupunkialueella on huhmare, jolla jauhetaan maissi jauhoksi. Chiman lisäksi lapset syövät kanaa, kalaa ja kasviksia. (Laine 2001.)

2.7.3 Ripuli

Ympäristö ja köyhyys vaikuttavat afrikkalaislasten sairastavuuteen. Likainen vesi, huono yleishygienia ja monet suolistoinfektiot aiheuttavat ripulia. (World Health Organization 2001; Laakso 2009.) Vetinen tai löysä uloste määritellään ripuliksi. Ripuli voidaan luokitella akuuttiin tai krooniseen. Akuuttiripuli kestää alle 3 viikkoa ja krooninen yli 3 viikkoa. Yleisin syy ripulille ovat erilaiset suolistoinfektiot. Infektioita aiheuttavat virukset ja bakteerit. Hoitona ripuliin on hyvä neste- ja elektrolyyttitasapainon ylläpito, esimerkiksi oraalisen rehydraation avulla. Lievässä ripulissa voidaan myös käyttää kuituvalmisteita, jotka sitovat nesteitä itseensä. (Nieminen 2007, 697). Ripulin ehkäisyssä on tärkeää puh-

taan veden saanti, hyvä hygienia ja hyvät sanitaatiotilat. Nämä eivät kuitenkaan toteudu maailman köyhimmissä valtioissa ja taudit pääsevät kulkeutumaan ihmisestä toiseen. (Jäppinen 2006.)

2.7.4 Malaria

Malarialle otollinen ilmasto on lämmin ja kostea. Tämän vuoksi suurimmat malaria esiintymät ovatkin Saharan etelä puoleisessa Afrikassa. Malariaa aiheuttaa Anopheles –moskiiton levittämä plasmodi, joka päätyy ihmisen verenkiertoon moskiiton pistäessä ihmistä. Afrikassa malaria on suuri ongelma, sillä joka viides lapsen kuolema johtuu malariasta. Lapset sairastuvat herkästi, koska alle viisi vuotiaiden lasten immuniteetti malariaa vastaan ei ole kehittynyt tarpeeksi. Lapset kuolevat anemiaan malarian tuhotessa punasoluja, lisäksi äitien sairastuminen malariaan raskauden aikana lisää lasten kuolleisuutta, koska lapsilla on alhainen syntymäpaino. (Johansson, Newby, Renshaw &Wardlaw 2007, 5–8.) Malarian itämisaika on yleensä noin kaksi viikkoa ja ensioireena on horkkamainen ja sahaava kuume. Malaria voi aiheuttaa kouristuksia ja tajunnan tason heikkenemistä ja johtaa kuolemaan. Lasten kuolemien määrää voitaisiin vähentää uusilla ja tehokkaammilla malarialääkkeillä. Niitä ei kuitenkaan ole aina saatavilla, vaan hoito tapahtuu vanhemmilla lääkkeillä. (Huovinen 2009a.)

Afrikassa käytetään malarian hoitoon erilaisia lääkeyhdistelmiä, koska aikaisemmin käytössä olleet klorokiinivalmisteet eivät ole enää tehokkaita. Tehokkaimmat lääkkeet ovat tällä hetkellä artemisiinijohdokset ja kiniini. WHO suosittelee artemisiinijohdoksia käytettäviksi muiden malarialääkkeiden kanssa rinnakkain, koska resistenssin uhka lisääntyy. Seuraavat lääkeaineiden yhdistelmät ovat WHO:n suositusten mukaiset malarian hoidossa: artemeetteri + lumefantriini, artesunaatti + amodiakiini, artesunaatti + meflokiini ja artesunaatti + sulfadoksiini + pyrimetamiini. (Siikamäki & Idänpään-Heikkilä 2007, 1287–1291.) Maputossa oli käytössä artesunaatti + sulfadoksiini + pyrimetamiini- yhdistelmä. Näiden tablettien lisäksi lapset saivat paracetamolia kipuihin.

Uusien lääkkeiden haittana on niiden kallis hinta, joihin köyhillä kehitysmailla ei ole varaa. Siksi malarian ennaltaehkäisy on kehitysmaissa tärkeää. (Siikamäki & Idänpään-Heikkilä 2007, 1287–1291.) Ennaltaehkäisyyn onkin viime vuosina panostettu ja on kehitelty uusia hyttysverkkoja, jotka on käsitelty hyönteismyrkyillä. Nämä verkot ovat vähentäneet lasten malariainfektioita. (Fillinger, Ndenga, Githeko &Lindsay 2009, 655-665.) Harjoittelun aikana näimme hyttysverkkoja kodeissa, mutta emme tiedä olivatko nämä juuri näitä verkkoja vai normaaleja hyttysverkkoja. Ennaltaehkäisyssä tärkeää on myös hyttyskarkotteiden ja pitkähihaisten vaatteiden käyttö pimeällä.

2.7.5 HIV/ AIDS

HIV (human immunodeficiency virus= immuuni katovirus) / AIDSn (acquired immunodeficiencysyndrome = hankittu immuunipuutosoireyhtymä) suurin esiintyvyys maailmassa on Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, jossa tautia sairastaa 22,4 miljoonaa ihmistä. Tautiin menehtyy vuosittain sekä aikuisia että lapsia. Lapsia kuoli vuonna 2007 yli 2 miljoonaa. (UNAIDS/ WHO 2009; Unicef 2010a.)

HI- virus on HIV- infektion aiheuttaja. Se tuhoaa T-auttajasoluja (lymfosyyttejä) ja syöjäsoluja (makrofageja), jotka puolustavat elimistöä infektioilta. HIV siirtyy ihmisestä toiseen veren välityksellä, suojaamattomassa sukupuoliyhteydessä, istukan kautta äidistä lapseen ja rintaruokinnassa. Tartuntoja syntyy myös laskimonsisäisten huumeiden käyttäjien keskuudessa, koska usein huumeiden käyttäjät käyttävät yhteisiä ja likaisia neuloja. (Aho & Hiltunen-Back 2007). Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa yleisimmät tartuntatiet ovat suojaamaton hetero-seksi tai äidistä lapseen istukan kautta ja rintaruokinta (UNAIDS/ WHO 2009).

HI- viruksen saaneen ensioireet ovat yleensä kuumeilu, erilaiset tulehdukset iholla ja limakalvoilla. Kun T-auttajasoluja on tuhoutunut jo runsaasti, oireina ovat myös ajoittainen tai jatkuva kuumeilu, painon lasku, ripuli, väsymys ja yöhikoilut. (Aho & Hiltunen-Back 2007). Hoitona HIV- infektioon käytetään 3-4

lääkkeen yhdistelmähoitoja. Lääkkeinä ovat antiviraaliset- ja mikrobilääkkeet. Antiviraalisilla lääkkeillä hidastetaan virusten lisääntymistä ja mikrobilääkkeillä pidetään infektiot kurissa. Lääkkeet ovat lisänneet HIV- henkilöiden elämänlaatua. Lasten HIV:n hoito on erityisen haasteellista, koska sairaus etenee lapsilla nopeasti AIDS- vaiheeseen. Myös halpojen että soveliaiden yhdistelmähoitojen löytyminen lapsille on vaikeaa.(UNAIDS/ WHO 2009.)

Ennaltaehkäisyllä saadaan HIV/ AIDSia vähennettyä. Valistuksella on suuri merkitys ennaltaehkäisyssä sekä objektiivisella tiedon annolla että ehkäisyvälineiden helpolla saatavuudella. (Aho & Hiltunen-Back 2007;Leinikki 2009; UNAIDS/ WHO 2009.) Vaihdossa ollessamme näimme raja- asemilla tarjolla ilmaisia kondomeja. Maputon kaduilla näimme myös käytettyjä kondomeja.

Sitoen (2009) mukaan lapset saavat tietoa HIVstä/AIDSsta TV:n kautta tai koulusta. Vapaaehtoiset käyvät kouluissa kertomassa HIV:stä, sukupuolitaudeista ja seksuaalisuudesta. Näitä asioita käsitellään, kun lapset ovat noin 12- vuoden ikäisiä. Kuitenkaan maputolaiset lapset eivät hänen mukaansa tiedä taudista juuri mitään. Eräs haastattelemamme henkilö kertoi, ettei hän tiennyt HIV:stä/AIDS:sta mitään alle 10-vuotiaana. Saatuamme tietää, että kyseisellä henkilöllä oli oma 7-vuotias lapsi, kysyimme tietääkö lapsi vielä mitään taudista ja hän kielsi lapsen tietävän mitään asiasta.

2.7.6 Keuhkosairaudet

World Health Organisation (2010) tuoreimman raportin mukaan Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa tuberkuloosi yhdessä HIVn kanssa tappaa tuhansia ihmisiä vuodessa. HIV- positiivisista 80 prosenttia sairastaa myös tuberkuloosia heikentyneen vastustuskyvyn vuoksi.

Yleisin tuberkuloosin muoto on keuhkotuberkuloosi, mutta sitä voi esiintyä myös muun muassa luustossa, nivelissä, munuaisissa ja imusolmukkeissa. Yleisin tartuntatapa keuhkotuberkuloosissa on pisaratartunta, muut tuberku-

loosit harvemmin tarttuvat. Tuberkuloosia aiheuttaa sauvabakteeri Mycobacterium tuberculosis. (Liippo 2007, 498−500; Huovinen 2009b.) Myös Maputon keskussairaalassa yleisin tuberkuloosin muoto oli keuhkotuberkuloosi. Oireina keuhkotuberkuloosissa ovat yskä ja yskökset. Diagnoosi taudista tehdään osoittamalla bakteerit yskösnäytteistä ja keuhkokuvilla, joissa näkyy varjostumia. (Huovinen 2009b.) Maputossa diagnosointi tehtiin hyvin pitkälti keuhkokuvien avulla.

Tehokkain hoito tuberkuloosiin on yhdistelmälääkehoito, jossa on käytössä useita lääkkeitä. Yleisimmin hoito aloitetaan kolmella lääkkeellä, joilla pyritään tuhoamaan bakteerit. Tuberkuloosin hoito kestää useita kuukausia, joskus jopa vuoden. Hoidon aikana sairaalassa tuberkuloosipotilaat eristetään muista potilaista, näin saadaan ehkäistyä taudin leviäminen. (Liippo 2007, 500; Huovinen 2009b). Lasten keuhkosairauksien osastolla Maputossa oli oma huoneensa tuberkuloosipotilaille, mutta hoitohenkilökunnan suojautuminen huoneeseen mentäessä ei aina ollut johdonmukaista. Toisinaan he käyttivät suunenäsuojuksia ja toisinaan eivät.

Keuhkokuume oli toinen hyvin yleinen keuhkosairaus, jonka huomasimme vaihdossa ollessa. Tautia aiheuttavat virukset ja bakteerit. Pneumokokkibakteeri aiheuttaa keuhkokuumeen yleensä kouluikäisille lapsille, kun taas virukset ovat pienempien lasten taudin syynä. Oireina keuhkokuumeessa ovat kuume, yskä, nopea tai vaikea hengitys ja ruokahaluttomuus. Varsinkin lapsen ollessa hyvin väsynyt ja hänen tulehdusarvojen ollessa koholla on syytä epäillä keuhkokuumetta. Diagnosointi tehdään keuhkoja kuuntelemalla ja keuhkokuvasta. (Jalanko 2009; World Health Organization 2009.) Maputossa diagnosointi tehtiin myös keuhkokuvien avulla, joita lääkärit näyttivät meillekin. Hoitona käytetään antibiootteja, mutta vain alle 20 prosenttia lapsista saa tarvittavia lääkkeitä. Lapset, joilla on huono immuunipuolustus, saavat herkästi keuhkokuumeen ja menehtyvät tautiin. (World Health Organization 2009). Maputossa monilla lapsilla oli keuhkokuume ja HIV, joten näiden lasten paranemisennuste oli huono.

2.7.7 Palovammat

Maputon keskussairaalassa työskennellessämme näimme paljon palovammapotilaita, niin lapsia kuin aikuisia. Haastatellessamme paikallisia ystäviämme ja sairaalan henkilökuntaa, saimme selville, että palovammat ovat hyvin yleisiä Maputossa. Meille kerrottiin, että vanha uskomus ripulin hoitoon on kastaa lapsen takapuoli kuumassa vesiastiassa.

Palovammassa lämpö aiheuttaa kudoksen vaurioitumisen sitä syvemmältä, mitä lämpimämpi ja pitkäkestoisempi on kontakti kudokseen. Palovammat jaetaan kolmeen eri asteeseen vaurion perusteella. Ensimmäisen asteen palovammassa iholla on kipua ja punoitusta mutta ei rakkuloita. Alue parantuu melko nopeasti. Toiseen asteen palovammassa ihon pintakerros vaurioituu pysyvästi ja ihoon muodostuu rakkuloita. Kolmannen asteen palovammassa vaurio ulottuu ihonalaisiin kudoksiin asti ja iho on pahasti tuhoutunut. Palovammojen laajuutta kuvataan yleensä prosenttilukuina eli kuinka monta prosenttia ihon pinnasta on vaurioitunut. (Saarelma 2009.)

Albertyn, Bickler & Rode (2006) tutkivat lasten palovammoja Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa. Tutkimuksen mukaan Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa lasten palovammat syntyvät joko kotona tai kodin läheisyydessä. Kodit ovat usein pieniä, joissa ei ole tilaa erikseen ruuan valmistukseen ja nukkumiseen. Usein nukutaan aivan tulisijan lähellä, jossa valmistetaan ruoka ja joka samalla lämmittää asuntoa. Yöllä nukkuessaan ihmiset saattavat unissaan kääntyä tulisijan päälle. Tutkimuksen mukaan ja haastattelujemme perusteella saimme kuulla, että epilepsian seurauksena syntyy palovammoja. Ihmisen saadessa epilepsia kohtauksen, hän voi hyvin helposti kaatua avotulen päälle pienessä asunnossa. Epilepsiakohtauksia tulee usein koska, ihmiset käyttävät mieluummin kansanparannuslääkkeitä hoitona kuin lääketieteellistä epilepsialääkitystä.

Lääketieteellisenä hoitona käytetään suonensisäistä nesteytystä, haavan hoitoa, antibiootteja, leikkauksia ja fysioterapiaa. Lääketieteellisen hoidon rinnalla Afrikassa on myös perinteiset kansanparannushoidot. Suurin osa palovammoista hoidetaan juuri perinteisillä tavoilla. Palovammojen hoidossa käytetään muun muassa voita, palmuöljyä, raakaa kananmunankeltuaista, kasvien nesteitä sekä lehtiä ja erilaisia yrttejä. (Albertyn, Bickler & Rode 2006, 605−612)

Näimme Maputon keskussairaalan lasten kirurgisella osastolla palovammojen hoitoa, mikä oli lapsille todella kivuliasta. Lapset saivat aamulla annoksen paracetamolia ja kävivät sen jälkeen useimmiten äidin avustuksella peseytymässä. Itse palovammojen hoito saattoi olla vasta iltapäivästä. Vammoja hoidettiin siten, että puhtaat siteet vaihdettiin likaisten tilalle ja kuollutta ihoa otettiin pois. Haavoihin laitettiin hopeasulfadiatsiiniä estämään niiden märkimistä ja sillä hoidetaan myös infektoituneita alueita (Duodecim 2010b). Hoitona oli myös vesifysioterapiaa. Siinä pesulavetille laitettiin vettä ja hoitohenkilökunta alkoi taivutella potilaan jäseniä. Hoidon tavoitteena oli pitää potilaan palohaava kosteana ja liikkuvana.

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA ARVIOINTI

Opinnäytetyön toteutimme projekti- eli hanketyöskentelyllä. Projektityöskentelyllä on päämäärä, joka pitää toteuttaa sille annetussa ajassa. Projektilla on myös selkeät tavoitteet, joihin pyritään. Projektia varten perustetaan oma työryhmä, jolla on käytössä määritetyt resurssit. (Silfverberg 2007, 21; Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 25- 26.)

Projekti voidaan jakaa 3−9 vaiheeseen. Heikkilä ym. (2008, 58) kuvaavat projektin seuraaviin vaiheisiin; ideointi- ja esisuunnitteluvaihe, suunnitteluvaihe, käynnistysvaihe, toteutusvaihe, päättämisvaihe (tulosten esittäminen), arviointivaihe, käyttöönotto- ja seurantavaihe. Käytämme näitä vaiheita opinnäytetyömme etenemisen kuvaamiseen, käyttöönotto- ja seurantavaihe eivät kuitenkaan sisälly tähän raporttiin, koska opas otetaan käyttöön vasta tämän raportin julkaisun jälkeen.

3.1 Ideointi- ja esisuunnitteluvaihe

Ideointi- ja esisuunnitteluvaiheessa on tärkeää perehtyä huolella annettuun aiheeseen sekä muihin vastaaviin projekteihin. Tällä perehtymisellä vältetään se, ettei aihe jää liian pinnalliseksi. Tässä vaiheessa työskentelyä on tärkeää ilmaista ideoita, koska se selkiyttää ajatustyöskentelyä. (Heikkilä ym. 2008, 60- 63). Itse tutustuimme aikaisempiin opinnäytetöihin, joista saimme selville, mitä tietoa Mosambikista on jo olemassa koulussamme.

Kun on löydetty käyttökelpoinen idea, aletaan työstää esisuunnitelmaa. Esisuunnitelman tarkoituksena on hahmottaa työn tavoitteet ja tarpeellisuus sekä budjetti. Opinnäytetyömme esisuunnitelma vaiheessa kirjoitimme ideapaperin ja lähdimme opiskelijavaihtoon Mosambikiin. Esisuunnitteluvaiheeseen kuuluu ohjaussopimuksen tekeminen ja teimme sen Savonia-ammattikorkeakoulun Kuopion terveysalan yksikön kansainvälisen toimiston kanssa.

Esisuunnitteluvaiheessa on mahdollisuus käyttää apuna SWOT- analyysia, jolla arvioidaan työn vahvuudet (Strenghts), heikkoudet (Weaknesses), mahdollisuudet (Opportunies) ja uhat (Threaths). SWOT- analyysi on nelikenttäanalyysi, jossa analysoidaan projektia sisäisten ja ulkoisten tekijöiden kautta. Vahvuudet ja heikkoudet kuuluvat sisäisiin tekijöihin, joihin voidaan vaikuttaa. Mahdollisuudet ja uhat kuuluvat taas ulkoisiin tekijöihin, jotka tulevat ympäristöstä. (Heikkilä ym. 2008, 60- 63.)

Vahvuutenamme oli oma mielenkiinto opinnäytetyön aihetta kohtaan, pääsimme itse havainnoimaan läheltä maputolaisen lasten elämää. Olemme molemmat luonteeltamme ulospäin suuntautuneita ja sosiaalisia ja nämä piirteet auttoivat meitä saamaan kontaktin paikallisiin. Heikkoutena pidimme vähäistä portugalin kielen osaamista ja tästä mahdollisesti johtuvia väärinymmärryksiä. Heikkoutena voi olla myös oma kulttuurinen taustamme, jonka pohjalta tarkastelimme mosambikilaista kulttuuria.

Mahdollisuutena pidimme mosambikilaisia ihmisiä, jotka ovat välittömiä ja ystävällisiä. He olivat halukkaita osallistumaan meidän opinnäytetyöhömme. Uhkana koimme haastatteluiden niukkuuden ja Mosambikissa viettämäämme ajan, joka oli rajallinen (kolme kuukautta). Meidän piti lyhyessä ajassa kerätä tarvittava tieto ja materiaali. Pidimme uhkana myös sitä, että omat havaintomme perustuivat vuoteen 2009 kun taas haastateltavien kuvaamat tapahtumat sijoittuivat 10−20 vuoden taakse, koska haastateltavat olivat iältään 21−32 -vuotiaita. Tästä johtuen meidän havainnot ja haastattelussa kuvatut asiat eivät välttämättä kohdanneet. 10 vuodessa ihmisten hyvinvointi on parantunut ja elämänkulkukin hieman muuttunut. Keräsimme lähdemateriaalia myös muista Afrikan maista (Etelä- Afrikka, Tansania, Kenia), joten tiedon yhdistäminen oli haasteellista ja koimme sen uhkana.

3.2 Suunnitteluvaihe

Projektityöskentelyn tärkein vaihe on suunnitteluvaihe. Siihen käytetty aika vähentää tulevia ongelmia ja säästää rahaa. Suunnitelman avulla asiat tehdään oikealla tavalla, oikeaan aikaan ja käytettävien resurssien mukaan. (Heikkilä ym. 2008, 68- 69). Suunnitteluvaiheeseen kuuluu projektisuunnitelman teko, jossa pitää käydä ilmi projektin tausta, tarve, toteutus, tavoitteet, tarkoitus ja tuotos (Silfverberg 2007, 76- 88). Teimme opinnäytetyön suunnitelman keväällä 2010.

Tietoa aiheesta hankimme eri lähteiden, haastatteluiden ja haastattelulomakkeen (liite 1), havainnoinnin ja valokuvauksen avulla. Valitsimme lomakehaastattelun, koska koimme että meidän on helpompi haastatella ihmisiä, jos he näkevät kysymykset myös kirjallisena. Kysymykset lomakkeessa olivat avoimia kysymyksiä, jotta vastaajalla oli mahdollisuus kertoa mitä he todella ajattelevat (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 196). Haastattelulomake oli englanninkielinen ja halusimme sen avulla selvittää millaista elämää haastateltavat olivat eläneet olleessaan 7− 12 vuotiaita. Harjoitteluiden aikana Maputossa kokosimme työn tietoperustaa. Haastattelimme kolmea (3) henkilöä haastattelulomakkeen avulla. Nämä kolme henkilöä olivat autonkuljettaja, lähihoitaja ja sairaanhoitajaopiskelija. Haastattelimme terveysalan opettajaa kysellen aremmista aiheista kuten seksuaalisuudesta ja perheiden sisäisistä suhteista. Haastattelimme myös suomalaista sosionomi-opiskelijaa, joka oli harjoittelussa eräässä Maputon orpokodissa. Maputossa olonaikana havainnoimme ympäristöä ja teimme huomioita lapsista.

Etsimme tietoa eniten Cinalh- tietokannasta. Hakusanoina käytimme työssä olevia keskeisiä sanoja joita ovat muun muassa Mosambique, Maputo, Africa, child, HIV/ AIDS, malaria, child labour ja education. Tietoa etsiessämme huomasimme Internetin olevan tärkein tiedonlähde. Hyödynsimme paljon myös eri järjestöjen kuten WHO ja UNICEF Internet-sivuja. Näiltä sivuilta löysimme paljon ajankohtaisia raportteja työhömme.

Suunnitteluvaihe loppuu projektisuunnitelman valmistuessa. Tämän vaiheen jälkeen anoimme tutkimusluvan koulutuspäällikkö Marja Kopelilta.

3.3 Työn käynnistys ja toteutus

Projektisuunnitelman hyväksymisen jälkeen alkaa työnkäynnistys. Käynnistämisvaiheessa on tärkeää, että kaikilla projektiin osallistujilla on samat tavoitteet, toimintatavat ja aikataulu. Käynnistysvaiheessa valitaan ohjausryhmä, joka valvoo projektia. Ohjausryhmä koostuu ihmisistä, jotka ovat sitoutuneita tehtävään, kiinnostuneita projektin tuloksista ja toiminnasta. Pieni ohjausryhmä on ihanteellinen asioiden sujuvuuden kannalta. (Heikkilä ym. 2008,91−98.) Meidän opinnäytetyön ohjausryhmä koostuu ohjaavasta opettajasta, joka ohjaa ja valvoo työmme edistymistä sekä opponenteista, jotka antavat meille palautetta työn erivaiheissa.

Toteutusvaiheessa aletaan toteuttaa itse työtä. Tässä vaiheessa otetaan suunnitelmat käyttöön ja ratkaistaan ongelmia. Tällä tavoin saavutetaan työn tulokset. Toteutusvaihe koostuu työnorganisoimisesta, henkilöstön- ja sidosryhmien sitouttamisesta, tiedonhankinnasta, tuottamisesta, seurannasta, valvonnasta, arvioinnista, dokumentoinnista ja viestinnästä (Heikkilä ym. 2008, 99−120). Jaoimme osan aihealueista keskenään, näin pystyimme työstämään itsenäisesti opinnäytetyötä. Kuitenkin pääsääntöisesti teimme työtä yhdessä.

Toteutusvaiheessa aloimme käydä läpi haastattelujamme, joita keräsimme vaihdossa ollessa. Haastattelumateriaali jäi odotettua niukemmaksi, koska paikallisiin ihmisiin tutustuminen vei oman aikansa. Kuitenkin saamamme materiaali tuki omia havaintojamme. Tässä vaiheessa aloimme työstää opinnäytetyön raporttia ja opasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas, joka on kuvaus maputolaisen lapsen elämästä 7−12-vuotiaana. Aihealueet joita kävimme oppaassa läpi, olivat Mosambik ja sen pääkaupunki Maputo, perhe, koulutus, vapaa-aika ja työnteko sekä terveys ja siihen vaikuttavat tekijät.

Hyvän oppaan lähtökohtana on huomioida kohdeyleisö. Opas aloitetaan tärkeimmästä asiasta ja edetään loogisesti eteenpäin. Oppaan on hyvä olla selkeä ja teksti sujuvaa. Otsikoilla kerrotaan lukijalle oppaan sisällöstä ja ne johdattavat lukijaa eteenpäin. Otsikon jälkeen ensimmäisen lauseen pitää avata lukijalle mistä otsikko kertoo. Näin lukija pääsee joustavasti etenemään tekstissä. Kuvat ovat myös yksi tärkeimmistä tekijöistä oppaissa. Ne selkeyttävät tekstiä ja pitävät lukijan mielenkiintoa yllä. Kuvatekstit kertovat usein lisää mitä kuvasta ei osaa lukea. Ne ovatkin hyvä havainnollistamisen keino. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 36−60.)

Opasta tehdessämme otimme yllä mainitut asiat huomioon. Mietimme kenelle teemme opasta, mitä tietoa he tarvitsevat ja mitä itse koimme vaihdossa ollessamme. Otsikot ovat lyhyitä ja ytimekkäitä, joilla annamme lukijalle napakan tiedon. Kuvat ovat tärkeässä asemassa työssämme, käytämme niitä paljon. Koimme, että kuvilla saamme lisättyä informaatiota oppaaseen. Henkilöiden yksityisyyden suojaamiseksi, olemme peittäneet valokuvissa olevien henkilöiden silmät.

3.4 Päättämisvaihe ja arviointi

Heikkilä ym. (2008, 121) kuvaavat päättämisvaiheen toimintoja seuraavasti; tuotoksen luovuttaminen asiakkaalle, asiakkaan hyväksynnän varmistaminen, dokumentoinnin saattaminen päätökseen, projektin arviointi ja lopullisen raportin laadinta. Arviointia tapahtuu koko projektin ajan, aina jokaisen vaiheen lopussa. Mutta projektin lopussa tapahtuu kokoava arviointi, jossa arvioidaan koko projektin toteutusta. Viimeinen vaihe projektityöskentelyssä on tulosten käyttöönotto ja seuranta. (Heikkilä ym. 2008, 127,132). Säännöllisin väliajoin opinnäytetyön ohjaaja on lukenut työtämme ja arvioinut sen sisältöä. Kokoavan arvioinnin työstämme tekevät ohjaava opettaja, opponentit ja ulkopuolinen arvioitsija. Esittelemme työn opinnäytetyöseminaarissa, jossa saimme palautteet suullisesti ja kirjallisesti.

Kehitimme opasta luettamalla sitä muilla terveysalan opiskelijoilla. Pyysimme palautetta Savonia- ammattikorkeakoulun opiskelijoilta, jotka ovat käyneet Maputossa ja vastakohtaisesti heiltä, jotka eivät ole käyneet. Näin saimme monipuolista, kehittävää ja eri näkökulmat huomioon ottavaa palautetta. Saamamme palautteen mukaan opas oli selkeä ja monipuolinen. Korjausehdotuksina olivat kielioppivirheet. Ohjaava opettajamme Helena Pennanen on itsekin käynyt usein Maputossa, joten hänellä on myös tietoa ja taitoa arvioida työtämme.

4 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli pitkä prosessi, joka alkoi jo ennen kuin lähdimme vaihtoon keväällä 2009. Työn tekeminen oli kuitenkin hyvin opettavaista ja ennen kaikkea mielenkiintoista. Työtämme ohjasi osaltaan kansainvälisen toiminnan palvelustrategia (2009), johon kuuluu monikulttuurisuus ja elämyksellinen oppiminen. Mielestämme onnistuimme tuomaan työhön monikulttuurisen näkökulman. Pääsimme tavoitteisiimme, joita olivat tiedon antaminen lasten elämästä ja siihen vaikuttavista tekijöistä vaihtoon lähteville hoitotyön- ja ensihoidon koulutusohjelmien opiskelijoille. Auttaa heitä kohtaamaan erilaisia asioita vaihdossa. Tiedon kokosimme oppaaseen, joka tulee olemaan saatavilla Savonia-ammattikorkeakoulun Kuopion terveysalan yksikön kansainvälisessä toimistossa. Meistä oli tärkeää tehdä opas tuleville opiskelijavaihtoon lähteville. Oma henkilökohtainen tavoite meillä oli syventää kulttuurista tietoamme ja osaamistamme. Tähänkin tavoitteeseemme pääsimme ja tavoite tulee toteutumaan tulevaisuudessa työskennellessämme sairaanhoitajina. Oppaassa käytimme paljon valokuvia ja kuvasimme rehellisesti kokemaamme. Työssämme kuvastuu myös kansainvälinen hoitotyö, joka noudattaa Savonia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan opetussuunnitelman (2007) linjaa. Työssämme korostuu myös uutuusarvo, koska Savonia-ammattikorkeakoulussa ei ole aikaisemmin tehty tämän tyyppistä opinnäytetyötä.

4.1 Käyttökelpoisuuden tarkastelu

Tuotoksena työssämme oli opas kansainväliseen vaihtoon lähteville opiskelijoille. Hyvän oppaan kriteerit ovat selkeys, tekstin sujuvuus ja asioiden eteneminen loogisesti (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 36−60). Oppaan käyttökelpoisuutta arvioitiin terveysalanopiskelijoilla. Kysymästämme palautteesta kävi ilmi, että oppaamme oli selkeä. Saimme lisäksi huomioita kieliasusta sekä idean, että voisimme liittää oppaaseen mukaan jonkinlaisen tarinan. Itsekin olimme miettineet tarinaa jo aikaisemmin, mutta hylkäsimme sen silloin. Palautteen saatuamme päätimme kuitenkin liittää oppaaseen fiktiivisen

tarinan. Halusimme tarinan kautta tuoda asioita ilmi lapsen näkökulmasta. Opasta tehdessämme mietimme mitä tietoa itse olisimme halunneet saada vaihtoon lähtiessämme, näitä asioita käymme oppaassa läpi.

Hankaluutena meillä oli miettiä miten jäsentelemme asioita ja mikä on loogi-nen järjestys. Aluksi käsittelimme oppaassa yleistietoa Mosambikista, tämän jälkeen kävimme läpi Maputon ympäristöä ja maputolaista perhettä. Lisäksi kuvasimme lapsen terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä lapsen koulu-tusta ja vapaa -aikaa. Oppaassa kuvat ovat tärkeässä asemassa, ne voivat usein kertoa enemmän kuin teksti (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 36−60). Laitoimme oppaaseen kuvia lisäämään sen elävyyttä sekä selkeyttä-mään tekstiä. Oppaaseen oli vaikea rajata aihealueita ja laajuuksia, koska tietoa oli runsaasti. Aiheen laajuuden vuoksi rajasimme työn koskemaan pel-kästään Maputoa. Se on yleisin vaihto-opiskelijoiden harjoittelukohde, kun lähdetään vaihtoon Mosambikiin. Opasta pyrimme selkeyttämään, kun emme tuoneet siinä esille kaikkea tietoa mitä raportissa on.

Kehittämistyössä kuten muissakin tutkimuksissa täytyy huomioida työn eetti-syys. Tieteelliseen ja toimintakäytäntöön on huomioitava eettisyyttä arvioita-essa. Juridisesti pitää huomioida tutkittavien henkilöiden suostumus tutkimuk-seen. Heitä tulee informoida huolellisesti ja rehellisesti, jotta he tietävät mihin antavat suostumuksensa. (Heikkilä ym. 2008, 43—49.) Kerroimme haastatel-taville, mitä olemme tekemässä ja että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen hävitämme käytetyn aineiston.

Käytimme oppaassa kuvia joihin meillä oli lupa kuvattavilta tai heidän huoltajil-taan. Emme tuo oppaassa ilmi ketä valokuvissa on ja piilotimme heidän sil-mänsä, jotta heidän henkilöllisyytensä ei paljastu. Pyrimme tekemään työn loukkaamatta ketään. Eettistä oli myös se, ettemme verranneet maputolaisten lasten ja länsimaalaisten lasten elämää keskenään. Eettisesti on myös hyvä huomioida tekijänoikeudet, kun käytetään internetistä otettuja kuvia. Olisimme halunneet liittää opinnäytetyöhön karttoja havainnollistamaan tekstiä. Emme voineet niitä kuitenkaan hyödyntää, koska tekijänoikeudet ja arvokkaat käyttö-oikeusmaksut estivät sen.

Lähteiden luotettavuus ja eettisyys tulee myös huomioida opinnäytetyötä tehdessä (Heikkilä ym. 2008, 44). Käytimme työssämme paljon Internet lähteitä, koska ajankohtainen tieto löytyy yleisin sieltä. Arvioimme haettua tietoa kriittisesti ja otimme työhömme lähteeksi vain luotettaviksi tunnistamiamme julkaisuja. Luotettavuutta arvioimme lähteiden tuoreuden ja julkaisijan luotettavuuden perusteella. Kiinnitimme huomiota myös kirjoittajaan ja päivityksiin. Käyttämämme lähdeaineisto on pääosin 2000- luvulta, mikä lisää luotettavuutta, sillä tieto muuttuu ja uusia ohjeistuksia ja tutkimuksia tulee jatkuvasti. Vanhempien lähteiden käyttöä harkitsimme tarkkaan, mutta olemme ottaneet joitakin lähteitä myös 1990- luvulta, koska katsoimme tiedon tarpeelliseksi ja muuttumattomaksi aihettamme ajatellen.

SWOT-analyysin avulla pohdimme heikkouksia, vahvuuksia, mahdollisuuksia ja uhkia (Heikkilä ym. 2008, 60- 63). Tämä kartoitus auttoi meitä, miten voimme työtämme tehdä. Onnistuimme selvittämään realistisesti omat heikkoutemme, vahvuuteemme, uhkamme ja mahdollisuutemme. Heikkoutenamme oli portugalinkielen vähäinen osaaminen ja välillä se hankaloitti kommunikointia paikallisten kanssa. Mielenkiinto opinnäytetyön aihetta kohtaan oli vahvuutenamme ja se säilyi lähes koko työprosessin ajan. Mosambikilaiset olivat ystävällisiä ja välittömiä, mikä auttoi meitä tutustumaan heihin. Uhkana oli kuitenkin ajan vähyys, koska emme ehtineet saada riittävästi haastattelumateriaalia. Koimme, että haastateltavaa pitää tuntea hiukan, jotta voimme kysellä hänen elämästään. Toinen uhkana kokemamme asia oli se, etteivät meidän havainnoit ja haastateltavien kokemukset kohtaa. Asia osoittautui kuitenkin vääräksi, koska havaintomme ja haastateltavien kokemukset olivat samanlaiset.

4.2 Opinnäytetyönprosessi ja asiantuntijuuden kehittyminen

Opinnäytetyön tekeminen opetti meille projektityöskentelyä ja sen eri vaiheita. Tämä työ antoi meille varmuutta lähteä tekemään uusia mahdollisia projektitöitä. Työ selkeytti, että opinnäytetyön työstäminen on pitkä aikainen prosessi. Tämän prosessin aikana työn nimi muuttui ja kehittyi useasti. Opinnäytetyö oli

haastavaa tehdä opiskelijavaihdossa ollessa, koska ympäristö oli vieras ja itse opinnäytetyön tekeminenkin oli uutta. Positiivisena asiana prosessissa koimme, että saimme yhdistettyä opiskelijavaihdon ja opinnäytetyön työstämisen yhtä aikaa. Näin saimme hyödynnettyä käytettävissä olevan ajan tehokkaasti.

Sairaanhoitajan ammatillinen asiantuntijuus perustuu eettiseen toimintaan, terveyden edistämiseen, hoitotyön päätöksen tekoon, ohjaukseen ja opetukseen, yhteistyöhön, tutkimus- ja kehittämistyöhön sekä johtamiseen, monikulttuuriseen hoitotyöhön, yhteiskunnalliseen toimintaan, kliiniseen hoitotyöhön ja lääkehoitoon (Savonia- ammattikorkeakoulu 2007, 5). Opinnäytetyömme tuo esille näistä monikulttuurista hoitotyötä ja opetusta. Itsellemme tulevina sairaanhoitajina työ opetti tutkimus- ja kehittämistyötä.

Opinnäytetyön tekeminen opetti meille paljon tiedonhakutaitoja ja lähteiden luotettavuuden arviointia sekä vieraskielisten lähteiden etsimistä. Oma tietämyksemme kasvoi monikulttuurisessa hoitotyössä. Pystymme ymmärtämään paremmin eri kulttuureista tulevien ihmisten eroja, kuten miksi eri kulttuureissa toimitaan eri tavoin. Opimme myös paljon lasten sairauksista, joita esiintyy Maputossa. Tulevassa ammatissa pystymme hyödyntämään näitä tietoja, koska suomalaiset matkustavat ympäri maailmaa ja Suomeen saapuu pakolaisia ja maahanmuuttajia. Söderbackin ja Christenssonin (2008) tutkimus muistutti meitä siitä, kuinka tärkeää on huomioida omaiset hoitotyössä. Antaa heille aikaa, ymmärrystä ja tietoa. Mosambikissa työskentely kasvatti meitä ammatillisesti mutta myös ihmisinä. Työn tekemisen myötä meidän vuorovaikutustaidot ovat parantuneet, olemme joutuneet sovittamaan aikatauluja yhteen ja tekemään kompromisseja. Myös englanninkielen taito sekä sanasto ovat kehittyneet työtä tehdessä. Lisäksi englanninkielisten tekstien lukeminen on helpottunut.

4.3 Jatkohaasteet

Maputo kehittyy koko ajan ja uskomme, että oppaan päivitys on tarpeen muutamien vuosien kuluttua. Työmme sisältöä voi myös laajentaa, jouduimme jättämään paljon mielenkiintoisia asioita pois. Tulevat vaihtoon lähtijät voisivat myös tehdä yhteistyötä mosambikilaisten kanssa. Esimerkiksi Maputon keskussairaalaan voisi tehdä perehdytyskansion sinne saapuville vaihto-opiskelijoille.

LÄHTEET

Ahmad, S., Ellis, J., Nesbitt, A & Molyneux, E. 2008. Pericardial effusions in children with severe protein energy malnutrition resolve with therapeutic feeding: a prospective cohort study. Archives of Disease in Childhood 93 (12), 1033-1036.

Aho, K. & Hiltunen-Back, E. 2007. HIV- tartunta, Terveellistä seksiä. Duodecimin verkkosivuilta. Viitattu 23.08.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes00009

Albertyn, R. Bickler, S.W. & Rode, H. 2006. Paediatric burn injuries in Sub Saharan Africa- an overview. Burns 32, 605−612.

Castiglia, P.T. 1996. Protein- Energy Malnutrition (Kwashiorkor anf Marasmus). Journal of Pediatric Healt Care 10, 28-30.

Central Intelligence Agency. 2010. The World Factbook. Central Intelligence Agencyn (CIA) verkkosivut. Päivitetty 24.03.2010. Viitattu 19.08.2010. https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mz.html

Dal Maso, N. 2009. Sosionomi –opiskelija. Mosambik. Haastattelu 1.9.2009.

Duodecim. 2010a. Terveyskirjasto. Aliravitsemus. Terveyskirjaston verkkosivut. Viitattu24.08.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00123

Duodecim. 2010b. Terveyskirjasto. Flamazine. Terveyskirjaston verkkosivut. Viitattu14.09.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=105&p_artikkeli=far04308&p_teos=far&p_selaus=

Eronen, S., Kanninen, K., Katainen, S., Kauppinen, L., Lädesmäki, M., Oksala, E. & Penttilä, M. 2001. Persoona kehityspsykologia. Kouluikäinen on toimelias oppija. Helsinki: Edita Oyj.

Fillinger, U., Ndenga,B., Githeko, A. &Lindsay, SW. 2009. Integrated malaria vector control with microbial larvicides and insecticide-treated nets in western Kenya: a controlled trial. Bulletin of the World Health Organization 87(9): 655-665.

Himberg, L., Laakso, J., Näätänen, R., Peltola, R. & Vidjeskog. J. 2003. Kehittyvä ihminen psykologia 2. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S., **Remes, P. & Sajavaara, P.** 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittyminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Porvoo: WSOY,17-26, 57-135.

Huovinen, P. 2009a. Malaria. Terveyskirjaston verkkosivut. Viitattu 22.08.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00620

Huovinen,P. 2009b.Tuberkuloosi.Terveyskirjaston verkkosivut. Viitattu 23.08.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00611

Instituto Nacional de Estatística. 2006. O País: Mozambique. Instituto Nacional de Estatístican verkkosivut. Viitattu 31.03.2010.
http://www.ine.gov.mz/Ingles/Ingles/o_pais/painel_o_pais

Jalanko,H. 2009. Keuhkokuume lapsella. Terveyskirjaston verkkosivut. Viitattu 24.08.2010.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00425&p_haku=keuhkokuume

Johansson, E. W., Newby, H., Renshaw, M. &Wardlaw, T. 2007. Malaria and children. Progress in intervention coverage. UNICEF:n verkkosivut. Viitattu 05.04.2010. http://www.unicef.org/health/files/MalariaOct6forweb_final.pdf

Juntunen, A. 2010. Monikulttuurinen terveydenedistäminen lapsuudessa. Teoksessa P. Abdelhamid, A. Juntunen & L. Koskinen (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 201–211.

Jäppinen, S. 2006. Puhtaan veden puute lapsikuolleisuuteen. Kehitysyhteistyö palvelujen verkkosivuilta. Päivitetty 2.10.2006. Viitattu 05.04.2010. http://www.kepa.fi/uutiset/5308/

Kansainvälisen liikkuvuuden ja yhteistyön keskus CIMO.2010a. NORTH-SOUTH-SOUTH Higher Education Institution Network Programme. Kansainvälisen liikkuvuuden ja yhteistyön keskus CIMOn verkkosivut. Päivitetty 16.2.2010**.** Viitattu 25.02.2010. http://www.cimo.fi/Resource.phx/cimo/apurahat/verkkoyht/north-south-south.htx

Kansainvälisen liikkuvuuden ja yhteistyön keskus CIMO.2010b. Mosambik Info. Kansainvälisen liikkuvuuden ja yhteistyön keskus CIMOn verkkosivut. Päivitetty 10.08.2009. Viitattu 19.03.2010. http://www.cimo.fi/dman/Document.phx/~public/Maatietopankki/mosambik.html

Korpela, H. 2010. Tiedot Mosambikiin vaihtoon lähteneistä vuosina 2003-2010. 20.2.2010. Savonia –ammattikorkeakoulu. Haastattelu. Kuopio.

Korsikko, S. 2010. Tiedot Mosambikiin lähtijöistä vuosina 2010 -2012. 02.03.2010. Savonia –ammattikorkeakoulu. Sähköposti viestit. Kuopio.

Koskiniemi, S. 2010. Lapsikuolemat edelleen maailmanlaajuinen taakka. Suomen YK-liiton verkkosivut. Viitattu 1.9.2010. http://www.ykliitto.fi/tiedottaa/uutiset/lapsikuolemat_edelleen_maailmanlaajuinen_taakka

Laakso, T. 2009. Likainen vesi sotia suurempi tappaja. Ulkoasiainministeriön verkkosivut. Päivitetty 19.03.2009. Viitattu 20.03.2010. http://global.finland.fi/public/default.aspx?contentid=86388

Laine, P. 2001. Mosambikilaisen keittiön antia. Kehitysyhteistyön palvelukeskuksen kepan verkkosivut. Viitattu 4.9.2010. http://www.kepa.fi/kumppani/arkisto/2001_1/1530

Leinikki, P. 2009. HIV-infektio ja AIDS. Terveyskirjaston verkkosivut. Viitattu 23.08.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00123

Liippo, K. 2007. Tuberkuloosi. Mäyränpää, M. (toim.) Therapia Fennica. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 498–500.

Nieminen, U. 2007. Ripuli. Mäyränpää, M. (toim.) Therapia Fennica. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 697.

Penttinen, P. 2002. Elämänpoliittiset valinnat elämänkulussa. Viitattu 27.04.2010 http://elamankulku.jyu.fi/pdf/Elamanpol_valinnat.pdf

Saarelma, O. 2009. Palovamma. Duodecimin verkkosivut. Päivitetty 20.07.2009. Viitattu 05.04.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00316

Sarsama, J. 2008. Mosambik: perustieto. Afrikkanetin verkkosivut. Päivitetty 12.03.2010. Viitattu 23.03.2010. http://www.afrikkanet.fi/maat/mosambik/mosambikindex.htm

Savonia-ammattikorkeakoulu. 2007. Sairaanhoitaja (AMK) opetussuunnitelma. Syksy 2007.

Savonia-ammattikorkeakoulu. 2009. Toiminnanohjaus- ja laadunhallintajärjestelmä. Savonia- ammattikorkeakoulun verkkosivut. Päivitetty 25.02.2010. Viitattu 29.04.2010. http://portal.savonia.fi/amk/esittely/toiminnanohjaus/toiminnanohjaus_ja_laadunhallintajarjestelma.pdf

Seuri, M. 2002. Terveys on toimintakykyä. Työterveyslaitoksen verkkosivuilta. Viitattu 04.04.2010. http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkolehdet/Tyoterveiset/2002-04/02.htm

Siikamäki, H. & Idänpään-Heikkilä, J.E. 2007. Mitä uutta malarialääkkeistä? - Uusimmat hoidot eivät ole kaikkien saatavilla eivätkä yksin ratkaise malariaongelmaa. Duodecim 123(11):1287–1291. Viitattu 21.8.2010. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96516&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektisuunnittelun käsikirja. Helsinki: Edita, 21- 33, 74- 96.

Sitoe, L. 2009. Opettaja. Mosambik. Haastattelu 23.3.2009.

Suomen suurlähetystö. 2009a. Mosambik: kehitystä lasten ja naisten tilanteessa. Ulkoasiainministeriön verkkosivut. Päivitetty 21.10.2009. Viitattu 05.04.2010. http://formin.finland.fi/Public/Print.aspx?contentid=178946&nodeid=15317&culture=fi-FI&contentlan=1

Suomen suurlähetystö. 2009b. Tietoa Mosambikista. Suomen suurlähetystön verkkosivut. Päivitetty 28.8.2009. Viitattu 23.03.2010. http://www.finland.org.mz/public/default.aspx?contentid=143099

Söderbäck, M. & Christensson, K. 2008. Family involvement in the care of a hospitalised child : a questionnaire survey of Mozambican family caregivers. International Journal of Nursing Studies 45 (12), 1778-1788.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

Ulkoasiainministeriö. 2006. Mosambik: Kehityksen mittarit. Ulkoasiainministeriön verkkosivut. Päivitetty 08.01.2010. Viitattu 19.03.2010. http://formin.finland.fi/Public/default.aspx?nodeid=17658&contentlan=1&culture=fi-FI

UNAIDS/ WHO 2009. 2009 AIDS Epidemic Update. Viitattu 22.08.2010 http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf

Unicef . 2010a. HIV/ AIDS. Unicef verkkosivut. Viitattu 17.04.2010. http://www.unicef.fi/hiv_aids

Unicef. 2010b. Ravitsemus. Unicef verkkosivut. Viitattu 22.03.2010. http://www.unicef.fi/ravitsemus

Valtonen, L. 2004. Kansanedustajat tutustuivat Mosambikin järjestökenttään. Kehitysyhteistyö palvelukeskuksen verkkosivut. Viitattu 23.03.2010. http://www.kepa.fi/uutiset/3406/

Vilkko-Riihelä, A. 1999. Psyyke- psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY.

World Health Organization. 2001. Water-related diseases. World Health Organizationin verkkosivuilta. Viitattu 24.08.2010. http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/malnutrition/en/

World Health Organization. 2009. Pneumonia. World Health Organizationin verkkosivuilta. Viitattu 24.08.2010. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/en/

World Health Organisation. 2010. Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB). 2010 Global report on surveillance and response. World Health Organization verkkosivut. Viitattu 20.3. 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf

World Vision. 2010. Maailman lasten hiljainen hätä. World Visionin verkkosivut. Viitattu 24.08.2010. http://www.maailma.net/frameset/243006

Yleissopimus lasten oikeuksista. 21.8.1991/1130. Finlex. Viitattu 4.9.2010. http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060

Liite 1. Englannin- kielinen kyselylomake

This is an interview for our thesis. The subject is childhood in Maputo at ages between 7 and 12 years. We want to know what kind of life you have lived in this ages.

This is all confidential and all information is just for us, we won't be using any real names in our thesis. We hope that we can use your stories in our thesis.

Thank you for your answer!

CHILDHOOD INTERVIEW

1) Female / Male

2) Age

3) Where did you live between 7 and 12 years of age? (Rural areas, towns or big cities)

SCHOOL

4) At what age did you start school?
5) Was the school public or private?
6) Was the school free? Or how much did it cost?
7) Did you like to be at school?
8) How many students was in your class?
9) Was there students of different ages in your class? What was the ages?
10) Tell me about the normal schoolday? What time did it start and end. How about the meal/ lunchtime? Did you have breaks between the lessons? And how long did one lesson last for?
11) What subjects did you study?

12) Did anyone tease others? Were there physical or mental violence? Was there any discrimination?
13) What kind of relationship was there between student and teacher?

HEALTH

14) Which kind of diases you had when you were 7-12 years old? Flu, diarrea, pneumonia, malaria, etc.?
15) Where did you get help? (Central hospital of Maputo or somewhere else?)
16) What did you think about HIV, AIDS when you was 7-12 years old. Did you thoughts chance during this time perioid? And how?
17) Did your friends/family members die due AIDS?
18) What kind of food did you eat when you were 7-12 years old?
19) What was your favorite food?
20) Did you have any sexual contacts on these ages?
21) Did you get any sexual information on these ages?

PLAYS

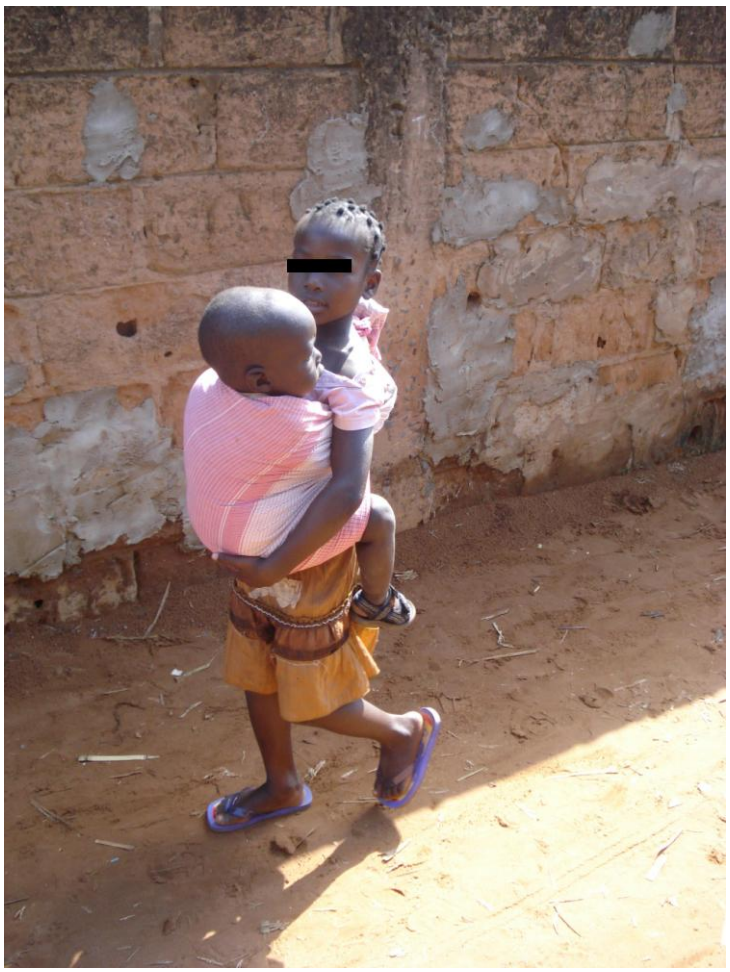
22) What kind of games did you play in your childhood?
23) What kind of toys did you have?
24) Did you play with your parents or your sister/brother?
25) Did you have time to play or did you have to work?
26) What kind of work did you do?

FAMILY

27) Who did belong to your family at ages between 7 and 12? (Mother, father, sisters, grandparents, etc.)
28) If you didn't have mother or father at those ages, what was the reason of their absence?

Liite 2. Opas

KUVAUS MAPUTOLAISEN LAPSEN ELÄMÄSTÄ 7–12-VUOTIAANA



Tiina Hartikainen
Nina Suuronen

Opaskansio / Opinnäytetyö
Syksy 2010
Helena Pennanen
Savonia-ammattikorkeakoulu
Terveysala, Kuopio

LUKIJALLE

Tämä opaskansio on tarkoitettu ensisijaisesti Sinulle, joka olet lähdössä kansainväliseen opiskelijavaihtoon Mosambikiin. Opasta voivat hyödyntää myös muut terveysalan opiskelijat, jotka ovat kiinnostuneita kansainvälisyydestä. Kansion tarkoituksena on antaa tietoa maputolaisen 7−12- vuotiaan lapsen elämästä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Keräsimme aineiston ollessamme kolme kuukautta opiskelijavaihdossa Mosambikin pääkaupungissa Maputossa keväällä 2009. Suoritimme siellä lasten ja nuorten sekä yhteisön terveyden edistämisen harjoittelun. Aineiston keruumenetelminä käytimme havainnointia, valokuvaamista, haastatteluja ja kirjallisuuslähteitä. Oppaassa oleva tietopohja perustuu tekemäämme opinnäytetyön raporttiin. Opaan rinnalla kulkee fiktiivinen tarina 9- vuotiaasta Joao pojasta ja hänen perheestään.

Nina ja Tiina

8.11.2010 Kuopio

SISÄLTÖ

1 TAUSTATIETOA MOSAMBIKISTA JA SEN PÄÄKAUPUNGISTA MAPUTOSTA
2 ELÄMINEN JA ASUMINEN MAPUTOSSA
3 PERHE
4 TERVEYS JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT
    4.1 Aliravitsemus
    4.2 Ripuli
    4.3 Malaria
    4.4 HIV/ AIDS
    4.5 Keuhkosairaudet
    4.6 Palovammat
5 KOULUTUS
6 VAPAA-AIKA JA TYÖNTEKO

1 TAUSTATIETOA MOSAMBIKISTA JA SEN PÄÄKAUPUNGISTA MAPUTOSTA

- Entinen Portugalin siirtomaa
- Itsenäistyi vuonna 1975
- Presidentti Armando Guebuza
- Asukasluku noin 22 miljoonaa
- Virallinen kieli on portugali, useita alkuperäiskieliä kuten makhuwa
- Ilmasto subtrooppinen
- Rahayksikkö metical
- 11 provinssia
- Katolilaisia 23,8 % , muslimeja 17,8 %, siionkristittyjä 17,5 %, muut 17,8 %

Mosambik sijaitsee eteläisen Afrikan itärannikolla. Sen naapurimaita etelässä ovat Etelä-Afrikka ja Swazimaa, lännessä Sambia, Malawi ja Zimbabwe, pohjoisessa Tansania. Itäinen osa Mosambikia on Intian valtameren rannikkoalankoa.Mosambikin pääkaupunki on Maputo, joka sijaitsee maan etelä-osassa Intian valtameren rannikolla. Maputo koostuu kaupungin keskustasta ja esikaupunkialueista.

Kuva 1. Hiekkaan kiinni jäänyt auto

Juhlapäiviä Mosambikissa:

1.1. Uudenvuoden päivä (Dia do Ano Novo)
3.2. Mosambikin sankareiden päivä (Dia dos Herois Mocambicanos)
7.4. Mosambikin naisten päivä (Dia da Mulher Mocambicana)
1.5. Työläisten päivä (Dia dos Trabalhadores)
25.6. Itsenäisyyspäivä (Dia da Independencia)
7.9. Voiton päivä (Dia da Vitoria)
25.9. Mosambikin armeijan päivä (Dia das Forcas Armadas de Mocambique e da Revolucao)
4.10. Rauhan päivä (Dia da Paz)
10.11. Maputon päivä (Dia de Maputo)
25.12. Perheen päivä (Dia da Familia)

Koska tänään 7.4. on virallinen naistenpäivä, ei Joaon äidin tarvitse mennä töihin. Tämä on myös juhlapäivä koko perheelle, koska he saavat olla harvoin yhdessä koko päivää.

Kuva 2. Maputon ranta

Kuva 3. Esikaupunkialueen tytöt myymässä pähkinöitä

2 ELÄMINEN JA ASUMINEN MAPUTOSSA

Maputon keskustassa on:

- Kerrostaloja

Useimmissa kerrostaloissa on vartijat tai ovipojat, jotka huolehtivat etteivät tunkeilijat pääse luvatta ihmisten koteihin. Keskustan kerrostalot ovat usein ulkoapäin huonokuntoisia, mutta sisältä kuitenkin hyvässä kunnossa.

- Asuinalueita omakotitaloineen

Asuinalueet koostuvat hienoista taloista, jotka ovat ympäröity muureilla. Niiden päälle on laitettu piikkilankaa tai särkyneitä pulloja estämään tunkeilijoiden pääsyn pihapiiriin. Useimmissa taloissa on omat vartijat, jotka istuvat talojen edustalla.

Kuva 4. Maputolainen kerrostalo

Esikaupunkialue

Alue on hyvin tiheään asuttua. Samassa pihapiirissä voi asua useita perheitä eläintensä, kuten kanojen ja koirien kanssa. Talot ovat materiaaliltaan peltiä, betonia ja tiiltä. Ne ovat usein melko pieniä, joten suuremman perheen asuessa siellä on tilasta puutetta. Taloista ei välttämättä löydy varsinaista keittiötä, vaan ruoka tehdään usein ulkona. Esikaupunkialueilla on omat vesipisteet, koulut, päiväkodit ja kaupat. Esikaupunkialueiden ympäristöt ovat siistejä, tiet lakaistaan ja roskia ei näkynyt alueella toisin kuin keskustassa.

Joao asuu perheensä kanssa Mavalanen esikaupunkialueella. Joaon ja hänen perheensä koti on pellistä ja tiilistä tehty. Heidän kotinsa on pieni ja he kaikki nukkuvat samassa tilassa. Tulisija on huoneen keskellä ja kaikki nukkuvat sen ympärillä, koska erityisesti talvisin on kylmä.

Kuva 5. Vesipiste Mavalanen esikaupunkialueella

Liikenne

Yleisin julkinen kulkuneuvo, jota paikalliset käyttävät on chapa. Se on pakettiauto, jonka takatilaan on laitettu penkit. Autokyyti maksaa noin 5 meticalia, joka vastaa noin 10 senttiä. Auto otetaan täyteen matkustajia, jolloin saatat istua kanssamatkustajan sylissä. Usein matkaa vauhdittaa iloinen musiikki, jota autoissa soitetaan. Liikenteessä on myös yksityisautoja ja takseja. Liikenne Mosambikissa on vasemmanpuoleista ja hyvin vilkasta. Tietä ylittäessä täytyykin katsoa useampaan kertaan oikealle ja vasemmalle. Tiet ovat huonokuntoisia.

3 PERHE

Joaon perheeseen kuuluvat äiti ja pikkusisko (Victoria) sekä äidin uusi miesystävä. Isäpuolella on alkoholiongelma ja hän on päihtyneenä väkivaltainen. Tästä syystä Joao ja Victoria joutuvat toisinaan pakenemaan kodistaan kadulle.

Samassa perheessä asuu useampi sukupolvi ja pihapiirissä on useita perheitä. Perheet Maputossa ovat monimuotoisia. On ydin-, yksihuoltaja-, ja uusioperheitä. Toisinaan lapset joutuvat orpokoteihin vanhempien kuoltua tai silloin kun perhe/sukulaiset eivät kykene heistä huolehtimaan. Väestöstä 12 prosenttia on orpoja. Orpokodeista lapsia adoptoidaan, mutta toisinaan lapset varttuvat siellä täysi-ikäisiksi asti.

Kodittomat lapset ja puskalapset

Kodittomat lapset asuvat kaduilla ja kerjäävät ruokaa sekä rahaa. Lapset kerjäävät ostoskeskuksien läheisyydessä Osa lapsista ei kuitenkaan ota vastaan heille tarjottua ruokaa vaan pyytävät rahaa. Puskalapset asuvat rannan lähettyvillä olevissa puskissa. Nämä lapset varastelevat saadakseen ruokaa. Köyhyys ja väkivaltaiset vanhemmat ajavat lapset kaduille asumaan. Kun perheissä on paljon lapsia, ei vanhempien varat riitä ylläpitämään kaikkien lasten kustannuksia. Väkivalta kohdistuu usein vanhempiin lapsiin, jotka ovat jo lähteneet kotoa ja palaavat sinne tyhjin käsin. Vanhemmat kurittavat lapsiaan, jotta nämä ymmärtäisivät, ettei tyhjätaskuilla ole mitään asiaa takaisin kotiin, jos eivät itse voi elättää itseään.

Kuva 6. Äidit syöttämässä lapsiaan vastasyntyneiden osastolla

Lapsen jouduttua sairaalaan on perheenjäsenet mukana sairaan lapsen hoidossa. Heidän vastuullaan on lapsen perushoito eli syöttäminen ja peseminen. Yleensä äiti on lapsen vierellä sairaalassa, mutta lapsen seurana voi olla myös isoäiti tai vanhempi sisarus. Perheenjäsen istuu lapsen sängyn vierellä koko päivän. Yöksi hän jää joko tuolille nukkumaan tai jos mahtuu niin samaan sänkyyn lapsen kanssa. Varakkaimmilla perheillä on omat yksityiset huoneet, joissa perheenjäsenelle on oma sänky.

Kuva 7. Esikaupunkialueen lapsia

4 TERVEYS JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

4.1 Aliravitsemus

Puolet Saharan eteläpuoleisen Afrikan lasten sairastelusta ja kuolleisuudesta johtuu aliravitsemuksesta. Hyvä päivittäinen ravinto sisältää tarpeeksi proteiineja, energiaa ja hivenaineita, jos lapsi ei saa näitä ravintoaineita päivittäin seuraa aliravitsemus. Aliravitsemuksesta johtuen lapsen pituuskasvu hidastuu ja paino vähenee. Vuosittain maailmassa kuolee noin 3,2 miljoonaa lasta aliravitsemukseen.

Kuva 8. Aliravitsemusta sairastava lapsi

Aliravitsemusta on kahta muotoa: Kwashiorkor ja Marasmus. Proteiinien puuttuessa syntyy kwashiorkor ja proteiinien sekä energian puutteesta syntyy marasmus. Ensin mainitussa aliravitsemuksessa lapsen raajat ovat turvoksissa, paino on alhainen, kasvu on hidastunut ja kasvot ovat kalpeat. Marasmuksessa lapsilla on turvonnut maha, kasvot ovat ryppyiset kuin vanhuksilla ja lihakset ovat pienet.

Hoito:

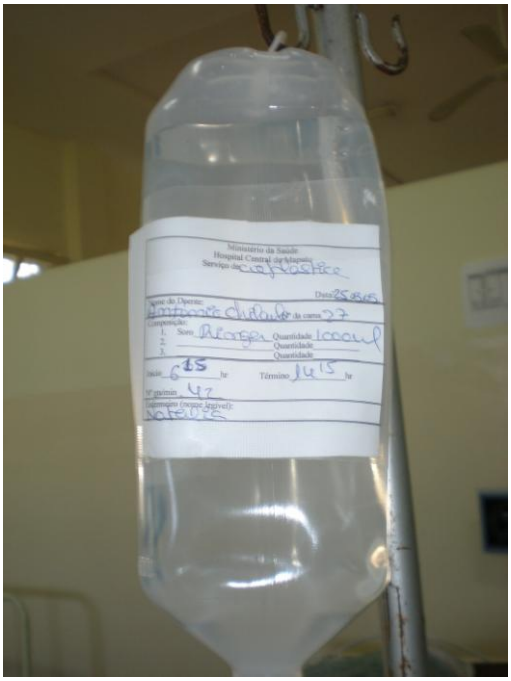
Ennaltaehkäisy on tärkeää hoidettaessa aliravitsemusta. Naisille annettava rintaruokinnan ohjauksella, A- vitamiinilisällä ja sinkin saannin tehostamisella on todettu olevan vaikutuksia aliravitsemuksen hoidossa.

Maputossa aliravitsemuksesta kärsiviä lapsia näimme eniten aliravitsemusosastolla Maputon keskussairaalassa. Lapset olivat joutuneet osastolle, koska heidän ravintonsa oli ollut yksipuoleista ja he eivät olleet saaneet siitä tarpeeksi proteiineja ja energiaa. Lapset olivat todella laihoja. Lasten ruokavalioon oli kuulunut pelkästään maissivelli tai

chima, joka on tiiviiksi keitettyä maissipuuroa. Osastolla laitettiin velliin lisäravinteita, jotta paraneminen nopeutuisi. Jokaiselle lapselle oli yksilöllinen määrä velliä, juuri hänen tarpeisiinsa.

4.2 Ripuli

Likainen vesi, huono yleishygienia ja monet suolistoinfektiot aiheuttavat ripulia. Vetinen tai löysä uloste määritellään ripuliksi. Yleisin syy ripulille ovat erilaiset suolistoinfektiot. Infektioita aiheuttavat virukset ja bakteerit. Ripuliin sairastuneilla lapsilla on suuri riski sairastua aliravitsemukseen ja erilaisiin tulehdussairauksiin. Kehitysmaiden lapset sairastuvat ripuliin keskimäärin neljä, viisi kertaa vuodessa. Ripulissa kuivumisen oireita ovat esimerkiksi väsymys, limakalvojen kuivuminen, ihon kimmoisuuden väheneminen ja painon lasku.



Kuva 9. Ringer-liuoksella turvattiin nestetasapaino

Hoito:

Hoitona ripuliin on hyvä neste- ja elektrolyyttitasapainon säilyttäminen. Myös lepo on tärkeää. Lievässä ripulissa voidaan käyttää kuituvalmisteita, jotka sitovat nesteitä itseensä. Lapsen ripulin hoidossa käytetään yleisesti suun kautta otettavia ripulijuomavalmisteita. Sairaalassa tämän rinnalla käytetään myös suonensisäistä nesteytystä. Näiden toimenpiteiden lisäksi on tärkeä seurata lapsen painoa päivittäin. Yleisvoinnista voi myös paljon päätellä mikä on taudin tila.

Ripulin ehkäisyssä tärkeää on puhtaan veden saanti, hyvä hygienia ja hyvät sanitaatiotilat.

4.3 Malaria

Suurimmat malarian esiintymisalueet ovat Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa, jossa ilmasto on otollinen malarialle. Joka viides lapsen kuolema johtuu malariasta. Lasten sairastavuus malariaan johtuu heidän immuniteetistä, joka ei ole vielä täysin kehittynyt.

Oireet:

Malarian itämisaika noin kaksi viikkoa ja ensioireena on horkkamainen ja sahaava kuume. Malaria voi aiheuttaa kouristuksia ja tajunnan tason heikkenemistä ja johtaa jopa kuolemaan.

Hoito:

Afrikassa käytetään malarian hoitoon erilaisia lääkeyhdistelmiä, koska aikaisemmin käytössä olleet klorokiinivalmisteet eivät ole enää tehokkaita. Tehokkaimmat lääkkeet ovat tällä hetkellä artemisiinijohdokset ja kiniini. WHO suosittelee artemisiinijohdoksia käytettäviksi muiden malarialääkkeiden kanssa rinnakkain, koska resistenssin uhka lisääntyy. Maputossa oli käytössä artesunaatti + sulfadoksiini + pyrimeta-

miini- yhdistelmä. Näiden tablettien lisäksi lapset saivat paracetamolia kipuihin kolmesti päivässä.

Kuva 10. Malarialääkkeen antaminen terveyskeskuksessa

- Ennaltaehkäisy:
  - hyttysverkot
  - hyttyskarkotteiden käyttö pimeällä
  - pitkähihaisten vaatteiden käyttö pimeällä

Työskentelimme Maputossa terveyskeskuksessa sairaanhoitajan vastaanotolla, jonne tuli todella paljon malaria- potilaita. Vastaanotto koostui isosta odotustilasta ja huoneesta, jonne potilaat kutsuttiin. Huoneessa työskenteli kaksi sairaanhoitajaa ja yksi sairaala-apulainen. Sairaanhoitaja määräsi lääkkeet ja apulainen antoi ne potilaille. Pääsimme itse myös jakamaan ja antamaan lapsille lääkkeitä sekä annoimme vanhemmille kotilääkitys ohjeet portugaliksi. Osa lapsista pelkäsi meitä meidän vaalean ihonvärin takia, mutta yleensä ottivat lääkkeet kuitenkin reippaasti. Näimme myös tilanteen, jossa lapsi vastusti lääkkeenottoa, minkä seurauksena lääke annettiin väkisin nenästä kiinni pitämällä ja saksilla uhkailemalla.

Victoria sairastui malariaan ja Joao lähti äidin kanssa viemään häntä terveyskeskukseen. Terveyskeskus oli pelottava paikka, odotushuoneessa oli itkeviä lapsia ja vastaanottohuoneesta kuului pelottavia ääniä. Heidän vuoron tullessaan Joao näki vastaanottohuoneessa kaksi vaalea ihoista henkilöä. He näyttivät pelottavilta ja oudoilta ihon värinsä takia. Victoria oli kuumeen takia niin heikossa kunnossa, ettei jaksanut edes itkeä. Sairaanhoitaja murskasi malarialääkkeet ja sekoitti ne pieneen määrään vettä. Sen jälkeen hän juotti liuoksen Victorialla ja ohjeisti äitiä kotilääkityksessä.

4.4 HIV/ AIDS

22,4 miljoonaa ihmistä sairastaa HIV/AIDS Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa. Se on suurin esiintyvyys koko maailmassa. Tauti on tuhoisa sekä aikuisille että lapsille. Vuonna 2007 lapsia kuoli tautiin yli 2 miljoonaa.

HI- virus on HIV- infektion aiheuttaja. Se tuhoaa T-auttajasoluja (lymfosyyttejä) ja syöjäsoluja (makrofageja), jotka puolustavat elimistöä infektioilta. Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa tartuntatiet ovat suojaamaton heteroseksi, äidistä lapseen istukan kautta ja rintaruokinta.

Oireet:

- kuumeilu
- erilaiset tulehdukset iholla ja limakalvoilla.
- painon lasku
- ripuli
- väsymys
- yöhikoilut

Hoito:

- 3-4 lääkkeen yhdistelmähoito, joilla pyritään hidastamaan virusten lisääntymistä ja pitämään infektiot kurissa
- Ennaltaehkäisy
- Objektiivinen tiedon anto
- Ehkäisyvälineiden helppo saatavuus

Vaihdossa ollessamme selvisi, etteivät lapset tiedä riittävästi HIVstä /AIDSsta. TV tai koulu ovat ne kanavat, joista lapset saavat tietoa taudista. Kouluissa tietoa HIVstä, sukupuolitaudeista ja seksuaalisuudesta jakavat vapaaehtoiset. Näitä asioita käsitellään, kun lapset ovat noin 12 -vuoden ikäisiä. Maputon keskussairaalan lasten keuhkosairauksien osastolla oli oma huone HIV- positiivisille. Sairaalassa hoitohenkilökunta ei juuri tuonut ilmi ketkä sairastavat HIVtä.

Kuva 11. Pojat leikkimässä kivikasoilla

4.5 Keuhkosairaudet

Joaon isä kuoli tuberkuloosiin, koska hänen immuunipuolustus oli heikentynyt AIDS:n myötä. Joao oli isän kuollessa 5-vuotias.

Tuberkuloosi

Tuberkuloosi HIV:n kanssa on tappavimpia tauteja Afrikassa. Usein HIV- positiivisellä ihmisellä on myös tuberkuloosi heikentyneen immuunipuolustuksen takia. Tuberkuloosia esiintyy muun muassa keuhkoissa, nivelissä, luustossa ja munuaisissa. Afrikassa yleisin esiintyvä tuberkuloosin muoto on keuhkotuberkuloosi. Tuberkuloosia aiheuttaa Mycobacterium tuberculosis.

Oireet:

- yskä ja yskökset

Diagnosointi tehdään osoittamalla bakteerit yskösnäytteistä ja keuhkokuvilla, joissa näkyy varjostumia.

Hoito:

- yhdistelmälääkehoito, jolla pyritään tuhoamaan taudin aiheuttamat bakteerit
- hoito kestää useita kuukausia, joskus jopa vuoden
- eristys muista potilaista, mikä auttaa ehkäisemään taudin leviämistä

Maputon keskussairaalan lasten keuhkotautien osastolla oli varattu oma huone tuberkuloosipotilaille, koska tuberkuloosi tarttuu pisaratartunnalla. Hoitohenkilökunnan suojautuminen tautia vastaan olivat vaihtelevat, toiset käyttivät suu-nenäsuojusta ja toiset eivät.

Keuhkokuume

Keuhkokuume on toinen hyvin yleinen keuhkosairaus Maputossa. Virukset ja bakteerit aiheuttavat tautia. Pneumokokkibakteeri aiheuttaa keuhkokuumeen yleensä kouluikäisille lapsille, kun taas virukset ovat pienempien lasten taudin syynä.

Oireet:

- kuume
- yskä
- nopea tai vaikea hengitys
- ruokahaluttomuus

Diagnosointi tehdään keuhkoja kuuntelemalla ja keuhkokuvasta. Sairaalassa huomasimme kuinka väsyneitä keuhkokuumeessa olevat lapset olivat. He vain nukkuivat sängyissään ja kun hoitohenkilökunta tuli tutkimaan heitä tai antamaan heille lääkettä, äidit avustivat lapsia, jotta nämä pääsivät pystyyn.

Kuva 12. Keuhkokuumeessa oleva lapsi

Hoito:

- antibiootit, vain alle 20 prosenttia lapsista saa tarvittavia lääkkeitä

Lapset, joilla on huono immuunipuolustus saavat herkästi keuhkokuumeen ja menehtyvät tautiin. Maputossa monilla lapsilla oli keuhkokuume ja HIV, joten näiden lasten paranemisennuste oli huono.

4.6 Palovammat

Joao auttaa äitiään ruuan valmistuksessa ja kaataa vahingossa kattilallisen kiehuvaa vettä jalalleen. Äiti huuhtelee jalkaa viileällä vedellä, jonka jälkeen he lähtevät chapalla Maputon keskussairaalaan. Sairaalassa Joao viedään lastenkirurgiselle osastolle. Siellä Joao saa särkylääkettä suun kautta sekä jalka puhdistetaan ja siihen laitetaan puhtaat sidokset. Joaon jalka on todella kipeä ja häntä itkettää. Hoitajat tuntuvat pelottavilta. Äiti jää sairaalaan hoitamaan Joaota. Pientä Victoriaa hoitavat sillä välin naapurit.

Palovammassa lämpö aiheuttaa kudoksen vaurioitumisen sitä syvemmältä, mitä lämpimämpi ja pitkäkestoisempi on kontakti kudokseen. Palovammat ovat hyvin yleisiä Maputossa. Yleisimmin palovammat johtuvat kuumasta vedestä tai avotulesta. Useimmiten palovammat sattuvat kotona tai kodin läheisyydessä. Sairaalan hoitohenkilökunta kertoi meille, että yleinen uskomus hoitaa ripulia on kastaa lapsen takapuoli kuumaan veteen.

🇲🇿 Palovammojen syntyyn vaikuttaa:

- pienet ja ahtaat kodit
- kynttilöistä levinneet tulipalot
- autokolarit
- uskomukset

🇲🇿 Hoito:

- suonen sisäinen nestehoito, kuten Ringer- neste
- haavojen puhdistus (kuolleen ihon poisto)
- palovammat voidellaan hopeasulfadiatsiini- voiteella
- haavan päälle puhtaat sidokset
- kipulääkitys
- vesifysioterapia

Osastolla saimme kuulla korvia särkevää itkua, kun lasten haavoja puhdistettiin. Lapset huusivat kivusta ja pelosta. Lapsille annettiin aamulla paracetamolia kipuihin, mutta useasti lääkkeen vaikutus oli jo loppunut, kun haavoja alettiin puhdistaa. Pelko johtui siitä, että lapset tiesivät mitä on tulossa ja itkivät jo etukäteen alkavaa kipua.

Maputossa näimme kirurgisella osastolla aikuisen miehen, joka oli saanut epilepsiakohtauksen ja hän oli kaatunut tulisijaan. Miehen koko keho oli palanut. Palovammoja hoidettiin vesifysioterapialla, jossa pesulavetille laitettiin vettä ja vedessä annettiin fysioterapiaa. Huoneessa ollessa hän makasi sängyllä, jonka päällä oli rautahäkkyrä. Rautahäkkyrä suojasi hänen vartaloaan.

Kuva 13. Palovammojen hoito hopeasulfadiatsiini voiteella

5 KOULUTUS

6–13-vuotiailla lapsilla on oppivelvollisuus Mosambikissa. Maputossa koulut koostuvat ala- ja yläkouluista. Alakoulu kestää seitsemän vuotta ja yläkoulu kolme vuotta. Tyttöjen ja poikien koulun aloituksessa ei ole suuria eroja. Mutta vanhemmaksi kasvaessa tytöt jäävät yleensä kotiin hoitamaan kotia ja tekemään muita kotitöitä. Yleensä myös jos perheessä on useampi lapsi, vanhemmat lapset menevät töihin turvatakseen nuorempien sisarustensa koulunkäynnin, joka on maksullista. Yleensä kaupungeissa koulua käy suurin osa lapsista kun taas maaseudulla luku on pienempi.

Kuva 14. Koulupoikia

Maputon katukuvassa näimme pieniä koululaisia, jotka olivat hyvin iloisia ja katsoivat meitä ihmetellen. Lapsilla oli koulussa yleensä koulupuku. Lasten koulupäivät olivat hyvin vaihtelevia. Toisinaan he kävivät koulua aamulla, toisinaan päivällä ja illalla. Tämä sen vuoksi, koska kouluja on vähän, niin koulua joudutaan käymään eri vuoroissa. Luokkakoot ovat suuria ja samalla luokalla saattaa olla 45–60 oppilasta. Luokan sisäiset ikäjakaumat vaihtelevat sen mukaan minkä ikäisinä lapset ovat koulunsa aloittaneet. Ensimmäisellä luokalla oppilaat ovat 5–8-vuotiaita ja toisella luokalla 6–9-vuotiaita. Koulupäivät koostuvat 45 minuutin oppitunneista, joiden välissä on viiden minuutin pituiset välitunnit. Koulussa opiskellaan portugalia, matematiikkaa, maantietoa, liikuntaa, historiaa ja luonnontieteitä. Ylemmillä luokilla tulee lisää eri oppiaineita kuten kieliä.

Joao parantui palovammoistaan ja pääsi takaisin kouluun. Koulussa Joaon lempiaine on matematiikka, jota hän tarvitsee, kun on kadulla myymässä käsitöitä. Hänen haaveenaan on olla isona opettaja.

6 VAPAA-AIKA JA TYÖNTEKO

Joao tykkää pelata jalkapalloa ja hän pelaakin sitä aina kun mahdollista. Pallo on itse tehty ja sillä pelaavat kaikki lähialueen lapset. Victoria tykkää työnnellä vanhaa autonrengasta. Aikuiset eivät leikkeihin osallistu.

Mosambikin lapsista 22 prosenttia tekee jonkinlaista työtä. Perheiden taloudellinen tilanne vaikuttaa lasten vapaa-aikaan. Toiset lapset voivat leikkiä toisten lasten kanssa ja toiset lapset lähtevät tekemään töitä perheensä vuoksi. Lasten työt ovat erilasia myyntitöitä. He myyvät kaduilla vihanneksia, pähkinöitä, puhelinliittymiä ja paikallisia käsitöitä.

Harjoittelun aikana esikaupunkialueilla näimme lasten vapaa-ajan koostuvan pienempien sisarten vahtimisesta, veden kantamisesta ja pyykin pesemisestä. Silloin kun lapset eivät tehneet töitä, he pelasivat paljon jalkapalloa. Muutkin lelut, kuten pikkuautot, olivat yleensä itse tehtyjä. Lapset leikkivät myös piilosta ja hippaa.

Kuva 15. Lapsi työnteossa