

Elina Putkinen

Ida Vanne

Havainnot ja terveysongelmista ja
terveyskasvatuksesta
Kenian Kisumussa sekä Ugandassa Kampalan
ja Mpigin ympäristössä

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Marraskuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 30.11.2010	
Tekijä(t) Elina Putkinen Ida Vanne	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoidtaja (AMK)	
Nimeke Havaintoja terveysongelmista ja terveyskasvatuksesta - Kenian Kisumussa sekä Ugandassa Kampalan ja Mpigin ympäristössä		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme aiheena on terveysongelmien ja terveyskasvatustarpeiden kartoittaminen Keniassa Kisumun kaupungissa ja Ugandassa Kampalassa ja Mpigissä. Aihe tuli Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry:ltä, jonka kautta suoritimme kolmen kuukauden mittaiset opiskelijavaihtojaksot kohdemaissa. Tavoitteena oli nostaa esille alueiden suurimmat terveysongelmat, joihin terveyskasvatuksella voidaan vaikuttaa.</p> <p>Terveyttä ja terveyskasvatusta käsittelemme kulttuurisidonnaisesta kontekstista, Leiningerin monikulttuurisen hoitotyön teoriaa apuna käyttäen. Opinnäytetyössä on nostettu esille eri teknologiamuotojen, erityisesti mobiiliteknologian, tarjoamat mahdollisuudet tulevaisuuden terveyskasvatuksessa kehittyvissä maissa.</p> <p>Tutkimus toteutettiin havainnointitutkimuksena Ugandassa syksyn 2009 ja Keniassa kevään 2010 aikana. Havaintojen pohjalta teimme muistiinpanoja, jotka kirjassimme päiväkirjanomaisesti. Tutkimustulosten analyysin ensimmäisessä vaiheessa yhdistimme havainnot ja pyrimme löytämään yhtäläisyydet. Toinen vaihe oli itse tulosten tulkinta.</p> <p>Tutkimustulokset osoittavat, että terveysongelmat Keniassa ja Ugandassa ovat monelta osin samoja. Eitoivottu terveyskäyttäytyminen, köyhyys sekä puutteellinen hygienia nousivat merkittävimiksi terveysongelmiin vaikuttaviksi tekijöiksi. Ongelmat vaikuttavat vahvasti toisiinsa, aiheuttaen niin sanotun noidankehän. Alueiden terveyskasvatus on puutteellista, eikä se aina tavoita kohderyhmiä. Terveyskasvatuksen kehittäminen on haaste niin paikalliselle terveydenhuollolle kuin kehitysyhteistyöllekin.</p> <p>Tutkimus toimii pohjakartoituksena Terve Afrikka ry:n suunnitelmassa jatkohankkeita alueille. Se mahdollistaa jatkossa moniammatillisen työskentelyn projektien tai opinnäytetöiden muodossa. Tutkimuksen sisältö ohjaa tuoreisiin tapoihin vastata terveyshaasteisiin. Käytettäessä informaatioteknologiaa vastaamaan terveyshaasteisiin tarvitaan myös vahvaa terveydenhoidollista osaamista. Opinnäytetyö toimii myös perehdytysmateriaalina kansainvälisiin projekteihin lähteville opiskelijoille ja työntekijöille.</p>		
Asiasanat (avainsanat) kehittyvät maat, kehitysyhteistyö, mobiiliteknologia, terveys, terveyskasvatus, terveysongelmat		
Sivumäärä 73 s. + liitteet 12 s.	Kieli Suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Elisabet Montonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry.	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis November 30 th 2010
Author(s) Elina Putkinen Ida Vanne	Degree programme and option Degree Programme in Nursing, Registered Nurse	
Name of the bachelor's thesis Observations on health problems and education – in Kisumu, Kenya and Kampala and Mpigi in Uganda		
Abstract <p>The purpose of this bachelor's thesis is to survey health problems and health educational needs in Kisumu, Kenya, and Kampala and Mpigi in Uganda. The topic of this thesis was derived from Health Africa Development Co-operation Organisation (HADCO), through which we did our three months student exchanges. The goal is to bring out the main health problems that affect health education in these areas.</p> <p>The concept 'health' and 'health education' is discussed with a cultural influence. This is based on Leininger's transcultural nursing theory. The possibilities of different technologies, especially mobile technology, in the future health education in developing countries are raised, discussed and recommendations are made in this bachelor's thesis.</p> <p>The survey was carried out by the observation made in Uganda during the autumn 2009 and in Kenya in spring 2010. Notes were made based on the observations. They were written in the form of a diary. In the first phase of the analysis, the results of the observations were put together and the similarities in the data were highlighted. The second phase was the interpretation of the results.</p> <p>The study results show that the health problems in Kenya and Uganda are similar in many ways. Unwanted health behaviour, poverty and lacking hygiene are the most significant matters affecting health problems. These problems have strong relations with each other resulting in a vicious circle. The health education in the surveyed areas was insufficient and does not always reach the target groups. Improving health education is a challenge for the local health care and development cooperation.</p> <p>The survey is intended to be a basis for HADCO when planning future projects in these areas. It enables multi-disciplinary work in projects and thesis in the future. The content of the thesis is a guide to fresh, new ways in responding to health challenges. Using information technology to meet health challenges requires strong healthcare knowledge as well. The thesis also works as an introductory material for students and workers going for international projects.</p>		
Subject headings, (keywords) Developing countries, development cooperation, mobile technology, health, health education, health problems		
Pages 73 p. + appendices 12 p.	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		
Tutor Elisabet Montonen	Bachelor's thesis assigned by Health Africa Development Co-operation Organisation (HADCO)	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	LEININGERIN TRANSKULTTURAALINEN MALLI	3
3	KEHITTYVIEN MAIDEN TERVEYSONGELMAT	4
3.1	Terveyden määritelmä	6
3.2	Tilastotietoa Ugandan ja Kenian terveystilanteesta.....	7
3.3	Terveyden indikaattorit.....	8
3.4	Poliittiset ja taloudelliset tekijät.....	11
3.5	Kenian terveydenhuoltojärjestelmä	14
3.6	Ugandan terveydenhuoltojärjestelmä	16
4	TERVEYSKASVATUS	19
4.1	Vertaistuki terveystieteissä.....	20
4.2	Kulttuuriset arvot, elämäntavat ja sukulaisuussuhteet Afrikassa	21
4.2.1	Uskonnolliset ja filosofiset tekijät	22
4.2.2	Naisen asema ja ympärileikkaus	25
5	TEKNOLOGISET TEKIJÄT – ERILAISET VIESTIMET TERVEYS- KASVATUKSEN TYÖVÄLINEENÄ.....	28
5.1	Terveysviestintä.....	28
5.2	Viestinnän teknologia terveystieteissä	30
5.2.1	Lähetysteknologia	31
5.2.2	Informaatioteknologia.....	36
5.2.3	Mobiiliteknoologia.....	38
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	42
7	TUTKIMUSMENETELMÄ	42
7.1	Havainnointi tutkimusmenetelmänä	42
7.2	Päiväkirja muistiinpanomenetelmänä.....	43
7.3	Havaintojen tulkinta.....	44
7.4	Tutkimuksen ongelmakohdat ja luotettavuus	44
7.5	Havainnointijaksokuvaukset.....	45
8	TUTKIMUSTULOKSET	46
8.1	Ei-toivottu terveystietäminen.....	49
8.2	Köyhyys.....	51

8.3	Puutteellinen hygienia	53
8.4	Saatavilla oleva terveystkasvatus.....	54
9	POHDINTA	56
10	LÄHTEET	63

LIITTEET

- 1 Inhimillisen kehityksen indeksi -taulukko
- 2 Malariapäivä -esite
- 3 Artikkelit Kenian neuvolavihkosta
- 4 Matkapuhelintekniikka auttaa Afrikassa -artikkeli
- 5 Elämää lääkkeiden armoilla -artikkeli
- 6 Saatavilla olevaa terveystkasvatusmateriaalia Keniassa ja Ugandassa

1 JOHDANTO

Kestävän sosiaalisen ja taloudellisen kehityksen elinehtona kehittyvissä maissa on väestön hyvä terveys. Hyvä terveydellinen tila mahdollistaa ihmisten tehokkaan ja tuottavan työskentelyn sekä uuden oppimisen. Kehittyvien maiden asukkaiden terveydentilan kohentaminen onnistuisi takaamalla perusterveyspalvelut kaikkien saataville sekä peruslääkevalikoiman riittävyys. Myös väestön terveyskasvatus, puhdas vesi ja riittävä ravinto tulisi järjestää kaikkien saataville. (Ulkoasiainministeriö 2010b.)

Tässä opinnäytetyössä pohdimme kehittyvien maiden terveysongelmia, syitä ja keinoja, joilla niihin voidaan vaikuttaa. Teoreettisessa viitekehyksessä käymme läpi kehittyvien maiden terveysongelmia, terveyskasvatusta sekä teknologian keinoja terveyskasvatuksen välineenä. Opinnäytetyötä on lähdetty käsittelemään Leiningerin monikulttuurisen hoitotyön teorian pohjalta. Kulttuurien erityispiirteet vaikuttavat käsitykseen terveydestä. Länsimaisen ja kohdemaiden kulttuurien eroavaisuuksien huomioon ottaminen on oleellista tässä opinnäytetyössä.

Taloudellisen kehityksen järjestön OECD:n kehitysapukomitea pitää yllä listaa kehittyvistä maista. Maiden kehitystasoa mitataan monien eri muuttujien avulla. Esimerkiksi pitkä ja terve elämä, koulutus sekä riittävä elintaso ovat yleisesti käytettyjä kehityksen kuvaajia. (Ulkoasiainministeriö 2006; United Nations Development Programme 2009a.) Kehittyville maille ominaisia piirteitä ovat muun muassa köyhyys, alhainen eliniänodote ja tartuntatautien yleisyys.

Yhdistyneet kansakunnat julkaisi vuonna 2000 niin sanotun vuosituhatjulistuksen, jonka kehitystavoitteisiin sen jäsenmaat ovat sitoutuneet. Näillä tavoitteilla pyritään poistamaan kehittyvien maiden ongelmia. Esimerkiksi Saharan eteläpuolisen Afrikan yleisimpiä terveysongelmia ja kuolinsyitä ovat HIV/AIDS, hengitystieinfektiot, ripulitaudit sekä malaria. (Unicef 2000; World Health Organization 2006a.) Kehittyvien maiden terveysongelmat johtuvat pääosin elintason puutteellisuudesta, jonka vaikutukset näkyvät kaikilla elämän osa-alueilla (Parliamentary Office of Science and Technology 2006, 2).

Terveyskasvatuksen tarkoitus on ehkäistä sairauksia sekä edistää terveyttä ja hyvinvointia (Naidoo ym. 1999, 3–4). Terveyskasvatusta tulee toteuttaa muun muassa kohderyhmän yhteiskuntaluokka, lukutaito, koulutustaso sekä uskonto ja muut hengelliset

uskomukset huomioon ottaen. Oikean terveystieteiden muodon valitseminen on tärkeää mahdollisimman hyvän tuloksen saavuttamiseksi. Uusia tapoja toteuttaa terveystieteiden muotoa tulisi jatkuvasti kehittää. Teknologian eri keinoja käytetään aktiivisesti terveystieteiden muotoa apuna ja ne luovat uusia mahdollisuuksia terveystieteiden muotoa (Parliamentary of Science and Technology 2006, 1). Mobiiliteknologia on uusi terveystieteiden muotojen tarjoaja ja opetusväline (Vital Wave Consulting 2009, 4), joka on alkanut jalkautua myös Afrikan maihin (YLE Uutiset 2010). Tässä opinnäytetyössä haluamme korostaa mobiiliteknologian merkitystä tulevaisuuden kehitysyhteistyössä.

Kansainvälisyys, monikulttuurisuus ja kehitysyhteistyö ovat kiinnostaneet molempia opinnäytetyön tekijöitä jo pidemmän aikaa. Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry:n kautta pääsimme opintojemme kolmantena vuonna kolmen kuukauden mittaisiin opiskelijavaihtoihin Afrikkaan, toteuttamaan kehitysyhteistyötä. Elina oli Keniassa Kisumun kaupungissa ja Ida Ugandan pääkaupungissa Kampalassa sekä Mpigissä. Vaihtojaksot käsittivät käytännön harjoittelua paikallisissa terveydenhuollon yksiköissä. Harjoittelujen lomassa toteutimme havainnointitutkimusta.

Kehitysyhteistyöllä ja kansainvälisellä avulla on huomattava merkitys kehittyvien maiden asukkaiden terveydenlaadun parantamisessa (Renfors 2009). Halusimme opinnäytetyömme liittyvän jollain tapaa kehitysyhteistyöhön, minkä vuoksi olimme tyytyväisiä saadessamme toteuttaa sen osana opiskelijavaihtoja. Lopullisen tehtävänannon, kartoittaa terveysongelmia ja terveystieteiden muotoa Kenian ja Ugandan yhteistyöalueilla, saimme Terve Afrikka ry:ltä.

Health Africa Development Co-operation Organisation (HADCO), eli Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry:n tavoitteena on ylläpitää, tukea ja kehittää yhteistyötä sosiaali-, terveystieteiden muotoa-, sekä ravitsemusalan koulutuksessa. Tätä yhteistyötä käytetään hyväksi, jotta voitaisiin parantaa sosiaali- ja terveystieteiden muotoa palveluja Keniassa ja Ugandassa. Terve Afrikka ry on poiminut Yhdistyneiden kansakuntien vuosittain asetettavista viisi, joita se käyttää pohjana projekteilleen. Projektien osa-alueita ovat köyhyyden ja nälän poistaminen, sukupuolten tasa-arvo ja naisten voimaannuttaminen, lapsikuolleisuuden vähentäminen, perusopetuksen haasteet terveyden näkökulmasta sekä maailmanlaajuisen kehitysyhteistyö. (Centre for International Mobility 2008.)

Terve Afrikka -verkoston kautta toteutetaan molemminpuolista opiskelijavaihtoa, intensiivikursseja, verkostokokouksia sekä tutkimusyhteistyötä. Verkosto on

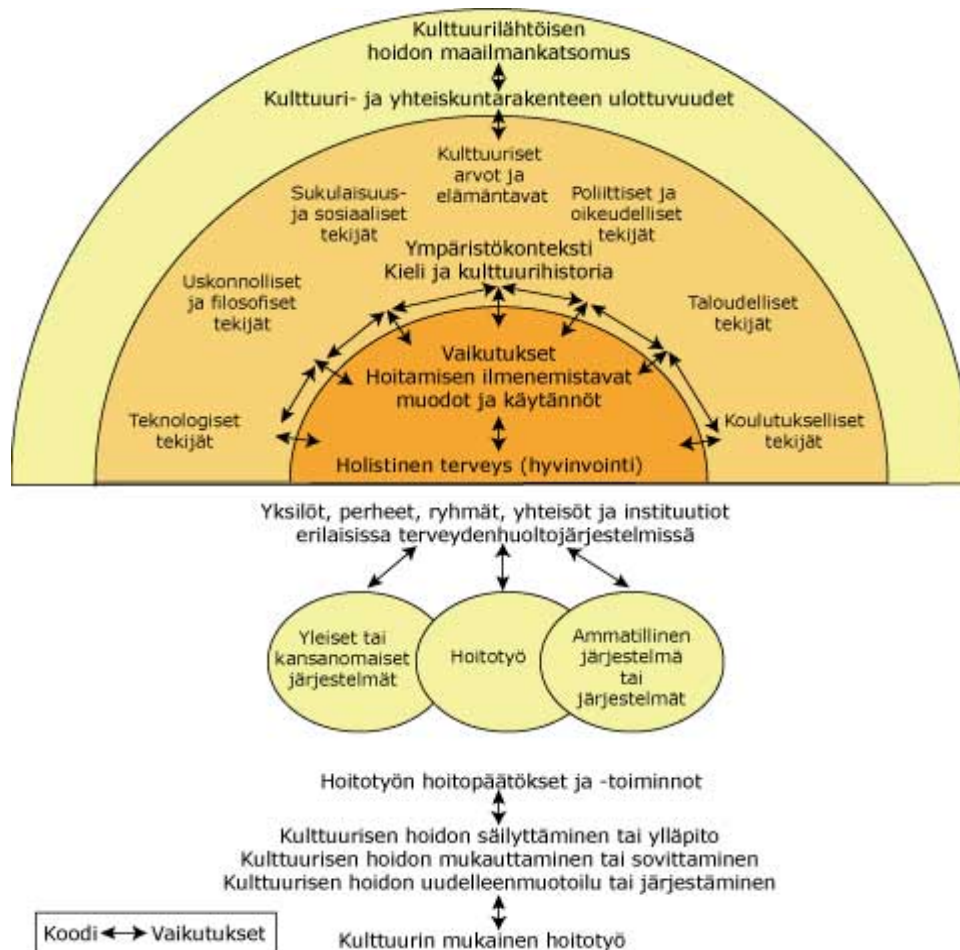
toteuttanut muun muassa Wellbeing in the Village Community -hanketta, jonka tavoitteena on ollut kehittää Ugandan kouluterveydenhuoltoa ja perhehoitotyötä. Rahoituksen Terve Afrikka ry saa Suomen ulkoministeriöltä. (Centre for International Mobility 2008; Metropolia.) Kehitysyhteistyöjärjestöön kuuluu kymmenen Suomen ammattikorkeakoulua, joista yksi on Mikkelin ammattikorkeakoulu (Seppälä 2009). Tämä yhteistyö mahdollisti opiskelijavaihtomme Keniaan ja Ugandaan.

2 LEININGERIN TRANSKULTTURAALINEN MALLI

Yhdysvaltalaisyntyinen Madeleine M. Leininger on transkulttuurisen, eli kulttuurilähtöisen hoidon teorian kehittäjä. Hänen mukaansa ”kulttuuri viittaa niihin tietyn ryhmän opittuihin, yhteisiin ja perittyihin arvoihin, uskomuksiin, normeihin ja elämäntapojen käytäntöihin, jotka ohjaavat ajattelua, ratkaisuja, toimintoja ja totunnaisia tapoja.” (Marriner-Tomey 1994, 416.)

Leiningerin mukaan hyvän, tehokkaan ja tyydyttävän hoitotyön toteuttamisen kulmakiviä ovat yksilön, perheiden ja ryhmien kulttuurisiin elämäntapoihin perustuvan tiedon sekä arvojen ja uskomusten ymmärtäminen. Leiningerin kulttuurilähtöisen hoidon monimuotoisuus ja universaalisuus -teorian peruslähtökohtana on, että eri kulttuureista tulleet yksilöt kykenevät itse määrittelemään hoitoalan ammattilaisille, millaista hoitoa juuri tähän kulttuuriin kuuluva yksilö haluaa tai tarvitsee. (Marriner-Tomey 1994, 414–417.)

Teoriansa pohjalta Leininger kehitti niin kutsutun auringonnousumallin (*The sunrise model*), joka koostuu kahdesta osasta. Auringon ylempi puolisko käsittää kielen ja ympäristön välityksellä hoitoon ja terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Näitä ovat yhteiskuntarakenteelliset sekä maailmankatsomukselliset osatekijät. Puoliauringon alapuolelle on sijoitettu kansanomaiset, ammatilliset sekä hoitotyön järjestelmät, joihin yhteiskuntarakenteelliset ja maailmankatsomukselliset osatekijät vaikuttavat. Yhdessä auringon molemmat puoliskot käsittävät kaiken sen, mitä sairaanhoitajan tulee huomioida ymmärtääkseen inhimillistä hoitoa ja terveyttä. (Marriner-Tomey 1994, 420–421.)



KUVA 1. Leiningerin auringonnousumalli (Marriner-Tomey 1994; Rovaniemen ammattikorkeakoulu.)

Leiningerin transkulttuurisen hoitotyön mallin esittelemisen tässä opinnäytetyössä on olennaista, sillä aihe käsittelee vierasta kulttuuria. Hyvän kulttuurituntemuksen pohjalta kyetään parhaiten luomaan käsitteitä, ymmärtämään yksilöitä sekä toimimaan heidän parissaan tehokkaasti (Marriner-Tomey 1994,414). Kohdekulttuurin tunteminen on oleellista esimerkiksi terveyskasvatusmateriaalia luotaessa, jotta materiaali saataisiin mahdollisimman toimivaksi. Opinnäytetyön rakenne ja otsikointi on tehty osittain Leiningerin auringonnousumallia apuna käyttäen. Näin ollen se toimii koko työn kehikkona.

3 KEHITTYVIEN MAIDEN TERVEYSONGELMAT

Vuonna 2000 Yhdistyneet kansakunnat julkaisi niin sanotun vuosituhatjulistuksen. YK:n jäsenmaat sitoutuivat julistuksessa oleviin kehitystavoitteisiin. Huomattavaa kehitystä oloissa olisi tapahduttava vuoteen 2015 mennessä, jotta päästäisiin julistuksen seuraaviin vuosituhattavoitteisiin (Unicef 2000):

- äärimmäisen köyhyyden ja nälän poistaminen
- peruskoulutusmahdollisuuksien takaaminen kaikille
- sukupuolten tasa-arvon edistäminen ja naisten aseman parantaminen
- lapsikuolleisuuden vähentäminen
- odottavien äitien terveydentilan parantaminen
- hiv-aidsin, malarian sekä muiden tautien vastainen taistelu
- ympäristön kestävä kehityksen varmistaminen
- globaalin kumppanuuden luominen kehitykselle.

Vuosituhattavoitteiden pohjalta nousevat esille myös kehittyvien maiden merkittävimmät terveysongelmat. Vaikka valtiot käyttävät yhä enemmän varoja terveydenhuoltoon ympäri maailmaa, on vielä suuri joukko ihmisiä, jotka eivät saa tarvitsemiinsa palveluja ja hoitoa. Kehittyvien maiden terveysongelmat johtuvat pääosin elintason puutteellisuudesta. Kaksi miljardia ihmistä maailmassa elää sähköttä (Parliamentary Office of Science and technology 2006, 2), ja esimerkiksi Afrikassa kaksi kolmasosaa väestöstä elää ilman kunnollisia saniteettitiloja ja viemärointia. Myös puhtaan veden ja ruuan saanti ovat ongelma. Muun muassa tästä johtuen tartuntataudit ovat suurin kuolinsyy kehittyvissä maissa. (Laakso 2006.)

Esimerkiksi Keniassa yleisimpiä kuolinsyitä ovat HIV/AIDS, hengitystieinfektiot, ripulitaudit sekä malaria. Kehittyneimmille maille, elintapoihin liittyvät, tyypilliset sydän- ja verisuonisairaudet tulevat listalla vasta kuudentena. (World Health Organization 2006a.) Kehittyville maille suuria haasteita luovat tartuntataudit, mutta tulevaisuus tuo mukanaan myös lisähaasteita. Kaupungistuminen, taloudellinen kasvu sekä ruokailutottumusten muutos tuovat mukana elintapasairauksia myös kehittyviin maihin. (Vital Wave Consulting 2009, 18.)

Kehittyvien maiden terveysongelmien taustalla suurena tekijänä on tiedonpuute. Lukutaidottomuus on edelleen ongelma monilla alueilla, varsinkin köyhimpien joukossa. (Laakso 2006.) Esimerkiksi Burkina Fasossa lapsilla, joiden äideillä on perustason koulutus, on paremmat mahdollisuudet saavuttaa aikuisikä, kuin kouluttamattomien äitien lapsilla. (Junttila 2006). Tiedonpuutteessa ihmiset eivät tunnista sairauden oireita, tai syitä, miksi esimerkiksi jokin rokotus olisi hyvä ottaa (Laakso 2006). Kehittyvien maiden lapsilla ilmenevä aliravitsemus on myös pitkälti tiedon ja rahan puutteesta johtuvaa. Hoidon kulmakivet ovat kuitenkin melko yksinkertaiset. Ripulin hoidolla,

riittäväällä rintaruokinnalla ja ravinnolla, rokotusohjelman noudattamisella, lapsiluvun rajoittamisella sekä äitien lukutaidon parantamisella saataisiin jo paljon aikaan. (Lankinen ym. 1989,81.)

Vaikka tietoa olisikin, on hoidon saanti usein hoitohenkilökuntapulan tai pitkien välimatkojen takia vaikeaa. Kehittyvien maiden monet ongelmat olisivat ehkäistävissä riittävän terveystasvatuksen sekä terveyspalvelujen paremman saatavuuden avulla. (Laakso 2006.)

3.1 Terveyden määritelmä

Maailman terveysjärjestö WHO:n (2003) määritelmä terveydestä:

”Terveydellä tarkoitetaan täydellisen fyysisen, psyykkisen ja hyvinvoinnin tilaa, ei ainoastaan sairauden puuttumista.”

Terveys voidaan nähdä laajemminkin kuin WHO:n määritelmä vuodelta 1948 antaa ymmärtää (Kuopion yliopisto 2002). Ihmisen omakohtainen kokemus, asenteet sekä arvot vaikuttavat merkittävästi terveyden kokemiseen. Terveys on myös suhteellinen käsitys, sillä erilaisilla vammoilla voi olla huomattavasti erilainen merkitys eri ammattikunnan edustajalle (Huttunen 2009). Esimerkkinä terveyden suhteellisuudesta voisi toimia seuraava: Isovarpaansa murtautunut suomalainen kirjailija pystyy jatkamaan työskentelyään lähes normaalisti, mutta nigerialaisen huippujalkapalloilijan arkityön samainen murtuma voi tehdä mahdottomaksi.

Käsitys terveydestä ja sairaudesta ovat myös kulttuurisidonnaisia ilmiöitä, joiden selitykset pohjautuvat yhteisössä vallitsevaan maailmankuvaan (Abdelhamid ym. 2009, 122). ”Se mikä on sairautta tai terveyttä, on riippuvaista kulttuurin arvoista ja yhteiskunnan resursseista sekä ihmisen yksilöllisistä ominaisuuksista” (Krause ym. 1992, 123). Tämän opinnäytetyö käsittelee terveyttä kulttuurisidonnaisesta kontekstista. Kulttuurin vaikutusta terveystieteisiin käsittelemme tarkemmin osiossa 4.2.

Maailman terveysjärjestön määritelmä ympäristöterveydestä: ”Ympäristöterveyteen sisältyvät ne ihmisen terveyden ja sairauden näkökulmat, joihin ympäristötekijät vaikuttavat. Sillä tarkoitetaan myös sitä teoriaa ja käytännön toimenpiteitä, joilla arvioi-

daan ja hallitaan ympäristössä olevia terveyteen vaikuttavia tekijöitä." (Kuopion yliopisto 2002.)

Terveyttä on kuvattu jatkuvasti muuttavana tilana, johon sosiaalisella ja fyysisellä elinympäristöllä on suuri vaikutus (Huttunen 2009). Fyysisen elinympäristön myötä yksilön terveyteen pääsevät vaikuttamaan monet omaan perimään tai elämäntapoihin liittymättömät tekijät. Yleisimpiä ympäristön aiheuttamia sairauksia ovat ulko- ja sisäilman saasteiden ja epäpuhtauden aiheuttamat hengityselinsairaudet, sekä vesi- ja ruokamyrkytys epidemiat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Saastuneesta juomavedestä johtuvat ripuliepidemiat ovat yleisiä kehittyvissä maissa. Kehittyvien maiden sairauksista noin 80 prosenttia johtuu likaisesta juomavedestä sekä huonosta hygieniasta ja saniteettitiloista. (Ulkoasiainministeriö 2010a.)

Tämänhetkisen arvion mukaan koko maailmassa tuotetaan vuosittain 1500 kuutiokilometriä jätevettä. Kehittyneissä maissa jäteveden puhdistusjärjestelmät toimivat pääsääntöisesti hyvin, mutta kehittyvissä maissa tilanne on synkkä. Arviolta noin 80 prosenttia maiden jätevedestä lasketaan takaisin luontoon ja vesistöön ilman minkäänlaista käsittelyä. Käsittelemättömän jäteveden mukana vesistöihin pääsee niin teollisuusjätteitä, maatalouden lannoitevalumia, kuin ihmisen ulostetta. Likaisen veden juomisen seurauksena kuoleekin vuosittain yli 1,5 miljoonaa lasta. Ripuli seuraa kehittyvien maiden lasten kuolemaan johtavien sairauksien tilastolla heti toisena keuhkokuumeen jälkeen. (Ulkoasiainministeriö 2010a.)

Yhdistyneet kansakunnat on asettanut tavoitteekseen puolittaa ilman puhdasta vettä ja sanitaatiota olevien määrän vuoteen 2015 mennessä. Useiden kehittyvien maiden taloudellinen ja tekninen osaaminen esimerkiksi juuri vedenpuhdistuksessa on jo alkuaan hyvin heikko. Kansainvälisellä avulla ja yhteistyöllä onkin huomattava merkitys kehittyvien maiden asukkaiden terveydenlaadun parantamisessa. (Ulkoasiainministeriö 2010a.)

3.2 Tilastotietoa Ugandan ja Kenian terveystilanteesta

Kenia ja Uganda ovat kehittyviä maita. Tämä tieto pohjautuu taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) kehitysapukomitea DAC:n ylläpitämään listaan kehittyvistä maista. (Ulkoasiainministeriö 2006.)

United Nations Development Programme on julkaissut vuonna 2009 Inhimillisen kehityksen raportin. Indeksi (HDI) mittaa maailman valtioiden keskivertosaavutuksia kolmella eri osa-alueella, jotka ovat pitkä ja terve elämä, koulutus sekä riittävä elintaso. Indeksien muuttujina toimivat eliniänodote, saavutettu koulutustaso sekä bruttokansantuote. Kehitysindeksille lasketaan keskiarvo, jonka mukaan maat laitetaan paremmuusjärjestykseen. (United Nations Development Programme 2009a.) Taulukossa (ks. LIITE 1.) olevat maat on järjestetty sijoille 1–182, joista sija yksi edustaa korkeimmin kehittynyttä maata ja sija 182 alhaisimmin kehittynyttä maata.

Inhimillisen kehityksen indeksissä vuonna 2009 Suomi sijoittui erittäin korkeasti kehittyneeseen lohkoon, sijalle 12. Keskimuotoisesti kehittyneiden maiden listalla Kenia on saanut sijan 147, ja Uganda 157.

3.3 Terveyden indikaattorit

Indikaattori on osoitin tai ilmaisin, jonka tehtävänä on antaa faktatietoa eritasoisista ilmiöistä. Se kuvaa ilmiön tilaa ja sen muutoksia. (Korpelainen ym. 2008.) Indikaattorit ovat myös tilastollisia tunnuslukuja, joiden sisältämä tieto on määrällistä. Erilaiset indikaattorit auttavat yksinkertaistamaan monipuolisia ja laajojakin tietoja. Indikaattoreiden avulla tieto siis saadaan helpommin ymmärrettävään muotoon. Yhtenäisillä periaatteilla ja toimintatavoilla kerätyillä indikaattoreilla voidaan myös verrata eri alueiden välistä kehitystä. Indikaattoreilla voidaan kuvata periaatteessa mitä vain. (Renfors 2009.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin indikaattoreilla kuvataan muun muassa väestöä, elinoloja ja -tapoja, eri ikäryhmien terveyttä ja työllisyyttä. Käytännössä terveys- ja hyvinvointi-indikaattorit kuvaavat yleensä puutteita, riskejä ja poikkeavuuksia, harvemmin positiivisia havaintoja. (Renfors 2009.) Niiden tehtävänä on tiedon kuvaamisen ohella vaikuttaa suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä auttaa toiminnan vaikutusten arvioinnissa (Korpelainen ym. 2008).

Hyvän indikaattorin ominaisuuksia ovat esimerkiksi yksinkertaisuus ja ymmärrettävyys, ajantasaisuus, luotettavuus sekä objektiivisuus. Indikaattori on toimiva, kun se tukee päätöksentekoa, sen kuvaamaan ilmiöön on omalla toiminnalla mahdollista vaikuttaa tai se auttaa kehittämään ilmiötä. Terveyden- ja hyvinvoinnin indikaattoreita

voidaan luokitella monin eri tavoin. Esimerkiksi terveyden taustatekijöitä ovat väkiluku, sukupuoli, koulutustaso ja työllisyys. Terveyden ilmenemistä taas voidaan kuvata kuolleisuuden, kuolinsyiden, ruokailutottumusten, alkoholinkäytön ja ilmenevien tartuntatautiavulla. (Renfors 2009.)

Indikaattoreiden antaman tiedon luotettavuus vertailtaessa eri alueita toisiinsa, riippuu indikaattoreiden valinnasta. Esimerkiksi Suomessa kuntien välinen vertailu ja vertaiskehittäminen onnistuvat huonosti, sillä yhtenäisiä terveyden- ja hyvinvoinnin indikaattoreita ei ole määritetty. (Korpelainen ym. 2008.)

Opinnäytetyömme taulukossa 1. esittelemme indikaattoreita, jotka kuvaavat hyvin Ugandan, Kenian ja Suomen välisiä eroja. Näitä ovat muun muassa väkiluku, koulutustaso, lukutaito, lapsikuolleisuus sekä yleisimmät kuolinsyyt.

TAULUKKO 1. Terveyden indikaattorit.

	Uganda	Kenia	Suomi
Väkiluku	33.398.682	40.046.566	5.255.068
Ikäjakauma (CIA 2010a, b, c)	0-14 -vuotiaat: 50% 15-64 -vuotiaat:47.9% 65-vuotiaat ja vanhemmat: 2.1%	0-14 -vuotiaat: 42.3% 15-64 -vuotiaat: 55.1% 65-vuotiaat ja vanhemmat: 2.7%	0-14 -vuotiaat: 16.2% 15-64 -vuotiaat: 66.6% 65-vuotiaat ja vanhemmat: 17.2%
Odotettavissa oleva elinikä (CIA 2010a, b, c)	Kaikki: 52.98 Miehet: 51.92 Naiset: 54.07	Kaikki: 58.82 Miehet: 58.33 Naiset: 59.32	Kaikki: 79.13 Miehet: 75.64 Naiset: 82.76
% lukutaitoisia (Yli 15 -vuotiaista osaa lukea ja kirjoittaa) (CIA 2010a, b, c)	Koko väestö: 66.8 Miehet: 76.8 Naiset: 57.7 (vuoden 2002 arvio)	Koko väestö: 85.1 Miehet: 90.6 Naiset: 79.7 (vuoden 2003 arvio)	Koko väestö: 100 Miehet: 100 Naiset: 100 (vuoden 2000 arvio)
BKT per asukas (CIA 2010a, b, c)	\$1,300	\$1,600	\$34,900
Työttömyysprosentti (CIA 2010a, b, c)	ei saatavilla	40 (vuoden 2008 arvio)	8,5 (vuoden 2009 arvio)
Lapsikuolleisuus (alle 5-vuotiaita /1000 syntyneitä) (WHO2006 a, b, c)	138	120	4
Äitikuolleisuus (äitiä/100 000 synnytyistä) (WHO 2006 a, b; National Insti-	880 (vuonna 2000)	1000 (vuonna 2006)	4,3 (vuosina 2006-07)

tute for Health and Welfare 2009)			
Yleisimmät kuolinsyyt (WHO 2006a, b, c)	HIV/AIDS Malaria Alahengitystieinfektiot Ripulitaudit Synnytyksen ja raskauden aikaiset tilat	HIV/AIDS Alahengitystieinfektiot Tuberkuloosi Malaria Aivoverisuonisairaudet	Sydän- ja verisuonisairaudet Aivoverisuonisairaudet Alzheimerin tauti ja muut dementiat Alahengitystieinfektiot Kurkunpään-, keuhkoputkien ja keuhkosyövät
% mahdollisuus puhtaaseen juomaveteen 1)Maaseudulla 2)Kaupungissa (WHO and UNICEF 2006)	1) 56 2) 87	1) 46 2) 83	1) 100 2) 100
%Mahdollisuus viemäröintiin 1)Maaseudulla 2)Kaupungissa (WHO and UNICEF 2006)	1) 41 2) 54	1)41 2)46	1) 100 2) 100
% Elää köyhyysrajan alapuolella (CIA 2010a, b)	35 (2001 arvio)	50 (2000 arvio)	-
Lapsia/äiti (CIA 2010a, b, c)	6,73	4,38	1,73

- 1) CIA, World Factbook 2010a, b, c.
- 2) National Institute for Health and Welfare 2009.
- 3) WHO 2006a. Mortality Profile.
- 4) World health Organization and UNICEF 2006.

Ison Britannian ja Irlannin anestesiayhdistyksen (Nambiar ym.) vuonna 2007 julkaiseman artikkelikatsauksen mukaan kehittyvien maiden väestöstä yli 70 prosenttia koostuu naisista ja alle 15-vuotiaista lapsista. Suomessa pelkästään yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä on 17,2 prosenttia. Maailmassa terveydenhuoltojärjestelmän tulisi vuosittain hoitaa yli 136 miljoonaa synnytystä. Äiti- ja lapsikuolleisuustilastot ovat melko synkkiä maailman köyhimmissä maissa (Nambiar ym. 2007). Suomessa alle 5-vuotiaiden lapsikuolleisuus on 4/1000, kun taas Keniassa vastaava luku on 120/1000 ja Ugandassa 138/1000. (Ks. TAULUKKO 1.)

Erityisesti äiti- ja lapsihuollon parantaminen luo suuria haasteita terveydenhuollon suunnittelulle ja toteutukselle kehittyvissä maissa. Esimerkiksi synnytykset, joissa kätilö tai lääkäri on läsnä, eivät ole lisääntyneet juuri lainkaan viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa ja Aasiassa. (Nambiar ym. 2007, 5.) Suomessa synnytykset tapahtuvat lähes aina sairaaloiden synnytysosastoilla, joista löytyy osaava henkilökunta hoitamaan syntyneen lapsen terveyteen tai synnytykseen liittyviä ongelmia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2004). Tämän vuoksi Suomessa synnytykseen kuolee 4,3/100 000 äitiä, kun Kenian vastaava luku on 1000/100 000. (Ks. TAULUKKO 1.)

Afrikassa terveydenhuollon työvoimaa on ainoastaan 2,3 tuhatta asukasta kohden, maailmanlaajuisen keskiarvon ollessa 9,3 terveydenhuollonammattilaista tuhatta asukasta kohden. Kehittyvissä maissa ammattitaitoisen henkilökunnan puute, ja keskittyminen suuriin kaupunkeihin luo suuria ongelmia erityisesti syrjäisillä alueilla toimiville terveydenhuollon yksiköille. (Nambiar ym 2007, 7-8.)

Iskeemiset sydänsairaudet ovat yleisimpiä aikuisten miesten terveysongelmia maailmanlaajuisesti (Nambiar ym. 2007, 6). Tämä on pitkälti seurausta elintapatottumusten muutoksesta erityisesti kehittyneissä maissa. Kehittyvissä maissa yleisimpien sairauksien kärkisijoilla pysyttelevät HIV/AIDS, malaria sekä alahengitystieinfektiot.

Nambiarin ym. (2007) koostama artikkelikatsaus tiivistää kehittyvien maiden terveydenhuollon kehittämisen haasteet terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisemisen osa-alueeseen, sekä akuuttien ja kroonisten sairauksien hoitoon. Muutosta olisi tapahttava terveydenhuollon jokaisella tasolla, jotta tasapuoliset palvelut olisivat koko väestön saatavilla. Suurimpana ongelmakohtana toimii kehittyvissä maissa terveydenhuoltoon varattu vähäinen rahoitus, joka monesti jää alle 10 Yhdysvaltain dollariin henkilöä kohden vuositasolla laskettuna. (Nambiar ym. 2007.)

3.4 Poliittiset ja taloudelliset tekijät

Kenia

Kenia on valtio Itä-Afrikassa Viktorija-järven ja Intian valtameren välissä. Naapurimaaina sillä on Uganda, Etiopia, Sudan, Somalia and Tansania. Kenian pinta-ala on

580,367 km² ja väkiluku 40,046,566, josta 22 prosenttia asuu kaupunkialueilla. Ilmasto Keniassa vaihtelee rannikon trooppisesta sisämaan kuivaan. Maasto on vaihtelevaa, aina savannista vuoristoon. (CIA, World Factbook 2010) Kenian halki on aikojen saatossa kulkenut monia kansoja, mistä johtuen sen väestö koostuu monista kymmenistä heimoista, joilla on oma kielensä (Barsby 2008, 16). Virallisia kieliä ovat kuitenkin siirtomaa-ajalta jäänyt englanti, ja kiswahili. Kenia itsenäistyi Britannian siirtomaavallan alta vuonna 1963. (CIA, World Factbook 2010.)

Kenia on ollut itsenäinen valtio vuodesta 1963. Hallinto on muokkautunut hitaasti vuosikymmenten ajan. Nykyään Kenia on demokraattinen tasavalta, jota hallitsee presidentti Mwai Kibakin kanssa monipuolueinen eduskunta. Vaikka hallintomuoto Keniassa on vakiintunut, poliittinen tilanne on edelleen epävakaa. Vaalien aikaisia levottomuuksia esiintyy. Kenian perustuslaista äänestettiin vuoden 2010 elokuussa. Vaalit sujuivat pääosin rauhallisesti, muutamia levottomuuksia lukuun ottamatta. (BBC News, 2010.)

Kenian itsenäistymisen jälkeen vallassa oli viidentoista vuoden ajan presidentti Jomo Kenyatta. Hänen jälkeensä hallitsi Daniel arap Moi peräti 24 vuoden ajan. Yhden lailisen puolueen hallinto jatkui 1990-luvun alkupuolelle, jolloin demokraattinen monipuolueinen hallitus tuli voimaan teoriassa. Käytännössä vasta nykyisen presidentin Mwai Kibakin myötä 2000-luvulla monipuolueisuus on toteutunut. Nykyään presidentti valitaan kerralla viideksi vuodeksi. Hän on sekä valtion päämies että hallituksen päämies. Eduskunta on muodostettu Britannialaisen eduskuntamuodon mukaan. 210 jäsentä valitaan suorilla vaaleilla ja 12 jäsentä valitsee presidentti. Presidentti valitsee myös varapresidentin ja muodostaa hallituksen, vaikka ei kuuluisikaan pääpuolueeseen. (Barsby 2008, 32–33.)

Vuonna 2006 Kenian bruttokansantuote oli 500 Yhdysvaltain dollaria asukasta kohden, mistä se on noussut 1600 dollariin vuonna 2009. Bruttokansantuotteesta 19,7 prosenttia tulee maataloudesta, 17,2 prosenttia teollisuudesta ja 62,1 prosenttia palvelualoilta. Maatalous on kuitenkin merkittävin osa Kenian taloutta. Se kattaa 50 prosenttia viennin tuloista, sekä työllistää 75 prosenttia väestöstä. Kaikesta huolimatta Kenia tukeutuu huomattavasti ulkomaanapuun ja lainoihin. Kenian suurimpia vientituotteita ovat tee, puutarhatuotteet (leikkokukat, vihannekset), kahvi, öljytuotteet, kala ja sementti. Esimerkiksi ruusujen viennissä Kenia on kärkimaa. (Barsby 2008, 34;

CIA, World Factbook 2010.) Työttömyysprosentti Keniassa on jo pitkään pysynyt 40 prosentissa ja köyhyysrajan alapuolella eläviä on väestöstä 50 prosenttia. Suurin ongelma Kenian hallinnossa ja taloudessa on laajalle levinnyt korruptio, jota ei ole yrityksistä huolimatta saatu hallintaan. (World Factbook 2010.)

Uganda

Uganda sijaitsee päiväntasaajalla, Kenian länsinaapurina. The World Factbook arvioi maan asukasluvuksi 33,398,682 heinäkuussa 2010. Maan kokonaispinta-ala on 241,038 km², eli noin kaksi kolmasosaa Suomen koosta. Ilmasto on trooppinen, ja vaihtelee kahden sadekauden (joulukuu-helmikuu & kesäkuu-elokuu), sekä kuivakausien välillä. Uganda itsenäistyi Englannin siirtomaavallan alta vuonna 1962, mutta kolonisaatioajan jäljiltä maan viralliseksi kieleksi on jäänyt englanti. Maan tärkeimpiä paikalliskieliä ovat luganda ja swahili. (CIA: World Factbook 2010.) Terveystieteiden palveluita maassa tarjotaan pääasiassa englannin ja lugandan kielillä.

Uganda on myös tasavalta. Idi Amin toimi Ugandan hallitsijana vuosina 1971–1979. Aminia seurasi Milton Obote. Sotilasvallan kaappauksen seurauksena, vuonna 1986 Ugandan presidentiksi astui Yoweri Museveni, jonka väkivaltaista ja myös asukkaiden keskuudessa tyytymättömyyttä herättävää hallintokautta on kestänyt aina 2010 luvulle asti. Tämänhetkinen tilanne Ugandassa on Nairobissa toimivan suurlähetystön erityisasiantuntijan mukaan jatkuvasti kiristynyt, erityisesti eri etnisten ryhmien välillä esiintyvien jännitteiden ja tyytymättömyyden vuoksi. Heinäkuussa 2010 Somalian islamistien suorittamalla pommi-iskuilla on myös oma vaikutuksensa maan turvallisuudentilaan. Ugandan pääkaupungissa Kampalassa tehdyissä pommi-iskuissa kuoli tällöin ainakin 74 ihmistä (Ämmälä 2010). Korruptio ja nepotismi ovat arkipäiväistä esimerkiksi virkavallan, kuten poliisien tai oikeusjärjestelmän kanssa toimiessa. (Suomen Afrikka-Seura 2009; Hellsten 2010.)

Vuonna 2009 toteutetun kyselytutkimuksen tuloksena selvisi, että 34,6 prosenttia ugandalaisista on kokenut jonkinasteista korruptiota virkamiestasolta. Vastaava luku Keniassa oli 45 prosenttia ja Tansaniassa 17,8 prosenttia. Korruption poiskytkemisellä olisi positiivisia vaikutuksia myös muun muassa levottomuuksien ehkäisyssä sekä kansalaisten luottamuksen voittamisessa. Julkisen portaan saaminen kuriin olisi tärkeää myös Itä-Afrikan talouden kannalta. Ugandan bruttokansantuote on 1100 Yhdys-

valtain dollaria asukasta kohden. Köyhydessä asuva osuus maan väestöstä elää alle 1,25 dollarilla päivässä. Ugandan päävientituotteita ovat kahvi, kalatuotteet, tee, puuvilla, kukat, puutarhatuotteet sekä kulta. (Suomen suurlähetystö 2009; Suomen suurlähetystö 2008.)

3.5 Kenian terveydenhuoltojärjestelmä

Keniaassa on yhteensä noin 4700 terveyden huollon laitosta, joista 51 prosenttia on julkisella sektorilla. Järjestelmän aukkoja täydentävät yksityiset ja kirkkojen tukemat toimipaikat. Vuonna 2002 Kenia käytti terveydenhuoltoon bruttokansantuotteestaan vain 5,1 prosenttia, mikä on huomasti alle OECD -maiden keskiarvon, 9,8 prosentin. Tämä tarkoittaa, että Kenia käytti asukasta kohden 6,2 dollaria, kun Maailman terveysjärjestön suositus on 34 dollaria asukasta kohden vuodessa. Vuonna 2002 16 prosenttia terveydenhuollon budjetista tulikin lahjoittajilta. (Allianz 2010.)

Kenian terveysministeriön visiona on tehokas ja korkealaatuinen terveydenhuoltojärjestelmä, joka olisi tasapuolinen, ja johon kaikilla olisi varaa sekä mahdollisuus päästä. Terveysministeriö pitää huolen terveyspalvelujen laadusta, ja valvoo laitosten sekä terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa. Se myös tutkii ja kouluttaa. (Okatch ym. 2010.) Monista yrityksistä huolimatta terveydenhuoltoa ei ole onnistuttu parantamaan. Tällä hetkellä Kenian terveysministeriöllä on suunnitteilla kansallinen sairausvakuutusrahasto, joka olisi tarkoitettu poikkeuksetta kaikille. (Allianz 2010.)

Kenian terveydenhuolto on jaettu kuuteen tasoon. Ensimmäiset kolme tasoa tarjoavat perusterveydenhoitoa. Ensimmäinen taso käsittää yhteisössä ja kylissä tehtävän työn (*community health work*). Yhteisön terveystyöntekijöiden (*community health workers*) työ on ennaltaehkäisevää ja opettavaa. He myös hoitavat tavallisimpia terveysongelmia ja informoivat ylempiä tahoja mahdollisista tartuntatautiepidemioista. (Okatch ym. 2010.) Toinen taso käsittää klinikat ja pienet sairaala-apteekit (*dispensaries*). Näitä terveydenhuollon toimipisteitä hoitavat perus- ja sairaanhoitajat, joita valvoo ylempi hoitoalan toimihenkilö. Klinikoiden toimenkuvaan kuuluu avopotilaiden yksinkertaisten terveydellisten ongelmien hoito, joka ei vaadi lääketieteellistä osaamista. Tällaisia ovat esimerkiksi flunssat, iho-ongelmat sekä komplisoitumattomat malariat. (Allianz 2010.)

Kolmannelle tasolle kuuluvat terveyskeskukset, synnytysosastot ja hoitokodit. Terveyskeskukset käsittävät yleensä neuvola- ja äitiyshuollon, terveysneuvontaa sekä lääke-ripalveluja. Potilaat, joiden ongelmissa sairaanhoitajataso ei voi auttaa, ohjataan terveyskeskuksiin. (Allianz; Okatch ym. 2010.)

Neljännelle tasolle kuuluvat aluesairaalat (*district hospitals*) ja niiden alaisuudessa toimivat pienemmät, terveyskeskuksiin verrattavat sairaalat. Ainoa erotus terveyskeskusten ja pienempien sairaaloiden (*sub-district hospitals*) välillä on sairaaloista löytyvä leikkaussalimahdollisuus. Niissä voidaan suorittaa esimerkiksi keisarileikkauksia ja muita pieniä toimenpiteitä. Aluesairaaloilla on yleensä resursseja tarjota monipuolisia sisätautikirurgisia palveluja. (Allianz; Okatch ym. 2010.) Toiminta on kuitenkin riippuvaista hallituksen tuesta, joka ei aina ole riittävää. Esimerkiksi Keniassa Kisumun Itäisen aluesairaalan (*Kisumu East District Hospital*) kirurginen osasto sai vain kaksi kertaa viikossa 50 kappaleen pakkauksen tehdaspuhtaita käsineitä, johtuen hallituksen sairaalatarvikkeisiin varattujen resurssien vähäisyydestä. Tästä johtuen esimerkiksi haavahoidot jäivät toisinaan tekemättä, mikä osaltaan johti hoidon tason laskuun.

Viidennellä tasolla ovat maakunnalliset sairaalat (*provincial hospital*) ja kuudennella kansalliset sairaalat (*national hospital*). Maakunnalliset sairaalat tarjoavat erikoissairaanhoitoa, mukaan lukien tehohoito sekä erikoislääkäreiden konsultaatiot. (Allianz 2010.) Korkeimman tason julkisia sairaaloita on Keniassa vain kaksi, Kenyatta National Hospital, joka sijaitsee Nairobissa, ja Moi Referral and Teaching Hospital, Eldoretissa. Nämä toimivat lääkäreiden opetussairaaloina. Vastaavia yksityisiä sairaaloita on myös kaksi. (Allianz 2010.)

Mielenterveyspalveluja tarjoavat useimmat suuret sairaalat. Psykiatrian asiantuntijoita on joissakin aluesairaaloissa, useimmissa maakunnallisissa ja kaikissa kansallisissa eli korkeimman tason sairaaloissa. Mathari Hospital, joka on myös kansallinen sairaala, tarjoaa psykiatrisen hoidon ohella myös päihdevieroituspalveluja. (United Nations Office on drugs and crime 2006; Kenya Psychiatry Association 2010.)

Kenian terveydenhuoltoa rasittavat muun muassa kasvava sairauksien määrä, nopea väestönkasvu sekä voimavarojen puutteellinen hyödyntäminen. Myös esimerkiksi pula pätevästä henkilökunnasta rajoittaa toimintaa huomattavasti. Vuonna 2006 10 000:tta asukasta kohtaan Keniassa oli 1,4 lääkäriä ja 12,1 hoitajaa. (Okatch ym. 2010.) Sa-

mainen luku kaksi vuotta aiemmin oli 1,6 lääkäriä ja 12,8 hoitajaa 10 000:tta asukasta kohden. (Allianz 2010.)

Yhtenä ongelmana on terveystalvelujen vaikea saatavuus pitkien välimatkojen takia. 44 prosenttia sairaista kenialaisista jättävät hoitoon menemisen kustannussyistä ja 18 prosenttia pitkän välimatkan vuoksi. Terveystalvelut ovat jakautuneet maassa epätasaisesti. Esimerkiksi pääkaupunki Nairobini ja Keski-Kenian (*Central Province*) alueella talvelut ovat laadukkaita ja helposti saatavilla, kun taas maan koillisosissa tilanne on todella huono. Maaseudulta hoitoon pyrkivät saavat yleensä tyytyä perusterveydenhuoltoon. Nämä toimipaikat kärsivät usein resurssipulasta (Allianz 2010), ja peruslääkkeiden, kuten antibioottien puuttumisesta (Nambiar ym. 2007, 6).

3.6 Ugandan terveydenhuoltojärjestelmä

Ugandan terveydenhuoltojärjestelmä koostuu käytännössä kolmenlaisista terveydenhuollon yksiköistä. Prosentuaalisesti toiseksi suurin osuus, eli 30 prosenttia on hallituksen ja terveysministeriön alaisuudessa toimivilla ja rahoittamilla terveyskeskuksilla ja sairaaloilla. 45 prosenttia terveydenhuollon talvelujen järjestäjistä on yksityisiä, voittoa tavoittelemattomia sairaaloita, joihin kuuluvat suurin osa kirkkojen alaisuudessa toimivista sairaaloista sekä muut keskisuuret klinikat. Yksityisten, voittoa tavoittelevien yksiköiden sekä itsenäisesti lääkärintoimintaa harjoittavien osuus Ugandan terveydenhuoltojärjestelmässä on kaiken kaikkiaan 25 prosenttia. (The AfricanSeer 2008.)

Ugandan hallituksen alaisuudessa toimiva terveydenhuoltojärjestelmä rakentuu tasoista I–IV. Näiden terveyskeskustasojen jälkeen tulevat aluesairaalat (*district hospital*), alueelliset lähetesairaalat (*district referral hospitals*.) Mulagon kansallisessa opetus-sairaalassa hoidetaan vaikeimmat ja erityishoitoa vaativat sairaudet. (Kavuma 2009.) Ugandan pääkaupungista Kampalasta löytyvä Butabikan psykiatrinen sairaala vastaa teoriassa maan mielenterveyspotilaiden erikoissairaanhoidon talveluista.

Kylien terveystiimit (*Village health teams*), taso I, koostuvat kylien asukkaista, jotka on koulutettu tehtävänsä pääasiassa hallituksen tai Ugandan Punaisen ristin toimesta. Tiimin jäsenten toimenkuvaan kuuluu ensisijaisesti antaa kyläläisille perustason terveyskasvatusta. Kylien terveystiimien jäsenet toimivat linkkinä kyläläisten ja terveys-

keskusten välillä, ohjaten terveyspalveluita tarvitsevia kyläläisiä oikeaan terveydenhuoltoyksikköön. Kyläyhteisön valmiina jäsenenä tiimiläisillä on motivaatiota toimia ystäviensä ja kylän muiden perheiden terveyden edistämisen hyväksi. Vuonna 2001 kylien terveystiimien toiminnasta tuli osa Ugandan kansallista terveysstrategiaa (Uganda Village Project 2009).

Terveyskeskus II -tasoisia terveyspalveluja antavia vastaanottoja tulisi löytyä Ugandassa jokaisesta kunnasta. Yhden II -tason terveyskeskuksen asiakaskuntaan kuuluu keskimäärin muutama tuhat asukasta, joiden yleisimpien sairauksien, kuten malarian ja ripulin hoidosta terveyskeskuksen tulisi kyetä vastaamaan. (Dr. Innocent 2007.) II -tason vastaanottotoiminnasta vastaa perushoitaja (*enrolled nurse*), ja hoitotyön avustavat henkilöt (*nursing assistants*). (Kavuma 2009.) Työntekijät seuraavat kylän terveystiimien toimintaa. Terveyskeskus II:n toimenkuvaan kuuluvat myös sairauksia ehkäisevien palveluiden tarjonta, muun muassa rokotteita ja yksinkertaista terveyskasvatusta antamalla. (Dr. Innocent 2007.)

Terveyskeskus III:n henkilökunta koostuu kliinisistä vastaavista (*clinical officer*) perushoitajista, kätilöistä sekä hoitotyön avustavista henkilöistä (Dr. Innocent 2007). Tämän tason terveydenhuoltolaitoksia löytyy esikaupunkialueilta (*sub-country*). Kliinisen vastaavan työnkuvaan kuuluvat potilasvastaanotto sekä äitiysvastaanotosta huolehtiminen. Mahdollisuus laboratorionäytteiden ottoon on myös luokiteltu Ugandan III -tasoisten terveyskeskusten varustukseen kuuluvaksi (Kavuma 2009).

Havainnoidessamme kentällä huomasimme, etteivät yllämainitut asiat kuitenkaan aina toteudu. Esimerkiksi Mpigin lähistöllä, Kampiringsan nuorisolle tarkoitettun vastaanottokeskuksen yhteydessä toimiva terveyskeskus III ei kyennyt vastaamaan tasolle asetettuihin laatuvaatimuksiin. Vastaanottotoiminnasta vastasi perushoitaja tai hoitotyön avustava henkilö vuorollaan. Heidän vastuulleen jäi näin ollen myös lääkitysten määrääminen. Laboratorio Kampigingsasta löytyi, mutta erimerkiksi malariaparasiittien testaaminen verestä oli maksullista, eikä tähän yleensä potilailla riittänyt rahaa.

Läänitasolta tai vaalipiireittäin Ugandassa löytyvät tason IV terveyskeskukset. Palveluiltaan nämä vastaavat pientä sairaalaa, tarjoten omat osastot niin mies-, nais-, kuin lapsipotilaillekin. (Kavuma 2009.) Osastotoiminta on ympärivuorokautista. Keski-Ugandassa sijaitseva Mpigin terveyskeskus IV tarjoaa lisäksi arkisin päiväsaikaan

laboratorio-, äitiyspoliklinikka-, sekä lääkäriin vastaanottopalveluita. HIV -potilaiden vastaanotto toimii kolmesti viikossa, ja klinikalta käsin suoritetaan myös HIV -lääkkeiden jakomatkoja (*outreaches*) lähialueen kyliin sekä alemmille terveyskeskustasoille. IV -tason terveyskeskuksesta tulisi löytyä leikkaussali, jossa tehdään tarpeen mukaan hätäleikkauksia (Kavuma 2009). Mpigin terveyskeskuksessa leikkaukset olivat lähinnä sektioita, joiden suorittamiseen yhdeltä terveyskeskuksessa toimivalta lääkäriltä löytyi osaaminen.

Terveyskeskus IV -tasoiset yksiköt kontrolloivat alueella toimivien alempien terveyskeskustasojen toimintaa, ja niistä käsin tehdään tarpeen mukaan esimerkiksi lääkärikäyntejä III -tason vastaanotoille. IV -taso vastaanottaa potilaita kaikilta alemmilta terveyskeskustasoilta. Henkilökunta koostuu terveydenhuoltoalan ydinammattiryhmistä (Dr. Innocent 2007), kuten lääkäreistä, sairaanhoitajista, hoitoapulaisista, laboratoriotyöntekijöistä sekä kättilöistä.

Aluesairaalat (*district hospitals*) ovat henkilökuntamäärältään suurempia kuin terveyskeskus IV. Aluesairaaloihin lähetetään potilaita alemmilta terveyskeskustasoilta, ja heillä on esimerkiksi mahdollisuus ottaa röntgenkuvia.

Ugandan kansalliset lähetesairaalat (*National referral hospitals*) Mulago ja Butabika sijaitsevat maan pääkaupungissa Kampalasta. Mulago on Ugandan suurin opetussairaala, jossa hoidetaan maan haastavimmat sairaustapaukset. Sairaala tarjoaa hoitoa laajasti erikoisaloittain. (Mulago Hospital Complex 2010).

Butabikan kansallinen lähetesairaala on perustettu vuonna 1955, ja toimii tällä hetkellä Ugandan ainoana mielenterveyspotilaiden suurempana hoitoyksikkönä. Butabika tarjoaa myös avosairaanhoitoa lähiympäristössä asuville ihmisille. Sairaalan toimii opetussairaalanä kaikille mielenterveyteen ja psykososiaaliseen hoitoon erikoistuville hoitajille sekä lääkäreille. (Butabika National Referral Mental Hospital 2010.)

Idan suorittaessa harjoittelujaksoa Ugandan terveyskeskus IV:ssä, eräs vastaavista lääkäreistä kertoi, että keskimäärin 80 prosenttia ugandalaisista hakeutuu ensin kansanparantajan (*traditional healer*) vastaanotolle, ennen tuleamista virallisen terveydenhoidon piiriin.

4 TERVEYSKASVATUS

Terveyskasvatuksen tarkoitus on ehkäistä sairauksia sekä edistää terveyttä ja hyvinvointia (Naidoo ym.1999, 3-4). Terveyskasvatuksen tarkoituksena on edistää terveyttä, joten terveyskasvatus käsitteenä ei eroa juurikaan terveyden edistämisestä. Näiden käsitteiden sanotaankin elävän symbioosissa (Tones & Tillford 1994, 7).

Terveyskasvatukselle ei ole yhtä yksinkertaista selitystä. Se on kuvattu olevan monivaiheinen prosessi, joka koskettaa niin yksilöitä, sidosryhmiä kuin yhteisöjäkin. Terveyskasvatuksen tarkoituksena on saada ihmisiä ottamaan enemmän vastuuta terveydestään ja parantamaan sitä. (Laverack 2007, 3.) Terveyskasvatusprosessia voidaan sanoa myös voimaannuttamiseksi. Terveyskasvatuksella pyritään lisäämään ihmisten tietoisuutta, jotta he pystyisivät tekemään elämäänsä sekä terveyttään edistäviä valintoja ja päätöksiä. (Laverack 2007, 6.) Toisaalta sillä pyritään yksinkertaisesti ehkäisemään sairauksia, parantamaan terveyttä ja edistämään hyvinvointia (Naidoo ym. 1998, 3).

Terveyskasvatus toteutetaan useimmiten suunniteltuna toimintojen joukkona intervention, projektin tai ohjelman muodossa. Näitä ohjelmia kontrolloivat muun muassa ministeriöt, virastot tai hallituksen tukemat muut organisaatiot. (Laverack 2007, 4.)

Terveyskasvatusta antavia ammattiryhmiä ovat esimerkiksi hoitajat, terveydenhoitajat, lääkärit, ympäristöterveyden asiantuntijat ja niin edelleen. Terveyskasvatuksen harjoittajilta edellytetään erikoistietoa opetettavasta aiheesta, teknistä osaamista sekä yhteiskuntavastuuta ja palveluosaamista. Monille heistä terveyskasvatus on vain pieni osa työnkuvaa muiden tehtävien ohella. (Laverack 2007, 4) Terveyskasvatuksen pääpaino on terveydessä, ei sairaudessa. Terveyskasvattajan tulee toimia voimaannuttavasti, tunnistaa terveys moniosaiseksi kokonaisuudeksi sekä tiedostaa terveyteen vaikuttavat yksilön hallinnan ulottumattomissa olevat seikat. (Naidoo ym. 1998, 6–7)

Terveyskasvatuksessa viestien tulisi olla hyvin tutkittuja ja arvioituja, tarkkoja ja käytännöllisiä, kulttuuriin sopivia, kohdennettuja tietyille ryhmälle, selkeästi ilmaistuja ja ymmärrettäviä sekä kaiken kaikkiaan mahdollisia soveltaa käytäntöön. Esimerkiksi kondomin käytön suosittelu on turhaa, jos niitä ei ole saatavilla. Myös sukupuoli tulee ottaa huomioon esille tuotavan asian ilmaisussa. Esimerkiksi perhesuunnittelusta pu-

hminen vain naisille on riittämätöntä. Myös miesten vastuusta ja roolista tulisi puhua. Tuomitsevilla, holhoavilla tai liian teknisillä sanomilla ei myöskään saada positiivisia tuloksia aikaiseksi. (Skuse ym. 2004, 16.)

Terveyskasvatus on muun opetuksen lailla kulttuurisidonnaista. Eri kulttuureille toimivat kasvatuksen eri menetelmät. Tapaan kasvattaa vaikuttavat esimerkiksi kohderyhmän yhteiskuntaluokka, lukutaito, koulutustaso sekä uskonto ja muut hengelliset uskomukset. Tämän vuoksi, esimerkiksi Suomessa ja Ugandassa annettavalla terveyskasvatuksella on erilaisesta kulttuurista johtuvia eroja.

4.1 Vertaistuki terveyskasvatuksessa

Medley ym. (2009) ovat suorittaneet systemaattisen katsauksen ja meta-analyysin vertaiskasvatuksen vaikuttavuudesta HIVin ennaltaehkäisyssä. Katsauksessa oli mukana 30 tutkimusta, jotka on suoritettu kehittyvissä maissa vuosina 1990–2006. Vertaiskasvatuksella tarkoitetaan tässä tekstissä kohderyhmän kanssa samoista ongelmista kärsivien osallistumista terveyskasvatukseen. Esimerkiksi HIV/AIDS positiivinen henkilö jakaa tietoa HIV:stä ja sen ehkäisystä. (Medley ym. 2009.)

Artikkelin mukaan vertaiskasvatus on tiedon jakoa pienissä ryhmissä, tai kahden kesken. Vertaisopettaja valitaan kohderyhmään sopivaksi maantieteellisin perustein tai yhtenevän riskikäyttäytymisen mukaan. Meta-analyysissä käsiteltyjen tutkimusten mukaan kohderyhmän jäsenenä vertaiskasvattajilla on suuri vaikutus yksilön käyttäytymiseen. He myös tavoittavat paremmin syrjässä eläviä yhteisöjä, joilla ei välttämättä ole yhteyksiä perinteisempiin terveydenedistämishjelmiin. Terveyskasvattajien ja ryhmän välinen luottamus on suurempi kuin terveydenhuollon ammattilainen pystyisi rakentamaan. Tämä mahdollistaa avoimemman keskustelun aroista aiheista. Vertaistuen käyttäminen terveyskasvatuksessa on myös usein kustannustehokkaampaa kuin ammattilaisten. (Medley ym. 2009.)

Meta-analyysi suoritettiin neljää aihealuetta huomioiden. Nämä alueet olivat HIV-tietoisuus, suonensisäisten huumeiden annosteluvälineiden yhteiskäyttö, kondomin käyttö ja sukupuolitaudit. Vertaiskasvatusohjelmien käyttö on koettu tutkimuksissa suurimmalta osin erittäin hyödylliseksi. Ne yhdistetään tutkimuksissa kasvaneeseen HIV-tietoisuuteen, huumeiden käyttäjien keskuudessa välineiden jaon huomattavaan

väheneeseen sekä kondomin käytön yleistymiseen. Ainoastaan sukupuolitautilaistartuntojen määrään, HIViä lukuun ottamatta, vertaistuellalla ei näyttänyt olevan vaikutusta. (Medley ym. 2009.)

4.2 Kulttuuriset arvot, elämäntavat ja sukulaisuussuhteet Afrikassa

Afrikkalaiset arvot ja elämäntavat eroavat länsimaalaisista. Juntunen (2001) käsittelee tutkimuksessaan, *Professional and Lay Care in the Tanzanian Village of Ilembula*, afrikkalaista kulttuuria ja sen erityispiirteitä. Tutkimuksen mukaan sukulaisuussuhteet määrittelevät ihmisten sosiaalisia suhteita ja käyttäytymistä toisiaan kohtaan sekä hallitsevat avioliittotapoja ja -sääntöjä. (Juntunen 2001, 28.)

Kaikki, jotka pystyvät jäljittämään alkuperänsä yhteiseen esi-isään, kuuluvat samaan sukuun. Afrikkalaisten käsittämään perheeseen kuuluvat lapset, vanhemmat, isovanhemmat, tädit ja sedät, veljet ja siskot sekä heidän mahdolliset lapsensa ja lähisukulaisensa. Se, mitä eurooppalainen käsittää perheeksi, on afrikkalaisella kotitalous, saman katon alla asuvat perheenjäsenet. Toisessa talossa asuvat jäsenet voivat olla ihan yhtä läheisiä ja tärkeitä. Perheenjäsenten nimitykset määräytyvät sukupolven, sukupuolen ja läheisyyden mukaan. Esimerkiksi isän veljiä kutsutaan isiksi, mutta sisaria tädeiksi. Isän veljen lapset ovat veljiä ja siskoja, kun taas isän siskon lapset serkkuja. (Juntunen 2001, 28.)

Avioliitto on uskonnollinen instituutio, sillä se luo yhteyden menneisiin sukulaisiin. Lapset nimetään usein isovanhempien tai muiden lähisukulaisten mukaan, mikä yhdistää avioparin vainajiin. Avioliitto on sinetöity vasta ensimmäisen lapsen synnyttyä. Afrikkalaiset eivät välttämättä ole yksiavioisia. Joissakin yhteisöissä moniavioisuus on yleisempää. Suuren lapsiluvun uskotaan lisäävän perheen kuolemattomuutta ja takaavan hyvän vanhuuden vanhemmille. (Juntunen 2001, 28.)

Monissa osissa Afrikkaa sulhasen on tapana maksaa tulevan vaimon perheelle heidän luovuttaessaan tyttärensä avioliittoon. Maksulla korvataan morsiamen kasvattaminen naiseksi ja perheen menettämä työvoima. Sillä varmistetaan myös hyvä käytös molemmilta osapuolilta sekä sulhasen laillinen oikeus tuleviin lapsiinsa. Maksuna toimivat vuohet, kanat ja karja symboloivat morsiamen jatkuvaa olemassaoloa, eli niiden

tarkoitus on muistuttaa tyttären olevan elossa, vaikka hän onkin jättänyt vanhempiensa kodin. (Juntunen 2001, 28.)

Perinteinen perhekäsitys ja avioliittoon liittyvät tavat ovat kuitenkin ajan myötä muuttuneet. Nykypäivänä varsinkin kaupungistumisen myötä perheet ovat pienentyneet ja sukulaisuussuhteiden merkitys heikentynyt. (Juntunen 2001, 29.)

”Afrikkalaiset eivät odota aikaa, vaan aika odottaa afrikkalaisia” kommentoi eräs ghanalainen foorumia, jossa käsitellään aikakäsityksiä (BBC News 2003). Afrikkalaiset eivät ole ajan orjia, vaan heillä on rento asenne aikaan ja täsmällisyyteen. Auringon nousu ja lasku määrittelevät elämän rytmin. Päivää kuuluu esimerkiksi lypsy aika, laiduntamisen aika, lepoaika, aika juomiselle, kotiintuloaikaan sekä iltalypsyn aika. Aika on jaettu kahteen ulottuvuuteen, pitkä menneisyys sekä tämä hetki. Sadekauden alku saattaa merkitä uuden vuoden alkamista. Afrikkalaisen rento käsitys ajasta voi tuntua hieman turhauttavalta länsimaalaisesta, joka on tottunut noudattamaan tiukkoja aikatauluja. Puolen tunnin myöhästyminen afrikkalaiselta on täysin normaalia, ja lainatun tavaran tai rahan palautusta voi joutua odottamaan pitkään, sillä aika on afrikkalaiselle joustavaa, ja taloudellinen tilanne on monesti venytetty äärimmäisen tiukalle. (Juntunen 2001, 25, 26; Barsby 2008, 69.)

Itä-Afrikassa uskonnon merkitys on suuri arkielämässä, ja usko kohtaloon sekä Jumalan olemassaoloon on voimakas. (Lipson ym. 2000, 105.) Abdelhamidin ym. (2009) mukaan maailmankuva ja terveysparadigmat jaetaan maagis-uskonnollisiin, holistisiin sekä tieteellisiin. Monissa maissa terveysuskomukset ovat näiden kolmen sekoitus. Yhtä puhdasta käsitystä on vaikea nykyaikana löytää mistään. (Abdelhamid ym. 2009, 122.)

4.2.1 Uskonnolliset ja filosofiset tekijät

Afrikan maissa vallitsevina maailmankuvina ovat maagis-uskonnollinen sekä holistinen käsitys. Länsimaista ajattelua hallitsee tieteellinen käsitys maailmasta. (Abdelhamid ym. 2009, 122.)

Maagis-uskonnolliselle käsitykselle on tyypillistä uskomukset yliluonnollisiin voimiin ja kohtaloon. Terveiden uskotaan tässä käsityksessä olevan palkkio kuuliaisuudesta

yliluonnollisille voimille. Päinvastoin sairauden uskotaan olevan Jumalan tai yliluonnollisten voimien antama rangaistus pahoista teoista, sielun menetys tai seuraus toisen ihmisen maagisesta teosta. Uskotaan myös, että perheenjäsenten suhteet toisiinsa vaikuttavat terveyteen, ja että ihminen voi itse vaikuttaa omaan tai toisen terveyteen. Sairauden hoito maagis-uskonnollisessa käsityksessä perustuu henkien lepyttämiseen sekä erilaisiin seremonioihin ja rituaaleihin. Kansanparantajilla ja heidän valmistamilaan luonnon rohdolla on suuri merkitys sairauksien hoidossa. (Abdelhamid ym. 2009 122, 124–125.) Esimerkiksi Ugandassa lasten rituaalista uhraamista tapahtuu edelleen.



KUVA 2. Lasten uhraamisen lopettamisen puolesta puhuva terveyskasvatusjuliste, Uganda.

Holistisen käsityksen mukaan ihmisen tulee olla tasapainossa luonnon ja ihmistä ympäröivien voimien kanssa. Tämän käsityksen mukaan terveys on prosessi, jossa henkilö mukautuu koko ajan muuttuvaan ympäristöönsä, eikä terveyden katsota olevan pelkästään sairauden oireiden puuttumista. Holistisessa käsityksessä sairaus on lähtöisin geo- ja metafyyssisten voimien balanssin järkkymisestä. Biolääketieteellisten sairauksien lisäksi myös erilaiset yhteisössä tapahtuvat ilmiöt, kuten itsemurhat, rasismi, työt-

tömyys tai slummiutuminen luokitellaan sairauksiksi. (Abdelhamid ym. 2009, 124–125.)

Anitta Juntusen (2006) etnografisessa, eli yhteisöjen kulttuurijärjestelmän tutkimuksessa on havainnollistettu sosiokulttuuristen tekijöiden vaikutusta terveyttä koskeviin kysymyksiin. Sosiokulttuurisia tekijöitä tutkittiin Itä-Afrikassa sijaitsevan Tansanian Ilembulan kylässä. Tutkimusmenetelminä toimivat haastattelu, havainnointi sekä kenttäpäiväkirja. Tutkimustuloksissa nousi selvästi esille, kuinka kylän kulttuurille ominaisella holistisella maailmankuvalla, yhteisön käyttäytymissäännöillä sekä perhekeskeisillä arvoilla on suuri merkitys sairauden hoidon ja ennaltaehkäisyn kannalta. (Juntunen 2006, 309.)

Ilembulan kylässä yleisimmät terveysongelmat ovat gastroenterologisia. Sairauden oireita hoidetaan niiden vakavuudesta riippuen, joko perheen sisäisesti valmistetuilla yrttilääkkeillä, kansanparantajien avulla, islamilaisen lääketieteen hoitomenetelmin tai länsimaalaiseen lääketieteeseen perustuvalla sairaalahoidolla. Sairauden hoito perustuu kuitenkin aina holistiseen maailmankuvaan ja perus lähtökohta on sairauden aiheuttajan tunnistaminen. Sairauksien ennaltaehkäisyssä suurin merkitys on itsehillinnällä, yhteisön käyttäytymisnormien noudattamisella sekä perheen kanssa yhteisymmärryksessä elämisellä. (Juntunen 2006, 311–114.)

Juntusen etnografian pohjalta esille nousseita sosiokulttuurisia vaikutuksia terveyskäsitteeseen on havaittavissa vahvasti myös muualla Itä-Afrikan alueella. Perheen merkitys sairaan perheenjäsenen hoidossa on suuri. Etiopiassa sairas perheenjäsen on täysin riippuvainen omaisistaan. Perheen ja ystävien odotetaan muuttavan aikataulujaan, niin, että heillä jää aikaa hoivattavan perustarpeista huolehtimiseen. (Lipson ym. 2000,113.) Esimerkiksi Ugandan valtion alaisuudessa toimivissa sairaaloissa jää omaisten vastuulle myös sairaan hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen. Suomessa sairaanhoitajan työ koostuu pitkälti perushoidosta, joka käsitteenä tuntui pitkälti puuttuvan Ugandan ja Kenian perusterveydenhuollon piiristä.

Suhtautuminen yksityisyyteen on perheen ohella merkityksellinen kulttuurin piirre. Esimerkiksi Etiopiassa henkilökohtaisia tietoja ei kerrota helposti, varsinkaan uusille tuttavuuksille. Salaisuudet kerrotaan vain lähimmille ystäville. Terveystieteidenhuollossa luottamuksellisuuden vakuuttaminen ja kysytyjen tietojen tärkeyden selittäminen on

erittäin merkittävää, jotta potilas puhuisi ongelmistaan. Hoitohenkilökunta voi puhua perheenjäsenen tai uskotun ystävän kanssa terveystilanteesta, jotta voidaan päättää oikea lähestymistapa. Usein potilaalle ei puhuta suoraan. Tieto vakavasta sairaudesta tai perheenjäsenen kuolemasta kerrotaan perheelle tai läheiselle ystävälle, joka päättää sopivan ajan ja tavan tiedon kertomiselle. Vakavasta sairaudesta avoimesti puhumisen uskotaan voivan häiritä hoitoa. (Lipson ym. 2000, 104–105.)

Stigma, eli leimautuminen voi saada yksilön syrjäytymään sosiaalisesta verkostosta. Stigmaa on tyypillisesti luonnehdittu yksilön tai yhteisön sosiaalisesti hylkäämiseksi. Leimaaminen voi myös pohjautua henkilön etniseen, seksuaaliseen tai sosioekonomiseen statukseen. Yleensä taustalla on kuitenkin jokin terveysongelma, kuten HIV. Kehittyvissä maissa HIV, tuberkuloosi, sekä lepra ovatkin yleisimpiä leimautumiseen johtavia sairauksia. Weiss ym. 2006 ovat tutkineet terveyteen liittyvää stigmaa, ja nostaneet esille erityisesti sen, kuinka tärkeää terveydenhuollon henkilökunnan on tähän puuttua. Leimautumisen pelko voi esimerkiksi estää hakeutumisen sairaalahoitoon, vaikka oikeanlaisella hoidolla tauti olisikin hoidettavissa. Kulttuuriset erot vaikuttavat siihen, kuinka leimautunutta henkilöä kohdellaan yhteisössä. (Weiss ym. 2006, 277, 281.)

4.2.2 Naisen asema ja ympärileikkaus

Kautta aikojen naisia on laiminlyöty ja heillä on ollut vähemmän poliittisia, taloudellisia, laillisia ja sosiaalisia oikeuksia sekä mahdollisuuksia kuin miehillä. Tämä on havaittavissa edelleen ympäri maailmaa, erityisesti kehittyvissä maissa. (Womankind Worldwide 2010a.) Saharan eteläpuolisessa Afrikassa asuvista 15–19-vuotiaista tytöistä on naimisissa noin 60 prosenttia ja maailmassa 62 miljoonalta tytöltä on eväty mahdollisuus koulunkäyntiin. Unicefin julkaisema lapsen oikeuksien sopimuksen sekä YK:n julistaman naisten oikeuksien sopimuksen tavoitteina on ollut turvata haavoittuvien ja helposti alistuvien ryhmien, naisten ja lasten asemaa. Kansainväliset ihmisoikeussopimukset eivät läheskään aina toteudu naisten aseman parantamisen eduksi. (Plan Suomi Säätiö 2009a.)

Koulutuksen puute vaikuttaa tyttöjen ja naisten yhteiskunnallisesti heikkoon asemaan. Koulutuksen kautta naiset voivat taata valoisamman tulevaisuuden itselleen ja omille lapsilleen. Koulutettujen naisten suhtautuminen tyttöjen koulunkäyntiin on usein

myönteinen. Jokainen tytön koulussa viettämä vuosi lisää hänen tulojaan 10–20 prosentilla. Taloudellisiin ja kulttuurisiin syihin pohjautuen poikia pidetään jossain mais-
sa arvokkaampina kuin tyttöjä. (Plan Suomi Säätiö 2009b; Suomen United Nations
Development Fund for Women 2006.)

Naiset kohtaavat monenlaista henkistä ja fyysistä väkivaltaa. Perheväkivalta, seksuaa-
linen hyväksikäyttö, ihmiskauppa, alistaminen ja poisotettu mahdollisuus vaikuttaa
seksuaalielämän aloittamiseen ja perheen perustamiseen ovat kaikki naisen asemaa
alentavia tekijöitä. Muun muassa edellä mainittujen syiden vuoksi naisten terveys on
uhattu. Toistuvat raskaudet ja synnytykset sekä ravinnonpuute alentavat naisten ter-
veydentilaa. Saharan eteläpuolisessa Afrikassa nuorten naisten vaara saada HIV on
kolminkertainen samanikäisiin miehiin verrattuna. (Suomen United Nations Devel-
opment Fund for Women 2006; Womankind Worldwide 2010b.)

Ympärileikkaus on paljon puhuttu, kulttuuria määrittelevä, ja naisten oikeuksia polke-
va perinne monissa Afrikan maissa. Varsinkin monien maiden laissa kielletty ja YK:n
ihmisoikeuksia rikkova naisten ympärileikkaus on nostanut keskustelua vuosikymme-
nien ajan. Vaikka naisten sukuelinten silpominen on monien kampanjoiden myötä
vähentynyt, suoritetaan niitä edelleen uskonnon ja kulttuuriperinteiden nimissä. (Bru-
sila 2008, 116,119) Naisten silpomista perustellaan kulttuurilla, uskonnolla, seksuaali-
suudella ja puhtaudella. Esimerkiksi joissakin maissa uskotaan ympärileikkauksen
tekevän naisesta hygieenisemmän ja puhtaamman, ja parantavan hedelmällisyyttä.
Joissakin maissa miehet saattavat kieltäytyä menemästä naimisiin leikkaamattomaan
naisen kanssa. Leikkauksella siis suojellaan tytön neitsyyttä, ja toisaalta kontrolloi-
daan naisen seksuaalisuutta. Todellisuudessa naisen ympärileikkaus on kuitenkin val-
tava terveysriski. Se voi aiheuttaa jatkuvia tulehduksia, lapsettomuutta tai jopa kuole-
man verenvuodosta johtuen. (Brusila 2008, 118–120.)

Yleisimpiä ympärileikkaukset ovat Afrikassa ja Lähi-idässä, mutta siirtolaisuuden ja
pakolaisuuden vuoksi sitä tapahtuu kuitenkin tänä päivänä ympäri maailmaa. Maail-
massa on WHO:n arvion mukaan 100–140 miljoonaa ympärileikattua naista ja kahden
miljoonan uskotaan elävän jatkuvan uhan alla. Ugandassa ympärileikattujen naisten
osuus on alle 25 prosenttia, kun taas Keniassa osuus on 51–75 prosenttia. Yleisintä
tämä on Afrikan maista muun muassa Egyptissä, Sudanissa ja Etiopiassa. Suurin osa
tyttöjen ympärileikkauksista suoritetaan maaseudulla. (Brusila 2008, 116–117.)

Ympärileikkaukset ovat esillä Itä-Afrikassa niin HIV/AIDSin ehkäisyssä kuin tartunnassakin. Vaikka monet heimot ovat kääntyneet kristinuskoon, pysyvät vanhat perinteet elämässä mukana. Keniassa muun muassa Masai -heimon tapa ympärileikata niin poika- kuin tyttölapsetkin, edistää AIDSin leviämistä, sillä leikkaukset tehdään samoilla välineillä puhdistamatta niitä välillä. (Brusila 2008, 71–72.)

Nykyään on vallalla vahva, tutkimuksiinkin perustettu ja YK:n tukema, käsitys miesten ympärileikkauksen HIViä ehkäisevästä vaikutuksesta. WHO:n mukaan heteromiesten ympärileikkaus voi vähentää tartuntariskiä jopa 60 prosenttia. (World Health Organization 2010a.) Ympärileikkauksen vaikutus perustuu parempaan genitaalihygieniaan (UNAIDS 2006). Ympärileikkausten lisääminen voi tutkimusten mukaan ehkäistä 5,7 miljoonaa tartuntaa ja 3 miljoonaa AIDS-kuolemaa Saharan eteläpuoliossa Afrikassa seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana (Soininen 2007). Keniassa ympärileikkauksia suoritetaan osassa terveyskeskuksia maksutta. Tämä aihe puhuttaa Keniassa paikallista väestöä (ks. KUVA 3.).



KUVA 3. Ympärileikkaus puhututtaa.

Perinteisten kulttuurien juuret ovat syvällä. Kulttuurit sisältävät paljon niin positiivisia kuin negatiivisiakin tapoja ja tottumuksia, joita on vaikea uudistaa. Terveyskasvatuksella ei pyritä muuttamaan kulttuuria, vaan lähinnä antamaan tietoa ja uusia näkökulmia ajattelulle. (Lämsä 2004, 143.)

5 TEKNOLOGISET TEKIJÄT – ERILAISET VIESTIMET TERVEYSKASVATUKSEN TYÖVÄLINEENÄ

Harjoittelujaksojemme aikana havainnoiduilla alueilla Keniassa ja Ugandassa terveyskasvatuksen perille saamisen ongelmana on ammattihenkilökunnan riittämättömyys, erityisesti syrjäisillä maaseutualueilla. Näiden alueiden mahdollisuus saada terveyspalveluja ei ole kysyntää vastaava. Vaarana on, erityisesti kehittyvissä maissa, syrjäisimpien yhteisöjen eristäytyminen julkisen terveydenhuollon piiristä. (Chitanda 1990, 5.) Apuun ovat tulleet informaatio- ja kommunikaatioteknologia. Terveyskasvatusta on alettu välittää yhä enemmän television, radion, Internetin sekä viimeisimpänä mobiiliteknologian, eli matkapuhelinten avulla. (Kaplan 2006.)

5.1 Terveysviestintä

Maailman terveysjärjestö, WHO, on määritellyt terveysviestinnän seuraavasti:

”Terveysviestintä on keskeisin keino välittää yleisölle terveystietoa ja pitää yllä julkista keskustelua merkittävistä terveyskysymyksistä. Kaikkia joukkoviestinnän muotoja, sekä uusia että vanhoja, voidaan käyttää levitettäessä yleisölle hyödyllistä terveysinformaatiota sekä lisättäessä tietoisuutta niin yksilön kuin yhteisönkin terveyden merkityksestä kehitykseen.” (Torkkola 2002, 5.)

Terveysviestintä (*health communication*) on tutkimusalana nuori, vaikka itse terveysviestintää on esiintynyt jo pitkään (Torkkola 2002, 9). Euroopassa ensimmäiset valistusoppaat ovat olleet käytössä jo 1500-luvulla. Yhdysvalloissa annettiin terveysvalistusta 1700-luvulla muun muassa isorokosta ja alkoholin käytöstä. Osaksi suomalaista terveydenhoitoa se vakiintui 1800-luvulla. (Torkkola 2007, 2; Torkkola 2005.)

Terveysviestintä on monitieteellinen ala, jonka vuoksi yhtä yhtenäistä määritelmää on vaikea luoda (Torkkola 2007, 2). Terveysviestinnän ympäröivä ja laaja määritelmä kattaakin periaatteessa kaiken sairautta, terveyttä, lääketiedettä sekä terveydenhuoltoa käsittelevän viestinnän. Terveysviestinnän on kuvattu olevan kokonainen prosessi, jossa tuotetaan ja uudistetaan terveystodellisuutta sekä välitetään sairauteen ja terveyteen liittyvää informaatiota. (Torkkola 2005.)

Torkkola (2007) on jakanut terveystiedon eri osa-alueisiin, jotka koostuvat muun muassa terveystiedosta, -journalismista, -mainonnasta sekä viihteestä. Lisäksi jaotteluun kuuluvat lääkärin tai hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus sekä terveydenhuollon sisäinen ja ulkoinen viestintä. (Torkkola 2007, 5.)

Terveystiedossa terveyttä pidetään itseisarvona. Tiedosta toteutetaan tyypillisesti erilaisten kampanjoiden avulla, joiden tavoitteena on vaikuttaa suoraan kansalaisten terveystietämiseen. Kampanjoiden pyrkimyksenä on myös saada tilaa mediasta, ja journalismin kautta tuoda aihe julkisen keskustelun piiriin. (Torkkola 2005, 5.) Esimerkiksi Ugandassa ja Sambiassa nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi on käytetty monenlaisia tiedustekijöitä aina erilaisista tapahtumista yksilölliseen tiedutukseen. Hyvin suunniteltujen ohjelmien ansiosta esimerkiksi HIV -tartuntojen määrä on saatu laskuun. (Alkio ym. 2003, 16–17.)

Viihteen kautta annettua terveystiedosta on pidetty perinteisiä muotoja tehokkaampana erityisesti kehittyvissä maissa. Esimerkiksi perhesuunnitteluun on käytetty radiossa esitettäviä saippuaoppoita. Suomessa viihteen antamia mahdollisuuksia on hyödyntänyt Diabetesliitto vuonna 2001 muun muassa laulun ”Tauti aikuisen, kypsän ihmisen” muodossa. Median kautta tulevaa terveystiedon välittämistä on tänä päivänä paljon, ja se onkin yksi olennaisimmista tavoista välittää terveystietoa. Median välittämän rajattoman tiedon vaikutukset voivatkin olla niin positiivisia kuin negatiivisia. Vääriä käsityksiä voi syntyä esimerkiksi televisiosarjojen pohjalta. (Torkkola 2005, 5–6; Torkkola 2002, 6.)

Journalismissa pääpaino ei ole faktatiedon välittämällä, vaan merkitysten luomisella ja keskustelun herättämällä terveydestä ja sairaudesta. Terveystiedonjournalismi on ajankohtaista ja asiapohjaista joukkoviestintää, jonka keinoja ovat journalistiset tekstit ja kuvat. (Torkkola 2002, 71–72.)

Terveydenhuollon organisaation strategioiden ja strategisten painopisteiden toteuttaminen on terveydenhuollon sisäisen viestinnän päätavoite. Viestinnän tulee olla johdonmukaista ja pitkäjänteistä, jotta saadaan ylläpidettyä yhteiset linjaukset ja pelisäännöt sekä hyvä työilmapiiri. Nämä muodostavat organisaation ulkoisen kuvan, eli imagon. Terveydenhuollon ulkoisen viestinnän tarkoituksena on esimerkiksi organisaation tarjoamista palveluista kertominen, tiedon välittäminen sekä positiivisen mie-

likuvan vahvistaminen palvelujen käyttäjien keskuudessa. Toimivia tapoja viestin välittämiseen ovat erilaiset esitteet, tiedotteet sekä suorat potilaskontaktit. (Torkkola 2002, 122–125.)

Terveysviestinnän yksi tärkeimmistä osa-alueista on terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välillä tapahtuva vuorovaikutus. Keskustelun sujuvuus vaikuttaa pitkälti siihen, saako potilas käynnillään hoitonsa kannalta oleellisen ja riittävän tiedon. Onnistunut vuorovaikutus asettaa vastuuta niin potilaalle kuin ammattihenkilölle. (Torkkola 2002, 36.) Esimerkiksi jos potilas ei kerro sairauden oireita rehellisesti, ei lääkäri kykene määräämään parasta mahdollista hoitoa ja lääkitystä.

Hong Kongissa, maailman kolmanneksi tiheimmin asutussa kaupungissa terveystiedon välittämisestä on tehty näkyvä osuus julkista katukuvaa. Esimerkiksi tarkat hygieniamääräykset käsienpesusta ja oikeasta niistämistekniikasta ovatkin hyvin tarpeen alueella, jossa asuu yli 6000 ihmistä neliökilometriä kohden. Terveystiedon välittäminen on näkyvintä metroissa ja julkisilla paikoilla, joista voi löytää erilaisia terveystiedon julisteita sekä käsidesinfektioautomaatteja. (Kansanterveyslaitos 2008, 11–12.) Myös Ugandassa voi nähdä suuria terveystiedon julisteita vilkkaasti liikennöityjen teiden varsilla.

5.2 Viestinnän teknologia terveystiedon välittäjänä

Informaatio- ja kommunikaatioteknologia tarjoavat uusia mahdollisuuksia terveydenhuollon toteuttamiseen ja terveystiedon välittämiseen. Sillä tarkoitetaan kaikkea teknologiaa, joka mahdollistaa elektronisen tiedontalennuksen, -käsittelyn ja –siirron (Parliamentary of Science and Technology 2006, 1). Pioneeritutkimusten pohjalta on saatu nostettua esille uuden teknologian tarjoamia mahdollisuuksia ja hyötyjä (Kosaraju ym. 2010). Informaatio- ja kommunikaatiovälineiden, kuten tietokoneiden ja matkapuhelimien, määrä ja käyttömahdollisuudet ovat kasvaneet viime vuosina huomattavasti koko maailmassa, varsinkin kehittyvissä maissa. Esimerkiksi vuonna 1999 Afrikan maissa alle 10 prosenttia ihmisistä asui matkapuhelinten kantavuusalueilla. Vuonna 2010 vastaava prosentti on 60. (Aker ym. 2010.)

Vuonna 2009 maailmassa oli yhteensä 3,3 miljardia matkapuhelinta. Mobiiliteknologiasta on tullut yksi maailman vallitsevimmistä medioista, vain radio ohittaa matkapuhelimet käyttäjämäärällään. Television katselumahdollisuus oli vuonna 2007 maa-

ilmassa noin 1,5 miljardilla ihmisellä ja Internetiä käytti 1,3 miljardia ihmistä. Lyhyiden sanomien lähettämiseen käytetään maailmanlaajuisella tasolla kuitenkin kaksi kertaa enemmän tekstiviestejä kuin sähköpostia. (Lefebvre 2009, 490.)

Vuonna 2001 kaikista Afrikassa asuvista 816 miljoonasta ihmisestä yhdellä neljästä oli radio, yksi kolmestatoista omisti television, yhdellä neljästäkymmenestä oli puhelinlinja ja yksi sadastakuudestakymmenestä käytti Internetiä. 2000-luvun aikana muun muassa matkapuhelimien määrä on kuitenkin moninkertaistunut. (Skuse ym. 2004, 9.)

5.2.1 Lähetysteknologia

Vaikuttavimmat terveyskasvatuksen muodot ovat sellaisia, jotka herättävät keskustelua. Vaikka uudemmat teknologiat yleistyvät, tulee perinteisiä, käytössä olevia välineitä hyödyntää mahdollisimman paljon. Radion ja television välityksellä terveyskasvatuksen välittäminen on tehokasta, ja se tavoittaa köyhät, syrjäisemmätkin yhteisöt. (Skuse ym. 2004, 11.)

Radio soveltuu hyvin maihin, joissa lukutaito ei ole itsestäänselvyys, sillä kuulijan ei tarvitse osata lukea tai kirjoittaa ymmärtääkseen asian. Afrikassa radio on edelleen suurin massamedian muoto. Esimerkiksi Ruandassa jokaista televisiota kohti maassa on 101 radiovastaanotinta. (Skuse ym. 2004, 8-9.) Radiolähetyksiä on käytetty terveyskasvatuksen tukena jo pitkään. Esimerkiksi Sambiassa radio-ohjelmaa kokeiltiin terveystiedon välityksessä ensimmäisen kerran 60-luvulla, tällöin huonoilla tuloksilla. Kokeilun myötä terveydenhuollon henkilökunta tuli kuitenkin tietoiseksi radion käytön mahdollisuuksista. Ajatusta kehitettiin, ja uusi ohjelma tuli radioihin vuonna 1982. (Chitanda 1990, 7.) Terveyskasvatuksessa on käytetty muun muassa uutisia, mainoksia, keskusteluohjelmia ja jopa saippuasarjoja. Viimeksi mainittu onkin erittäin suuressa roolissa terveysvaikuttajana, sillä ne ovat viihdyttäviä ja herättävät paljon keskustelua. (Skuse ym. 2004, 17, 34.)

Radioviestinnällä on saatu hyviä tuloksia terveyskasvatuksessa, mutta sillä on myös ongelmansa. Muun muassa mainonnan lisääntyessä yritykset, esimerkiksi lääkefirmat, saavat enemmän mainostusaikaa. Kun samaan vaivaan mainostetaan montaa lääkettä, lääkkeiden yhteisvaikutuksista syntyvät ongelmat lisääntyvät. (Skuse ym. 2004, 23.)

Radio on terveyskasvatusvälineenä tehokas muun muassa sen vähäisten kustannusten vuoksi. Radioasemille lähetysten tuottaminen on lähes ilmaista. Kuulijalle radiolaite ei maksa myöskään paljon. Joskus ongelmaksi saattaa kuitenkin koitua sähkön puuttuminen, jolloin radion kuuntelemiseen tarvittavat paristot voivat tulla liian kalliiksi. (Skuse ym. 2004, 8–9.) Ihmisiä kannustetaan muodostamaan ryhmiä tai kerhoja, joissa kuunnellaan radio-ohjelmia. Tämä tulee halvemmaksi yhteisölle, samalla edesauttaen tiedon leviämistä laajemmalle ja auttaen herättämään tärkeää keskustelua. Keskustelu, väittely ja jokapäiväinen juoruilu siirtävät tietoa kuulijoilta myös niille, jotka eivät radiota pääse kuulemaan. (Skuse ym. 2004, 11, 26)

Kuuntelukerhojen lisäksi radioita, ja myös televisioita, tulisi sijoittaa yleisille paikoille, kuten kouluihin, klinikoille, kauppoihin ja toimistoihin. Näin lisätään köyhempien mahdollisuuksia hyötyä informaatio- ja kommunikaatioteknologiasta. (Skuse ym. 2004, 27.) Esimerkiksi Keniassa Kisumun Lumumban terveyskeskuksen odotustilassa on televisio, jossa pyörii saippuasarjoja. Monille, varsinkin naisille, tämä on ainoa mahdollisuus katsella televisiota. Olemassa olevia välineitä tulisi käyttää enemmän hyödyksi. Esimerkiksi saippuasarjojen väliin voisi sijoittaa terveyskasvatusmateriaalia, jolloin tietoa välittyisi monelle.

Radiolähetyksiä tehdään niin kansainvälisellä, kansallisella kuin paikallisella levityksellä. Yhteisöjen omat radiokanavat ovat suuressa roolissa varsinkin maaseutujen terveyskasvatuksessa ja voimaannuttamisessa. Tämän tiedostavat myös hallitukset ja muut lahjoittajat. Paikallisradioiden lähetyksiä juontavat yhteisön omat jäsenet, ja aiheet on mietitty juuri sitä yhteisöä hyödyttäväksi. Ne voidaan suunnata tietylle ryhmälle tai tietyn teeman mukaan. Lähetykset toimitetaan yhteisön omalla kielellä ja murteella, mikä tekee puhuttavasta asiasta ymmärrettävämmän ja uskottavamman kuuluisen. Paikallisradiot edistävät köyhien ihmisten oikeutta kommunikoida, tulla kuulluksi, mikä on erityisen tärkeää edistettäessä demokratiaa ja ihmisoikeuksia. (Skuse ym. 2004, 17–21.)

Paikallisradioissa on riskinä, että yhteisössä vallitsevia vääriä käsityksiä ja uskomuksia alkaa levitä radion paikallisten juontajien kautta (Skuse ym. 2004, 21). Kyse voi olla juontajan tietämättömydestä tai hänen halustaan pitää perinteisiä uskomuksia yllä. Vastaanottajan kuullessa tietoa, jonka tietää vääräksi, hän luultavasti menettää uskonsa radiolähetysten luotettavuuteen. (Chitanda 1990, 17.) Itä-Afrikassa levinneet

rokotusten vastaiset huhut vaikuttivat erittäin negatiivisesti rokotusaktiivisuuteen. Ugandan Greater African Radio oli yksi monista kanavista, joka levitti vääristynyttä tietoa rokotusten sivuvaikutuksista, ja joka on näin ollen osallisena poliorokotusten ottajien määrän laskuun. Tutkimusten mukaan syynä väärän tiedon lähettämiseen oli yksinkertaisesti oikean tiedon puute ja luulo, että huhu tulisi tiedottaa kaikkien mahdollisten medioiden kautta, mahdollisimman monelle. Huhut tulisi kuitenkin tarkistaa aina ennen niiden julkiseksi tuomista. (Skuse ym. 2004, 28.)

Etelä-Afrikassa toimiva Soweto Community Radio (SCR), eli Soweton paikallisradio, on sitoutunut terveystiedon välittämiseen. Se käyttää muualla tuotettuja sekä itse tuotettuja ohjelmia, jotka käsittelevät kaikkea mahdollista HIV/AIDS:sta lasten terveyteen. Ohjelmista on tullut erittäin suosittuja. Arvioitu kuuntelijamäärä radiokanavalla vuonna 1998 oli 115 000 ihmistä. Tänä päivänä jokainen ohjelma saa keskimäärin 2000 puhelua koskien HIV/AIDSia, perhesuunnittelua ja sukupuolikysymyksiä. Puolen vuoden tuotantokulut ovat erittäin alhaiset, vain noin 3000 Yhdysvaltain dollaria. Perustuen epäviralliseen keskusteluun ja paikallisiin kuuntelijoihin, radioasema uskoo, että ohjelmien vaikutukset ovat hyviä. (Skuse ym. 2004, 19.)

Yhtenä radioviestinnän ongelmana on pidetty myös sitä, että keskustelu on yhden-suuntaista. Kuulija ei pääse vastaamaan tai kommentoimaan. Kehittyneissä maissa ei tarvitse kuin soittaa radioasemalle, kun taas köyhemmissä maissa puhelimia ei välttämättä ole. Burkina Fasossa eräällä radioasemalla tämä ongelma näkyy myös. Puhelimia ei ole, joten ihmiset ajavat polkupyörillä lähikylistä ja kokoontuvat studioon keskustelemaan. Jotkut kuuntelevat radiota kotona ja lähtevät studiolle kesken ohjelman osallistuakseen väittelyyn. Matkapuhelinten määrä syrjäisimmilläänkin seuduilla on kuitenkin huomattavasti lisääntynyt viime vuosina, joten osallistuminen keskusteluun helpottuu jatkuvasti. (Skuse ym. 2004, 14.)

Vaikka paikallisradiot ovat erittäin tärkeitä ja hyödyllisiä syrjäisille yhteisöille, niitä ei välttämättä joka paikassa resurssien puutteen vuoksi ole. Julkiset radiot ovatkin usein yhteisön ainoa väylä saada terveystietoa, uutisia ja viihdettä. Kaupunkialueilla ihmisillä on vaihtoehtoja valita paikallisradioiden ja julkisten välillä (Skuse ym. 2004, 22, 38).

Julkisten radiokanavien etuja on, että ne ovat paremmin varusteltuja, ja näin ollen pystyvät tuottamaan monipuolisempia ohjelmia kuin paikallisradiot. Julkisten radioiden on mahdollista suunnata lähetyksensä suurille massoille. Ne ovat usein suosittuja, mikä edesauttaa terveystietien leviämistä laajalle. Toisin kuin paikallisradioiden kautta, viestit menevät useammille eri ryhmille, tavan kansalaisten lisäksi myös päättäjille ja hallituksen jäsenille. Julkisilla radioilla on myös mahdollisuus toimia paremmin yhteistyössä merkittävien ministeriöiden ja hallituksen ulkopuolisten organisaatioiden kanssa, ja näin ollen mahdollisuus luotettavampaan ja tuoreempaan terveystietoon sekä asiantuntijoiden mielipiteisiin. Terveystietointä tätä kautta onkin usein terveystietministeriöiden alaisuudessa. (Skuse ym. 2004, 22, 38.)

Julkisten radioiden haittapuolia voivat olla niiden avoimet poliittiset suuntaukset ja propagandan omaiset lähetykset. Tämä syö radioilta rahoittajia, mikä taas vaikuttaa heikentävästi kanavien kautta toimitettavaan terveystietkasvatukseen. (Skuse ym. 2004, 38.) Radioiden rahoituksessa hallituksen ulkopuolisten organisaatioiden rooli kasvaa, valtioiden tukien vähetessä ja mainonnan lisääntyessä. Rahoittajien rooli on radioissa suuri, sillä niiden varassa on kestävyden, taidon sekä tasapuolisuuden edistäminen. (Skuse ym. 2004, 23.)

Kansainväliset radiot ovat julkisten tapaan suuressa asemassa syrjäisillä seuduilla. Muun muassa BBC World Service ja Voice of America ovat tunnettuja työstään kehittyvien maiden terveyden edistämisessä. BBC on tehnyt terveystietkasvatusta välittäviä, ohjelmia esimerkiksi hindiksi, swahiliksi ja mandariinikiinaksi. Nämä ohjelmat ovat teknisesti sekä tiedoiltaan laadukkaita. Kansainvälisillä radioilla, varsinkin yhteistyössä paikallisten kollegoiden kanssa, on usein edelläkävijän rooli herkkien aiheiden, tabujen, käsittelyssä. Esimerkiksi Ruandassa toimii projekti, jossa paikallinen tuotantoryhmä tuottaa kansainvälisen tason ohjelmaa, paikallisella kielellä, käsitellen seksuaaliterveyttä. Ohjelma lähetetään BBC World Service's Great Lakes Lifeline Servicen kautta. (Skuse ym. 2004, 24.)

Ongelmana kansainvälisillä radioasemilla on etäisyys kuulijoihinsa. Koska paikallisia tarpeita ei tiedetä, kanavien täytyy usein turvautua hyvin yleisiin aiheisiin ja näkökulmiin. Kansainvälisten radioiden uskotaan usein olevan poliittisia, propagandistisia, ulkopoliittisia tai niillä uskotaan olevan vain vähän hyötyä paikallisen median kehittä-

tämiselle. Ne ovat kuitenkin alkaneet ottaa enemmän osaa paikallisten radioiden kouluttamiseen ja voimaannuttamiseen. (Skuse ym. 2004, 24, 39.)

Myös kriisi- ja konfliktitilanteissa, joissa terveydenhuolto usein ylikuormittuu, kansainväliset radiot ovat suuri apu. Tällöin radiot lisäävät esimerkiksi hygieniää, sairauksien ehkäisyä, viemäröinnin tärkeyttä ja onnettomuuksien ehkäisyä käsitteleviä tiedotteita. (Skuse ym. 2004, 25.)

Televisio on myös terveystieteiden välineenä käytännöllinen, mutta ei kuitenkaan kehittyvissä maissa yhtä yleinen kuin radio ja mobiiliteknologia. Israelissa on tehty tutkimus televisio-ohjelman vaikuttavuudesta lasten terveystietoon. Asiantuntijaryhmän laatima 30-osainen lastensarja esitettiin useita kertoja kesäloman 1999 aikana suosituilla lasten tv-kanavalla. Ohjelma kertoi viihdyttäviä tarinoita terveystietoisuudesta kahden tarkkaan suunnitellun piirroshahmon kautta. Aiheita olivat esimerkiksi sosiaaliset suhteet, onnettomuuksien torjunta, hygienia, ravitsemus ja auringolta suojautuminen. (Tamir ym. 2003, 245–248.)

Ohjelman esittämisen jälkeen koottiin kysely, johon vastasi 300 7–8 -vuotiasta lasta. Tulokset olivat positiivisia. Esimerkiksi 93 prosenttia vastanneista lapsista muisti piirroshahmot tarkasti, 92 prosenttia halusi nähdä lisää ja 75 prosenttia myönsi saaneensa uutta tietoa terveystietoisuudesta. (Tamir ym. 2003, 245–248.)

Israelissa koulujen terveystieto ei ole kovin pitkälle edennyt. Niinpä tämän tv-ohjelman myötä terveysministeriö kehitti kouluille uuden terveystieto-ohjelman, sekä Internet-sivuston, perustuen samoihin piirroshahmoihin. Tutkijat ovatkin sitä mieltä, että lasten terveystietoisuudessa hyödyllisintä olisi yhdistää joukkotieto, koulujen ja yhteisöjen terveystieto-ohjelmat sekä laki. (Tamir ym. 2003, 249–251.)

Massamedioiden vaikutus yksilön terveystietoisuuteen on usein negatiivinen. Jopa 60 prosenttia televisio-ohjelmista sisältävät väkivaltaa sekä viittauksia seksiin, alkoholiin, tupakkaan ja huumeisiin. (Tamir ym. 2003, 245.)

5.2.2 Informaatioteknologia

Informaatioteknologialla tarkoitetaan erilaisia sähköisiä viestimiä. Matkapuhelimet, radio sekä televisio ovat esimerkkejä näistä, mutta erityisesti termillä viitataan tietoteknologian sovellutuksiin ja Internetiin. (Näreaho.) Länsimaissa Internetistä on tullut ehkä yleisin ja helpoin tiedon lähde. OECD-maat ovatkin kärkimaita IT-teknologian käyttömahdollisuuksien kannalta. (Parliamentary of Science and Technology 2006, 2.) Suomessa on kehitetty paljon Internet-sivustoja, jotka tarjoavat luotettavaa ja laajaa terveystietoa. Tällaisia sivustoja ovat esimerkiksi terveysalan tutkimus- ja asiantuntijalaitosten ylläpitämät TerveSuomi.fi ja Terveyskirjasto.fi. (Kansanterveyslaitos 2008, 18–19.) Tilanne ei kuitenkaan vielä ole sama kehittyvissä maissa, joissa tiedon tarve on paljon suurempi. Vain kuudesosa maailman väkiluvusta käytti Internetiä vuonna 2007. Kasvu tätä edeltävän kymmenen vuoden aikana oli kuitenkin massiivinen. (Missen ym. 2007; Parliamentary of Science and Technology 2006, 1–2.)

Informaatioteknologia on alkanut viime vuosina jalkautumaan toden teolla myös Afrikkaan. Esimerkiksi Ruandassa vuonna 2007 valtio käytti budjetistaan 1,6 prosenttia IT-alan kehittämiseen, mikä on hyvä, sillä Saharan eteläpuoleisen Afrikan IT-teknologia on maailmantason vertailussa viimeisenä. Ruandan budjetista käyttämä prosenttimäärä vastaa teollisuusmaiden tasoa. (Inter Press Service 2007; Parliamentary of Science and Technology 2006, 2.)

Tietokoneiden ja Internetin käyttö kehittyvissä maissa on vielä rajallista. Yhteydet ovat hitaita ja paikoittain, suhteessa elintason, todella kalliita. Kustannusten tuoma ongelma IT-teknologian käytössä kehittyvissä maissa näkyikin laajasti. Oppilaitoksilla ei ole varaa nopeisiin yhteyksiin, joten oppilailta ei voida vaatia etsimään tietoa Internetistä. Tilalle on kehitelty muita vaihtoehtoja. Näistä esimerkkinä *eGranary Digital Library*, joka sisältää yli 700 cd-levyn verran Internet-sivustoja ja muita digitaalisia opetusmateriaaleja. Tämä ”Internet-laatikossa” -ratkaisu ei vaadi minkäänlaista ulkoista yhteyttä ja sisältää tehokkaan hakukoneen. On myös kehitelty kommunikaatio-ohjelmia nimenomaan hitaita Internet-liittymiä varten. Niiden avulla mahdollistetaan esimerkiksi etäluentoja kouluissa ja potilas konsultaatioita terveydenhuollossa. (Missen ym. 2007.)

Myös muu resurssipula ja verkkojen levinneisyyden suppeus ovat ongelma. Internet -liittymät ovat keskittyneet lähinnä kaupunkialueille. Esimerkiksi Etiopiassa 94 prosenttia liittymistä sijoittuu pääkaupunkiin Addis Ababaan. (Parliamentary of Science and Technology 2006, 2.) Teknologia edistyy ja verkot laajenevat kuitenkin koko ajan kehittyvissäkin maissa, mikä tarkoittaa, että nopeampia ja edullisempia Internetin käyttömahdollisuuksia on tulossa.

Teknologian on myös kehityttävä. Kehittyvissä maissa, esimerkiksi Saharan eteläpuoleisen Afrikan maissa ja Intiassa, olosuhteet eivät ole usein tietokoneille sopivat. Pöly, kuumuus ja sähkön saannin epävarmuus vaikuttavat tietokoneiden toimintaan ja käyttöikänsä. (Parliamentary of Science and Technology 2006, 2.)

IT-teknologia, niin kuin kaikki muutkin uudistukset, tuo mukanaan niin hyötyjä kuin haittojakin. Hyödyt terveystieteille ja terveyspalvelujen saatavuudelle ovat huomattavia. Teknologia kuitenkin syö esimerkiksi työpaikkoja. Uusi mahdollisuus tiedon hankintaan vie muun muassa töitä erikoisasiantuntijoilta, esimerkiksi maanviljelyssä. Myös elektroniikan mukanaan tuoma jätte tuottaa ongelmia jo valmiiksi vaillinaisille jätteenkäsittelymenetelmille kehittyvissä maissa. (Parliamentary of Science and Technology 2006, 4.) Internetin tarjoaman tiedon määrä on rajaton, joten myös väärää tietoa on loputtomasti. Internetin käyttäjän tulisi aina tarkistaa lähteensä luotettavuus, mitä tapahtuu valitettavan harvoin. (Kansanterveyslaitos 2008, 18.) Tämä voi kehittyvissä maissa olla ongelma, sillä ”puskaradioiden” toiminta on yleistä. Väärä tieto leviää helposti lukijalta muulle yhteisölle.

Informaatioteknologiaa ja sen mahdollisuuksia tutkitaan ja kehitetään jatkuvasti. Esimerkiksi Ugandassa on parhaillaan menossa terveysministeriön alaisuudessa toteutettava kolmevuotinen ”ICT4MPOWER” -projekti, joka tutkii informaatio- ja viestintätekniikan mahdollisuuksia parantaa maan terveystilannetta erityisesti maaseutualueilla. Projekti toteutetaan Etelä-Ugandassa, Isingiron alueella. Tarkoituksena on koota kuvarekisteri kylien asukkaista kamerapuhelimia apuna käyttäen. Kuvat ja potilastiedot tullaan syöttämään keskusserveriin, johon alueen terveyskeskus II, III sekä IV tulee olemaan pääsy. Tämän jälkeen potilaan sairaskertomusta voisi päivittää aina terveydenhuollon vastaanotolla käynnin yhteydessä, ja uuden järjestelmän avulla myös potilaiden lähettäminen terveyskeskuksesta toiseen helpottuisi. Tähän asti potilaat ovat itse joutuneet kantamaan viikkoa, johon sairaalakäynnit ja lääkärinmääräykset

on merkitty. Ruotsalaisrahoitteisen ja -avusteisen projektin onnistuessa, on ideaa tarkoitettu laajentaa koko Ugandan laajuiseksi. (Kagumire 2009.)

Viestintäteknologiasta puhuttaessa on tärkeä erottaa toisiinsa erottamattomasti käytöksissä olevat termit eHealth ja mHealth. Electronic Health kattaa viestintäteknologian välineiden, kuten, tietokoneiden, matkapuhelinten sekä satelliittien välityksellä annettavat terveyspalvelut ja -tiedon. Mobile Health toimii edellä mainitun alaluokkana, sisältäen matkapuhelimet ja kämmentietokoneet. Molempia teknologiamuotoja käytetään terveyden edistämisen apuna. Vahvan symbioosinsa vuoksi niitä on vaikea erottaa alan tutkimuksissa toisistaan. Mobiiliteknologia, jota on alettu käyttää terveyspalveluiden ja -kasvatuksen välineenä, hyödyntää jatkuvasti muuta tietotekniikkaa. (Vital Wave Consulting 2009, 8.)

5.2.3 Mobiiliteknologia

Mobiiliteknologia käsittää kaikki laitteet ja menetelmät, jotka käyttävät langatonta ja kannettavaa teknologiaa tiedon lähettämiseen tai yhteydenpitoon. Yleisin esimerkki mobiiliteknologiasta ovat matkapuhelimet. (Lefebvre 2009, 491.) Kehittyvissä maissa on alettu toteuttaa erilaisia projekteja, joiden alustavat tulokset ovat olleet positiivisia ja vahvistaneet ajatusta mobiiliteknologian potentiaalista parantaa terveydenhuollon palveluja jopa maailman kaikista syrjäisimmillä seuduilla. (Vital Wave Consulting 2009, 4.)

United Nations Foundation sekä Vodafone Foundation ovat toteuttaneet yhteistyönä 51 erilaista mobiiliteknologian käyttömahdollisuuksia tutkivaa projektia lähinnä kehittyvien Afrikan, Aasian ja Etelä-Amerikan maiden alueilla. Projektit on jaoteltu sisältönsä mukaan kuuden eri otsikon alle. Koulutus ja tietoisuus, tiedon kerääminen ja -seuranta matkapuhelinten avulla, hoitohenkilökunnan välinen kommunikointi ja opetus, tautien ja epidemioiden seuranta sekä diagnostinen ja hoidollinen tuki ovat toimineet projektien pääotsikoina. (Vital Wave Consulting 2009, 39–40.)

”mHealth for Development: The opportunity of Mobile Technology for Healthcare in the Developing World” -nimisen alla kulkevan yhteistyön tavoitteena on saada tietoa kännyköiden käytön mahdollisuuksista terveyspalveluiden ja -tiedon välittäjänä.

UN Foundationin ja Vodafonin yhteistyö vuodesta 2005 alkaen on rahoittanut 15 miljoonan Ison-Britannian punnan arvosta maailmanlaajuisia tutkimusta mobiiliteknologiasta, ja sen mahdollisuuksista vastata maailman suurimpiin terveydenhuollon haasteisiin. (Vital Wave Consulting 2009, 1.)

Yhteistyön tuloksena Afrikassa aloitettiin 21 mobiiliteknologian käyttömahdollisuutta tutkivaa projektia, joista kuusi kohdistui yksistään Ugandaan. Merkittäviä tuloksia saatiin kolmen kuukauden aikana tekstiviestien välityksellä toteutetusta tietovisasta, jota lähetettiin 15 000 matkapuhelinliittymään Mbarran alueella. Koulutusta ja tietoisuutta lisäävän tekstiviestiprojektin tavoitteena oli lisätä alueen asukkaiden HIV/AIDS tietoisuutta ja muuttaa suhtautumista sairauteen. Tarkoitus oli saada asukkaat hakeutumaan vapaaehtoisin HIV-testeihin. Projekti oli interaktiivinen. Osallistujille lähetettiin tekstiviestein monivalintakysymyksiä, jos vastaus kysymykseen oli väärä, sai osallistuja välittömästi oikean vastauksen tekstiviestillä. Osallistumista kannustettiin tarjoamalla ilmaista puheaikaa vastaajille. Viimeisessä tekstiviestissä kehoitettiin osallistujia hakeutumaan HIV-testeihin. Tämän kaltaisten projektien etuna on, että osanottajan henkilöllisyys pysyy salassa, eikä pelkoa leimautumiselle ole. Kuuden viikon aikana HIV-testeihin hakeutujien määrä kasvoi 40 prosenttia. (Vital Wave Consulting 2009,9, 25–26.)

Tiedon keräämistä ja seuranta matkapuhelimia apuna käyttäen on toteutettu esimerkiksi Ruandassa, Perussa sekä Intiassa. ”Phones for Health” -projekteissa terveydenhuollon henkilökunnalle on opetettu, ja annettu käyttöön matkapuhelimia, joihin he ovat keränneet ja tallentaneet terveystietoa. Puhelinten avulla henkilöstö on voinut tehdä lääketilauksia ja ladata hoitoon liittyviä ohjeita. Etelä-Afrikassa HIV -potilaille on annettu mahdollisuus kommunikoida ja kertoa voinnistaan terveydenhuollon ammattilaiselle matkapuhelimen välityksellä. Erityisesti stigman kanssa elävien potilaiden elämää tämä on helpottanut, sillä terveyskeskukseen hakeutumiselle voi leimautumisen vuoksi olla suuri kynnys. Tämän kaltaiselle voinninseurantamuodolle riittää tosin vielä haasteita, sillä ohjelmistoa ei ole mahdollista saada kuin englannin kielellä. (Vital Wave Consulting 2009, 49–50.)

Ugandan Terveydenhuollon Internet-verkosto -ohjelma (*UHIN*) aloitettiin vuonna 2003. UHIN:n avulla lääkärit voivat vastaanottaa uutta lääketieteellistä tietoa puhelimeensa. Vuoteen 2009 mennessä sillä oli 350 tyytyväistä käyttäjää, ja ohjelmiston

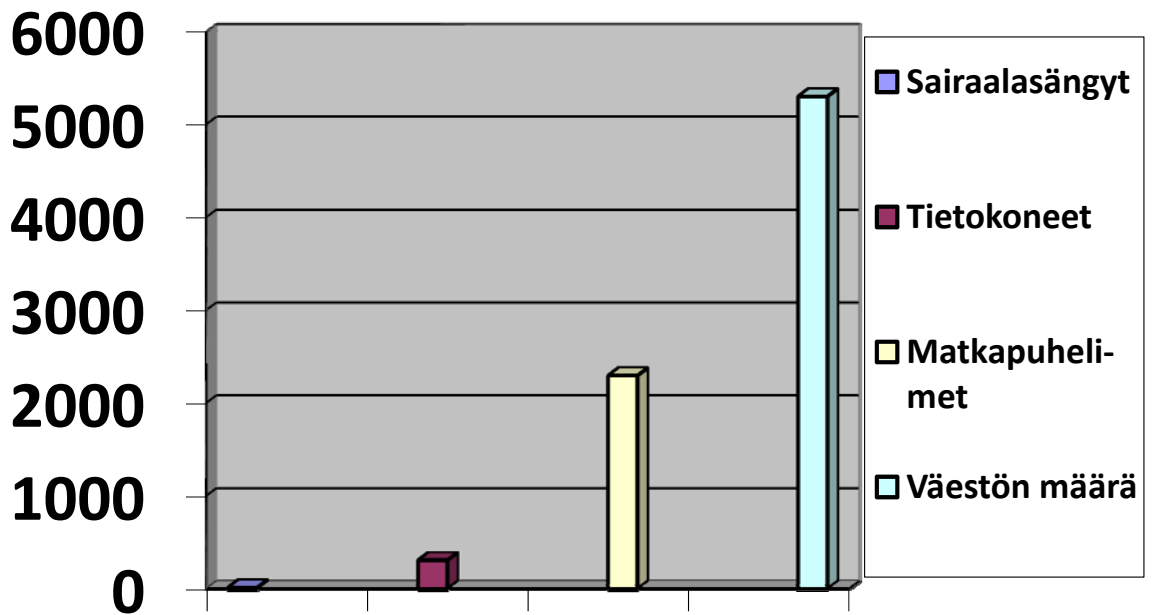
avulla tehtiin 25 prosentin säästö ensimmäisen kuuden kuukauden aikana. Karibianmeren alueella työntekijät ovat voineet käyttää mobiiliteknologiaa keskinäiseen ammatillisen tiedonjakamiseen, sillä kasvotusten tapahtuvat kollegojen kohtaamiset ovat vähäisiä pitkien välimatkojen vuoksi. Tutkimusten pohjalta on havaittu, että tiedonjakkaminen on lisännyt työntekijöiden ammatillista kasvua ja parantanut potilaiden hoidonlaatua. (Vital Wave Consulting 2009, 55, 57.)

Mobiiliteknologian tekstiviestiominaisuutta on alettu käyttää myös esimerkiksi muistuttamaan HIV- tai tuberkuloosilääkkeiden ottamisesta tai ilmoittamaan rokotustilaisuuksista. Hoitohenkilökunta on hyödyntänyt tekstiviestejä epidemioiden puhkeamisesta ilmoittamiseen. (Unicef 2009; Vital Wave Consulting 2009.)

Tekstiviesti on kustannuksiltaan kannattava ja tehokas tapa välittää monenlaisia terveyspalveluja ja -tietoa. Tutkimusten pohjalta on todettu tekstiviestien olevan tehokkaampi terveystiedon välittäjä kuin televisio tai radio, sillä yksityispuhelimeen vastaanotettu viesti tuntuu henkilökohtaisemmalta. (Vital Wave Consulting 2009, 10.)

Mobiiliteknologian vienti kehittyviin maihin on vielä alkuasteella, mutta jo nyt on nähtävissä sen suuria hyötyjä. Sen avulla on mahdollistettu asukkaille parempi pääsy terveydenhuollon palveluihin ja ajankohtaiseen terveystietoon, erityisesti vaikeasti tavoitettavissa yhteisöissä. Teknologia on myös helpottanut diagnoosien tekoja ja tautien seurantaa sekä edistänyt terveydenhuollon henkilökunnan ammatillista osaamista. (Vital Wave Consulting 2009, 5.)

Matkapuhelinten käyttö on jatkuvasti lisääntymässä. Arvioiden mukaan vuoteen 2012 mennessä puolella maailman syrjäisimmillä seuduilla asuvista ihmisistä on mahdollisuus käyttää mobiiliteknologian mukanaan tuomia palveluja. Kännyköiden suhteellisen edullisen hinnan, elintason huomioon ottaen, ja maailmanlaajuisen kännykkäverkoston kehittymisen myötä miljoonat ihmiset, joilla ei ole koskaan ollut mahdollisuutta käyttää lankapuhelinpalvelua, käyttävät nyt kännyköitä. Vuonna 2009 jo 64 prosenttia kehittyvien maiden asukkaista käytti langatonta puhelinta. Kännyköiden suurta määrää konkretisoimaan on koottu seuraava tilastodiagrammi. Kehittyvissä maissa jokaista 5300 asukasta kohti on 2293 matkapuhelinta, 305 tietokonetta ja 11 sairaaläsänkyä (ks. KUVA 4.). (Vital Wave Consulting 2009, 7.)



KUVA 4. Sairaalasäntkyjen, tietokoneiden ja matkapuhelinten suhde väestömäärään kehittyvissä maissa.

Aker ym. (2010) ovat kuvanneet artikkelissaan osuvasti matkapuhelinten edukkuuden suhteellisuutta elintagoon. Keniassa edullisimman matkapuhelimen saa ostettua keskimääräisen kuukausipalkan hinnalla. Länsi-Afrikassa sijaitsevassa Nigerissä, inhimillisen kehityksen tilaston (ks. LIITE 1.) viimeiseltä sijalta löytyvässä maassa, halvimmasta matkapuhelimesta rahastetaan 12,5 kilogramman hirssisäkin verran. Tällä hirsimäärällä viisihenkinen perhe voisi syödä kokonaiset viisi päivää. Minuutin mittaisen puhelun soittaminen Nigerissä maksaa keskimäärin 0,38 dollaria, joka on 40 prosenttia perheen päivänsiosta. Puhelinoperaattorien välinen, jatkuvasti kasvava kilpailu voi kuitenkin laskea puheluiden hintoja myös Nigerissä. Keniassa puhelinliittymien kilpailun vapauttaminen vuonna 2008 laski Kenian sisäisten puheluiden hintoja 0,33 Yhdysvaltain dollarista noin 0,10 dollariin per minuutti. (Aker ym. 2010.)

Terveystenhoillon harjoittajat erityisesti Afrikassa ovat innostuneet yhä enenemissä määrin käyttämään kännyköitä työkaluna parempien terveystalveluiden järjestämiselle. Uusi teknologia yksistään ei kuitenkaan riitä takaamaan syrjäseuduilla asuvien ihmisten hyvinvointia. Suurina haasteina toimivat esimerkiksi huonokuntoiset tieverkotot sekä riittämätön veden- ja sähkönjakelu. Saharan eteläpuoleinen Afrika käyttääkin vain vaivaisen yhden prosentin osuuden koko globaalista sähkökapasiteetista, ja

maiden kahdesta miljoonasta tiekilometristä vain 29 prosenttia on asfaltoitu. (Aker ym. 2010.) Syrjäseudulla asuva äiti voi ehkä tulevaisuudessa pystyä lähettämään tekstiviestillä tiedon sairaalaan kotona vakavasti sairastavasta lapsesta, mutta ilman kunnollista tietä lapsi on mahdotonta toimittaa asianmukaiseen hoitoon.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa terveyskasvatuksellisia tarpeita Itä-Afrikassa, erityisesti Kenian Kisumussa ja Ugandassa pääkaupungin Kampalan sekä Mpigin ympäristössä kolmen kuukauden harjoittelujaksojen aikana. Tavoitteena on, että aineistostamme nousevat esille alueiden suurimmat terveysongelmat, joiden esiintymiseen terveyskasvatuksella voidaan vaikuttaa.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat suurimmat terveysongelmat Itä-Afrikassa, erityisesti Kenian Kisumussa sekä Ugandassa Kampalan ja Mpigin ympäristössä?
2. Millaista terveyskasvatusta alueilla jo annetaan?
3. Millaisia terveyskasvatuksellisia tarpeita alueilla esiintyy?

7 TUTKIMUSMENETELMÄ

7.1 Havainnointi tutkimusmenetelmänä

Tutkimusmenetelmänä käytämme observointia eli havainnointia. Havainnoimme ympärillä tapahtuvia asioita. Kaikki tekemämme havainnot tapahtuvat kentällä ilman laboratorio-olosuhteita. Vaikka observointimme tapahtuu pääasiallisesti työaikana, mieleemme työstää kaikkea näkemäämme alituisesti, koska havainnointiympäristö on omasta kulttuuristamme poikkeava. Työajalla tarkoitamme käytännön harjoittelun työpäiviä. Pyrkimyksemme ei ole tehdä muistiinpanoja siitä, mitä ihmiset tai kirjat sanovat kehittyvissä maissa asioiden olevan, vaan enemmänkin siitä, kuinka vieraseen kulttuuriin menevälle ihmiselle asiat näyttävät, ja miltä ne tuntuvat. Havainnoimme ihmisten tekemistä oman kulttuurimme näkökulmasta. (Anttila 1998, 218.)

Observoinnin aikana ja sen pohjalta teemme muistiinpanoja, jotka kirjaamme päiväkirjanomaisesti.

Havainnointia voidaan suorittaa erilaisin metodein. Metodeja ovat havainnointi ilman varsinaista osallistumista, havainnoija osallistujana, osallistuja havainnoijana ja piilohavainnointi. Havainnoinnissa ilman varsinaista osallistumista tutkija pitää itsellään tutkijan roolin, eikä samaistu observeitavaan kohteeseen. Havainnoija osallistujana ja osallistuja havainnoijana eroavat hyvin vähän toisistaan. Ensimmäisessä painottuu enemmän tutkijan rooli, kun taas toisessa tutkija on enemmän toimijan roolissa. Kummallekin metodille on tärkeää tuntea tarkasteltava kulttuuri, sen kieli, toiminnot sekä moraaliset arvot. Piilohavainnoinnissa tutkija soluttautuu tutkittavan ryhmän jäseneksi, vaikka onkin todellisuudessa ulkopuolinen havainnoija. Tässä metodissa on tärkeää, ettei tutkittavien arvoja tai kunniaa häpäistä. (Metsämuuronen 2008, 44–45.)

Observointi voi olla aktiivista tai passiivista. Vaikka havainnoija on aktiivinen osallistuja tarkkailuympäristössä, itse havainnointi on kuitenkin passiivista. Havainnoija ei siis varsinaisesti vaikuta tilanteiden ja tapahtumien kulkuun. (Anttila 1998, 219–220.)

Tässä opinnäytetyössä on toteutettu osallistuvaa havainnointia. Havainnointi tapahtui kahden kolmen kuukauden mittaisen ajanjakson aikana Keniassa ja Ugandassa. Osallistuvaa havainnointia on käytetty erityisesti etnografisia tutkimuksia tehdessä. Tällaista tutkimusta tehdessä tutkimusongelma voi täsmentyä vasta havainnoinnin aikana itse tutkimusympäristössä. Havainnointia voi suunnitella etukäteen muun muassa määrittelemällä teoreettisen näkökulman. Osallistuvan havainnoinnin onnistumisen kannalta on tärkeää, että tutkija pääsee sisään tutkittavaan ympäristöön ja yhteisöön. (Vilka 2006, 44–45.) Yleensä uuteen ympäristöön sopeutuminen voi tutkijalta muuttaman viikon, jonka jälkeen tämän on mahdollista alkaa toteuttaa havainnointia. (Routio 2005.)

7.2 Päiväkirja muistiinpanomenetelmänä

Muistiinpanojen kirjoittaminen havainnointien tukena on tärkeää, jottei tärkeitä havaintoja pääse unohtumaan. Päiväkirjan välitön kirjoittaminen tutkimusta tehdessä on luotettavampaa, kuin havaintojen muisteleminen jälkeinpäin. Näin saadaan taattua mahdollisimman yksityiskohtainen ja tarkka aineisto. (Burns ym. 2001, 438.)

7.3 Havaintojen tulkinta

Teoriatiedolla on suuri merkitys, kun tutkimusaineiston keräämiseen on käytetty havainnointia. Havainnointitulokset eivät ole yleistettävissä pelkästään tutkijan henkilökohtaisten havaintojen pohjalta, vaan teoriatiedon on kuljettava havaintojen rinnalla tukemassa tuloksia. Tutkimusaineiston rajaaminen voi tapahtua myös havaintojen tulkintavaiheessa, kun aineistoa analysoidaan valitussa teoreettisessa viitekehysessä. Tämä lähinnä sen vuoksi, että tutkimusaineiston laajuus on vaikea määritellä etukäteen. (Vilka 2006, 79–81.)

Kvalitatiivisen havainnointitutkimuksen aineistonpurku tapahtuu kahdessa eri vaiheessa. Ensimmäisen vaiheen, pelkistämisen ja ryhmittelyn, tavoitteena on yhdistää havainnot, ja löytää yhtenäisyyksiä. Toinen vaihe on itse tulosten tulkinta. Havaintojen yhdistämisen kautta tutkija pyrkii ilmentämään aihetta yleisemmällä tasolla, jotteivät tulokset pohjautuisi vain yksittäisiin havaintotilanteisiin. (Alasuutari 1994, 30, 34, 209.) Tulosten tulkintaprosessissa itse tulokset muodostuvat vasta, kun ne asetetaan keskustelemaan jo ennestään tehtyjen tutkimusten ja muun teoriatiedon kanssa (Alasuutari 1994, 72–73).

7.4 Tutkimuksen ongelmakohdat ja luotettavuus

Havainnointi on toteutettu kolmen kuukauden aikana Keniassa ja Ugandassa. Tämä aika on lyhyt. Tutkimusympäristö ja kulttuuri olivat havainnoijille ennestään vieraita, joten tämä vaikeutti myös osaltaan havainnointiaineiston keräämistä. Ensimmäiset viikot kuuluivat enimmäkseen vieraaseen kulttuuriin tutustuen.

Havainnointien keruu tapahtui ennalta määrittelemättömissä harjoittelupaikoissa niin Mpigin kylässä, Kampalassa kuin Keniassa Kisumun alueella. Merkittävien havaintojen kirjoittaminen päiväkirjaan ei ollut mahdollista päivittäin, mikä vaikuttaa koko tutkimuksen luotettavuuteen. Lopullinen aineiston määrä jäi melko niukaksi. Osissa havaintoja samat asiat kuitenkin toistuivat useaan kertaan, joten ydinongelmien esille kaivaminen oli mahdollista.

7.5 Havainnointijaksokuvaukset

Uganda

Meistä kahdesta Ida oli Ugandassa, mistä tehdyt havainnot on kerätty vuoden 2009 syys- joulukuun aikana suoritettulla, sairaanhoitajaopintoihini sisältyvillä harjoittelujaksoilla. Pääasiallisesti havainnointiympäristönä toimi Mpigin alue, joka sijaitsee noin 35 kilometriä länteen pääkaupungista Kampalasta. Mpigi on yksi Ugandan hallinnollisten piirikuntien keskuksista. Harjoittelupaikka oli Mpigi terveyskeskus IV, joka on toinen alueella toimivista IV -tason terveydenhuollonyksiköistä. (Mpigi District Local Government 2010.)

Terveyskeskuksesta käsin suoritin muun muassa niin kutsuttuja *outracheja* lähialueen kyliin. Näiden matkojen aikana jaettiin HIV -lääkkeitä, rokotettiin lapsia ja äitejä sekä annettiin terveyskasvatusta muun muassa kondomeja jakamalla. Mpigin terveyskeskus IV koostui eri osastoista, joissa suoritin harjoitteluani. Lasten-, naisten-, sekä miesten osastot toimivat samassa rakennuksessa, kun taas pre-, ja postnataaliosastot olivat sijoitettu yhteen pienimuotoisen synnytyssalin kanssa. Lisäksi terveyskeskusalueella oli äitiys-, HIV-, ja avopotilasklinikat sekä oma laboratorio ja leikkaussali. Terveyskeskuksessa työskentelyn lisäksi osallistuin kouluilla järjestettävillä terveyskasvatustunneille sekä oppilaiden madottamiseen ja rokottamiseen.

Pieni osa havainnointiaineistoa on kerätty Kampalassa sijaitsevan Nsambyan yksityissairaalan HIV kotihoidosta käsin. Kotihoidon kautta pääsin osallistumaan useille kotikäynneille Kampalan lähialueiden kyliin ja näin ollen havainnoimaan aitoa ugandalaista elämää.



KUVA 5. Ida Mpigissä.

Kenia

Elinan tekemä havainnointi tapahtui Keniassa maaliskokuussa 2010. Harjoitteluja havainnointipaikkoinani toimivat Lumumba Health Center ja Kisumu East District Hospital. Molemmat sijaitsivat Kisumussa, Kenian kolmanneksi suurimmassa kaupungissa. Lumumban terveyskeskuksessa oli synnytysosasto, äitiys- ja lapsineuvolat, perhesuunnittelupalveluja sekä lääkärin vastaanotto. Suurimman osan ajastani tässä terveyskeskuksessa vietin synnytysosastolla, johon kuului noin 10 vuodepaikkaa ja pieni synnytyssali. Neuvolassa osallistuin lasten rokottamiseen ja punnitukseen. Muita neuvolan päätehtäviä olivat odottavien äitien seuranta ja perhesuunnittelu.

Kisumu East District Hospital eli Kisumun itäinen aluesairaala koostui useista osastoista, jotka toimivat erillisissä rakennuksissa sairaalan alueella. Harjoittelustani kaksi viikkoa tein lastenosastolla, muutaman päivän keskolassa ja viikon kirurgisella osastolla. Muita osastoja olivat muun muassa synnytys- ja äitiysosasto, sisätautinen ja psykiatrinen osasto. Lastenosastolla oli 28 vuodepaikkaa, mutta yleensä vähintään 50 potilasta. Jokaisen lapsipotilaan mukana oli aina yötä päivää omainen huolehtimassa potilaan perustarpeista. Kaikille harjoittelupaikoilleni yhteistä oli tarvikkeiden ja lääkkeiden puute. Potilaiden piti tuoda paljon hoitovälineitä ja lääkkeitä mukanaan.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Aloitimme aineiston käsittelyn alleviivaamalla ja poimimalla päiväkirjateksteistä esille nousseet ydinasiat ja kartoitimme niiden ilmenemiskerrat. Tarkoituksena oli alkuun päästä aineistossa olevista alkuperäisistä havainnoista ja ilmaisuista abstraktimmalle tasolle. Aineistosta etsittiin eri- ja samanlaisuudet (Paunonen ym., 179) Kenian ja Ugandan kohdalta.

TAULUKKO 2. Havaintojen pelkistys.

Kenia	Uganda
Puutteellinen hygienia	Puutteellinen hygienia
Köyhyys	Malaria
Tiedon puute	HIV/AIDS
Malaria	Köyhyys
HIV	Saastuneet vesilähteet

Anemia	Tiedonpuute/kouluttamattomuus
Hengitystieinfektiot	Tuberkuloosi
Aliravitsemus	Terveydenhuollon resurssipula
Nuoret äidit	Suuret perheet, nuoret äidit
Terveydenhuollon riittämättömyys	Aliravitsemus
Likainen juomavesi	Stigma
	Palovammat (lapsilla)

Tutkimustulokset osoittivat, että terveysongelmat Keniassa ja Ugandassa ovat monelta osin samoja. Suurimmaksi ongelmaksi havaintojen pohjalta nousi molemmissa maissa puutteellinen hygienia ja sen seuraukset. Malaria ja HIV/AIDS olivat merkittävästi suurimpia terveydenhuollon yksiköihin hakeutumisen syitä. Muiksi merkittäviksi terveydenhuoltoa kuormittaviksi sairauksiksi nousivat hengitystieinfektiot, ripulitaudit, tuberkuloosi, aliravitsemus sekä muihin sairauksiin liitännäinen anemia. Molemmissa maissa sairastumiseen vaikutti vahvasti puhtaan juomaveden saatavuuden vaikeus.

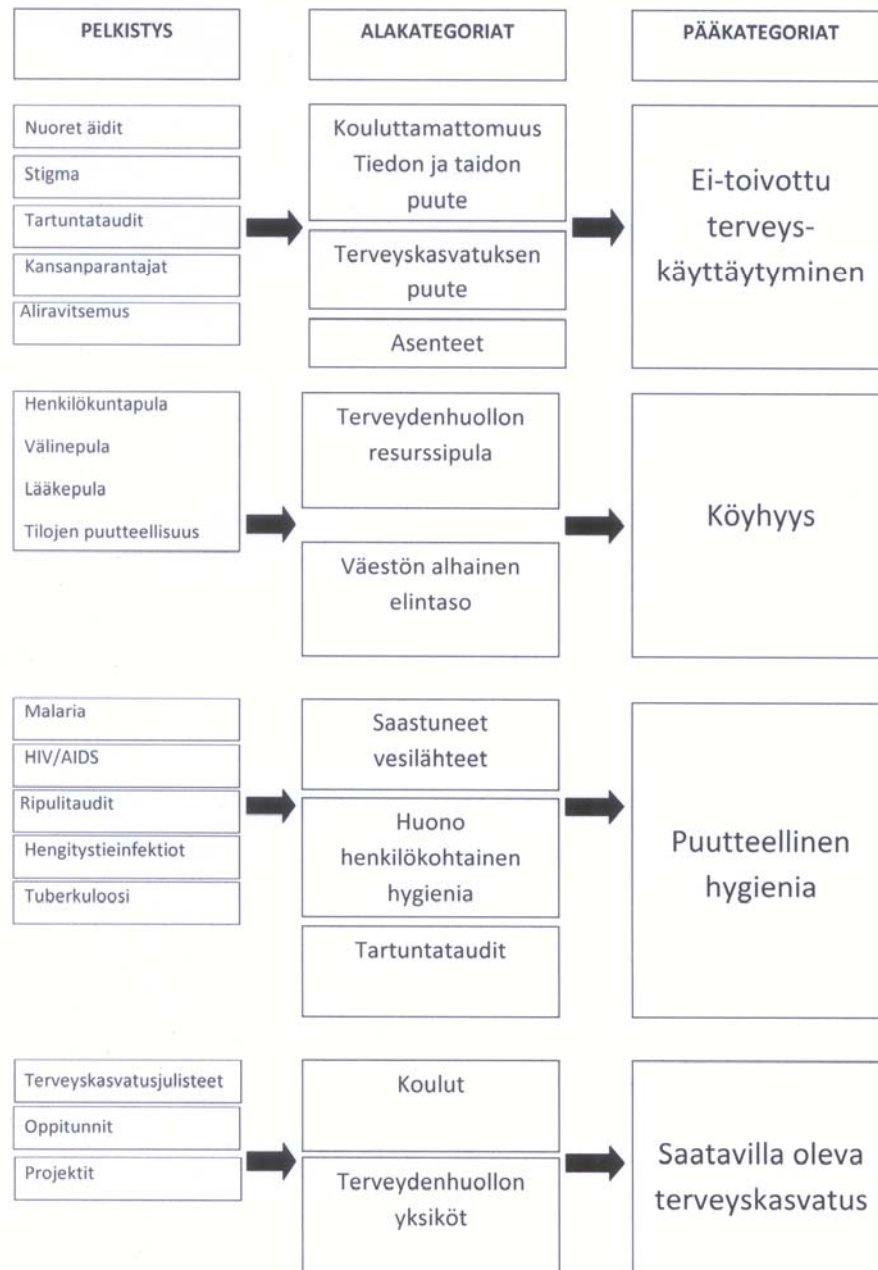
Köyhyys ja rahanpuute vaikeuttivat niin Ugandassa kuin Keniassakin hoidon saamista. Muun muassa nuorten äitien ja suurilukuisten perheiden suuri määrä nousivat havaintojen pohjalta yhdeksi näkyvimmistä tiedon puutteen ja kouluttamattomuuden seurauksista.

Aineiston pohjalta teimme pelkistykset esille nousseista ongelmista. Pelkistysten pohjalta pyrimme muodostamaan laajempia kokonaisuuksia, joita kutsumme tässä työssä alakategorioiksi. Alakategorioista muodostimme neljä pääkategoriaa.

Esille nousseita ongelmia, pelkistyksiä ovat *nuoret äidit, stigma, tartuntataudit, kansanparantajat, aliravitsemus, henkilökunta-, lääke- sekä välinepula, malaria, HIV/AIDS, ripulitaudit, hengitystieinfektiot, tuberkuloosi, terveyskasvatusjulisteet, oppitunnit ja projektit*. Ensimmäisen analyysivaiheen jälkeen ryhmittelimme pelkistykset yhdistävien tekijöiden mukaan alakategorioihin. Alakategorioiksi muodostuivat *kouluttamattomuus sekä tiedon ja taidon puute, terveyskasvatuksen puute, asenteet, terveydenhuollon resurssipula, väestön alhainen elintaso, saastuneet vesilähteet, huono henkilökohtainen hygienia, tartuntataudit, koulut sekä terveydenhuollon yksiköt*. Lopullisia pääkategorioita muodostui neljä, *ei-toivottu terveyskäyttäytyminen, köyhyys, puutteellinen hygienia sekä saatavilla oleva terveyskasvatus*.

Opinnäytetyön tutkimustulokset olemme jaotelleet nyt vain yhdellä mahdollisella tavalla. Tapoja jakaa pelkistykset kategorioiksi on paljon, sillä havaintojen pohjalta esille nousseet ongelmat liittyvät kaikki tiivistä toisiinsa. Seuraavissa kappaleissa olemme käyttäneet joitakin suoria lainauksia aineistostamme.

TAULUKKO 3. Tulokset tiivistetysti.



8.1 Ei-toivottu terveyskäyttäytyminen

Tutkimustulosten pohjalta suurimpia syitä ei-toivottuun terveyskäyttäytymiseen ovat väestön kouluttamattomuus ja terveyskasvatuksen puute. Kouluttamattomuus johtuu yleensä monista tekijöistä. Havainnoidessa huomasimme, että naiset tulevat raskaaksi hyvin nuorena ja perhekoot ovat suuria. Naisten vastuulle jää kodista ja lapsista huolehtiminen. Miehet eivät joko ole tekemisissä lastensa äitien kanssa, tai käyvät töissä, jolloin kaikki tienattu raha kuluu perheen ylläpitämiseen. Naisilla ei näin ollen ole aikaa, eikä rahaa kouluttautua. Lasten koulutuksen esteeksi nousevat usein esimerkiksi kotitöissä auttaminen tai pitkät koulumatkat. Koulutustaso on pitkälti riippuvainen perheen elintasosta.

Tiedon puute vaikuttaa myös stigman syntymiseen. Tietämättömyyden vuoksi ihmisiä leimataan esimerkiksi sairauden takia. Leimautumisen pelko on niin suuri, ettei julkisen terveydenhoidon piiriin hakeuduta automaattisesti. Hoitoon hakeutumattomuus ja kansanparantajien luo hakeutuminen johtavat yleensä väärän tiedon leviämiseen ja epäasianmukaiseen hoitoon. Tämän vuoksi terveyskasvatus ei tavoita sitä tarvitsevia. Keniassa ja Ugandassa HIV/AIDSin sairastamisen tunnustaminen on useille vaikeaa.

Ollessani kotikäynneillä Kampalan Nsambyan yksityissairaalaan käsin, stigman pelkäämisen todellisuus konkretisoitui. *”Lääkkeet on jaettava pakettiauton perätilassa, ovet suljettuina, ettei kukaan naapureista näe, että viemme taloon lääkkeitä. Nainen saattaa leimautua, ja naapurusto alkaa vältellä”*, ohjeisti kotikäynneillä mukana ollut sairaanhoitaja.

Lumumban terveyskeskuksen synnytysosastolla kohtasin äidin, joka kielsi oman HIV-positiivisuutensa ja lääkehoidon kokonaan, ja vasta pitkän keskustelun jälkeen hyväksyi estolääkityksen lapselleen. Hoitajat kertoivat, että äidin pelkona oli sairauden tuleminen julki.

Tiedon puute on myös yksi lukuisista tartuntatauteihin ja aliravitsemukseen johtavista tekijöistä. Riittävän ravinnon, rokotusten ja esimerkiksi hygienian merkitystä ei ymmärretä. Kylissä ja slummialueilla talot ovat pieniä ja rakennusmateriaalit kyseenalaisia. Riittävän ilmanvaihdon merkitystä ei rakennusvaiheessa oteta huomioon. Tavanomaista on, että monihenkisen perhe nukkuu samassa pienessä tilassa. Yhden henki-

lön sairastuessa tuberkuloosiin, on erittäin todennäköistä, että myös muut perheenjäsenet saavat tartunnan. Ugandassa aiheeseen on puututtu terveystiedon julistein (ks. KUVA 6.).

Tuberkuloosin otamme esille jo ei-toivotun terveystietämättömyyden kohdalla, vaikka taulukossa se on sijoitettu puutteellisen hygienian alle. Tästä tulee ilmi, että kaikki pelkistyksen ovat yhdistettävissä useampaan pääkategoriaan, eikä tulosten luokittelulle ole yhtä oikeaa ratkaisua.

Malarian leviäminenkin on enimmäkseen sidoksissa tiedon puutteeseen. Periaatteessa jokainen vastasyntynyt saa Keniassa ilmaisen malariaverkon. Perheet saattavat käyttää sitä kuitenkin muihin tarkoituksiin, kuten kalastukseen ja viljelysten suojaksi, tai myydä sen rahan puutteessa.



KUVA 6. Terveystiedon juliste tuberkuloosin leviämistä vastaan.

8.2 Köyhyys

Köyhyys ilmenee Keniassa ja Ugandassa ihmisten jokapäiväisessä elämässä näkyvästi. Elintasoerot ovat suuria. Slummialueita vierustavat suuret omakotitalot korkeine aitoineen, uima-altaineen sekä vartijoineen. Rikkailla on mahdollisuus parempaan terveydenhuoltoon, ja heidän terveysongelmansa eroavat köyhemmän väestön terveysongelmista.

Köyhyyden ongelmat terveyden kannalta voidaan jakaa väestön alhaiseen elintasaan ja terveydenhuollon resurssipulaan. Alhainen elintaso vaikuttaa vahvasti ihmisten terveyteen. Ei ole varaa koulutukseen, riittävään ravintoon ja esimerkiksi riittävän hygienian ylläpitämiseen. Puhdasta, juomakelpoista vettä ei ole kaikkialla saatavilla, eikä sitä ole varaa ostaa. Näin ollen vettä kannetaan esimerkiksi järivistä ja ojista, joiden vesi on erittäin likaista ja täynnä alkueläimiä. Veden ainoa puhdistusmahdollisuus voi perheellä olla sen keittäminen, mikä ei aina riitä tappamaan kaikkia mikrobeja. Epäpuhtaasta vedestä aiheutuvat ripulitaudit ovatkin yksi suurimmista kuolinsyistä Keniassa ja Ugandassa

Lumumban terveyskeskuksen sairaanhoitaja kommentoi äidinmaidonvastikkeiden käyttöä kotioiloissa seuraavasti: ”-- *Perheillä ei ole usein varaa äidinmaidonvastikkeisiin. Rintamaito on myös puhtaampaa, sillä vastikkeisiin tarvittavaa puhdasta vettä ei ole tarjolla. Vesi pitäisi keittää tai ostaa pulloitetuna. Siihen ei kuitenkaan välttämättä ole aikaa eikä rahaa, joten äidit joutuvat käyttämään likaista vettä. Tai jos vesi on hyvin keitetty ja puhdasta, astiat ovat likaisia tai niitä on käsitelty likaisin käsin. Tästä johtuen lapsilla on paljon ripulitauteja.*”

Keniassa ja Ugandassa äidit imettävät lapsiaan huomattavasti pidempään kuin länsimaissa, sillä varaa kiinteään ravintoon ei aina ole. WHO:n rintaruokintasuositus määrittää suositellun täysimetyksen kestoksi kuutta kuukautta, ja lasta tulisi imettää kahteen ikävuoteen saakka muun ravinnon rinnalla. (World Health Organization 2010b.) Rintaruokinta on turvallinen ravitsemuksen muoto sen hygieenisyyden vuoksi. Liian usein rintamaito on kuitenkin ainoa ravinnon lähde vauvalle vielä yli vuoden ikäisenäkin, jolloin hän jo tarvitsisi kiinteää ruokaa.

Kisumussa, Keniassa St. Clairen orpokodissa jotkut lapset saivat ravinnoksi pelkkää maitoa vielä taaperoikäisinäkin. Tämä yhdistettynä aktiviteetin puutteeseen vaikutti näkyvästi lasten kehitykseen. He eivät juuri äännelleet, saati puhuneet, eikä yksikään kävellyt.

Terveydenhuollon resurssipulaa muodostavat ammattitaitoisen henkilökunnan pula, välinepula, lääkepula ja tilojen puutteellisuus. Edes peruslääkkeiden riittävyys ei ole aina turvattu terveydenhuollon yksiköissä. Periaatteessa sairaalat tarjoavat hoitovälineet ja lääkkeet, jos niitä sillä hetkellä on sairaalan varastossa. Yleensä kuitenkin perheiden pitää ostaa itse hoitoon vaadittavat tarvikkeet. Mukana täytyy tuoda muun muassa kanyyli, teippiä, kertakäyttökäsineitä lääkäriä varten sekä tarvittavat lääkkeet ja niin edelleen.

Ammattitaitoisen henkilökunnan pula näkyy niin lääkäreiden kuin hoitajienkin keskuudessa. Kisumu East District sairaalan lastenosastolla saattoi olla kuuttakymmentä potilasta kohden yksi pätevä sairaanhoitaja. Sairaanhoitajan apuna oli kuitenkin sairaanhoitajaopiskelijoita harjoittelijoina. Ugandan Mpigin terveyskeskuksessa oli yksi sektorin hallitseva lääkäri. Toisinaan yhden kättilön vastuulle saattoi jäädä kymmenien odottavien äitien gynekologisen tutkimuksen suorittaminen yhden päivän aikana.

Myös tilojen puutteellisuus on ongelma. Sairaalarakennukset ovat vanhoja tai huonosti huollettuja, osastot ovat ahtaita, ja toisinaan harjoittelujemme aikana tuntui, ettei mikään toimi (ks. KUVA 7.). Juoksevan veden saannissa oli usein ongelmia, ja sähköt pätivät ajoittain.



KUVA 7. Leikkaussali, Kisumu East District Hospital.

8.3 Puutteellinen hygienia

Puutteellisen hygienian seurauksena erilaisten tartuntatautiin esiintyvyys on suuri Keniassa ja Ugandassa. Malaria ja hengitystieinfektiot tuntuvat kuormittavan terveyskeskuksia. Hyvän henkilökohtaisen hygienian merkitystä ei ymmärretä. Joillakin asuinalueilla ei ole edellytyksiä hygienian ylläpitoon. Juoksevaa vettä ei ole, eikä peseytymisvesi yleensä ole puhdasta. Toisinaan esimerkiksi kaikki kylän lapset pestään samassa vadissa pesemättä vatia välillä, jolloin bakteerit pääsevät helpommin siirtymään lapsesta toiseen. Muutenkin yleisen puhtauden ylläpito on vaikeaa. Kuivina aikoina maaperä pölyää paljon ja sateisina aikoina muta kulkeutuu helposti joka paikkaan. Rakennusten yleisilme onkin monin paikoin likainen.

Puutteellisen hygienian seuraukset on kuitenkin vahvasti tiedostettu terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Seurauksiin pyritään vaikuttamaan antamalla terveyskasvatusta henkilökohtaisesta hygieniasta koululaisille. Ugandassa osallistuin peruskoulun terveyskasvatustunnille, jonka aiheena oli henkilökohtainen hygienia. Lapset kyselevät innokkaina muun muassa suu- ja käsihygieniasta. Opettajana toimi kiertävä *public health worker* eli terveyskasvatuksen asiantuntija.

”Henkilökohtainen hygienia on kyseenalaista. Erilaiset madot ja bakteerit pääsevät leviämään huonon käsihygienian seurauksena.”

”Naisilla hiivasienitulehdukset sekä virtsatieinfektiot ovat kohtalaisen yleisiä kylissä”.

Puutteellisten peseytymismahdollisuuksien ja tätä kautta huonon hygienian seurausta ovat erilaiset ripulitaudit, madot, virtsatieinfektiot sekä hiivasienitulehdukset naisilla.

8.4 Saatavilla oleva terveystieteellinen kasvatustarve

”HIV-valistus on täällä terveystieteellisen kasvatuksen avainsana. Kouluihin täytyisi saada terveystieteellisten ammattilaisten, jotka pitkäjänteisesti kävisivät pitämässä terveystieteellisiä tunteja oppilaille.” Näillä sanoilla Peter Manwell, Mpigissä toimiva brittiläinen peruskoulun opettaja kiteytti terveystieteellisen kasvatustarvetta.

Keniassa ja Ugandassa terveystieteellisen kasvatustarvetta on suuri. Terveystieteellinen kasvatustarve toteutetaan kuvallisen materiaalin, oppitunteina ja -tuokioina niin koulujen kuin terveydenhuollon yksiköidenkin toimesta. Osaavien terveystieteellisten kasvatustarvetta pulan vuoksi oppituntien ja terveystieteellisten tuokioiden toteutus jää kuitenkin vähäiselle. Kuvallinen materiaali ilmenee julisteina, kuvina, ja teksteinä vaatteissa yms. ja on kaikkialla nähtävillä. Sairaaloissa, kouluissa ja kaduilla on julisteita malarian ehkäisystä, tuberkuloosin ehkäisystä ja HIV/AIDSista ja niin edelleen. Terveystieteellisen kasvatustarvetta on näissä maissa se, ettei tämä informaatiotarjonta saavuta sitä eniten tarvitsevia ryhmiä. Esimerkiksi maaseudulla, pitkien välimatkojen takana asuvat ryhmät ovat usein köyhiä ja kouluttamattomia, minkä vuoksi he myös tarvitsisivat eniten terveystieteellistä kasvatustarvetta. Varsinkin maaseudulla ammattitaitoisen henkilökunnan pula on suurin.



KUVA 8. Terveyskasvatustunti henkilökohtaisesta hygieniasta.

”Näiden lasten saamalla terveystasvatuksella tämän oppitunnin aikana on suuri merkitys. Koulupäivän jälkeen lapset menevät kotiin ja kertovat innoissaan vanhemmilleen ja nuoremmille sisaruksilleen, mitä koulussa tänään hygieniasta opetettiin.” Tällaisen kommentin sain harjoittelujaksolla Ugandassa, Mpigin kouluissa terveystasvatasta antavalta työntekijältä (ks. KUVA 8.).

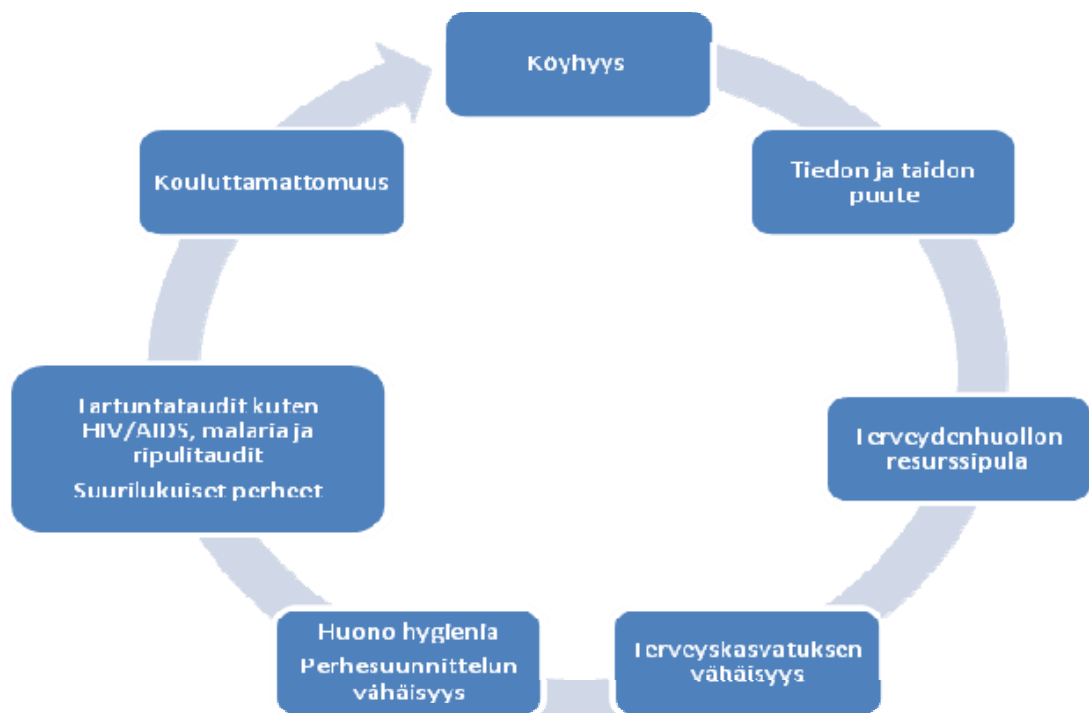
Myös Keniassa Kisumu East District -sairaalan järjestämässä virallisen kansainvälisen malaria-päivän juhlassa, johon osallistuin, pääteemaksi nousi lasten ja nuorten koulutus ja sitä kautta tietojen siirtyminen perheen muille jäsenille. Malaria-päivässä (ks. LIITE 2.) puhuttiin myös oikeanlaisen terveystasvatusmuodon valitsemisesta. Näytelmiä pidettiin hyvinä vaihtoehtoina, ja paikalliset tuntuivat seuraavan juhlassa esitetyjä näytelmiä innokkaina. Näytelmien etuna on niiden viihteellisyys ja aiheiden arkipäiväisyys. Monille kirjallinen materiaali olisikin turhaa lukutaidottomuuden takia. Lukutaitoisenkin väestön keskuudessa kirjallinen materiaali voi tuottaa ongelmia. Esimerkiksi Keniassa puhutaan useita kymmeniä heimokieliä, mutta terveystasvatusmateriaali on useimmiten vain englannin ja kiswahilin kielillä. Ugandassa kohtasin materiaalia vain lugandan ja englannin kielillä. Uusien terveystasvatustapojen kehit-

täminen olisi tarpeellista jatkuvan sairauksien ilmenemisen ja väkiluvun kasvun myötä. Liitteeseen kuusi on koottu esimerkkejä saatavilla olevasta terveystieteellisestä materiaalista kohdemaissa.

Kisumussa, Lumumban terveyskeskus toimitti YK:n World Food Programmen järjestämää ruoka-apua odottaville ja vastasyntyneille äideille. Ruoka koostui maissijauhoista, soijasta ja vitamiinilisällisestä öljystä. Ruoanjakotilaisuudet toimivat myös terveystieteellisenä, sillä äideille opetettiin kuinka aineksista keitetään puuroa ja samalla kerrottiin riittävän ravitsemuksen merkityksestä. Tällaisilla oppitunneilla voitaisiin vaikuttaa ennaltaehkäisevästi lasten aliravitsemukseen.

9 POHDINTA

Opinnäytetyömme ensimmäinen tutkimuskysymys paneutuu Itä-Afrikassa, erityisesti Keniassa Kisumussa sekä Ugandassa Kampalan ja Mpigin ympäristössä, esiintyviin suurimpiin terveysongelmiin. Havainnointitutkimuksen pohjalta esille nousivat ei-toivotun terveystietämättömyyden, köyhyyden sekä puutteellisen hygienian vaikutus terveyteen. Terveystietämättömyydestä muodostuu niin sanottu noidankehä, sillä kaikki havaitut ongelmat vaikuttavat toisiinsa ainakin jossain määrin (ks. KUVA 9.).



KUVA 9. Noidankehä.

Esimerkiksi köyhyys vaikuttaa koulutuksen puutteeseen ja koulutuksen puute huonoon hygieniaan. Huono hygienia ja saastuneet vesilähteet johtavat helposti tartuntatauteihin, jotka vaativat usein sairaalahoitoa. Tiedon ja taidon puutteen takia ihmiset eivät osaa hakeutua asianmukaiseen hoitoon, eikä hoitoa ole aina saatavilla terveydenhuollon resurssipulan vuoksi. Resursseja ei ole, koska rahaa ei ole. Terveydenhuollon ammattilaisten pulan takia terveystieteiden kasvatusta jää vähäiseksi, mikä taas vaikuttaa esimerkiksi perheiden suureen lapsilukuun sekä HIV/AIDSin, malarian ja ripulitautien yleisyyteen. Perheillä ei suuren lapsiluvun takia ole aina varaa kouluttaa jälkikasvuun. Ilman koulutusta ihmisillä ei ole mahdollisuuksia parempaan elintasoan ja köyhyyden kierre jatkuu. Laatumme kaavio on yhdenlainen tapa kuvata terveysongelmien vaikutuksia toisiinsa havainnoimillamme alueilla Keniassa ja Ugandassa.

Kehittyvien maiden terveysongelmat johtuvat pääosin elintason puutteellisuudesta ja tiedon puutteesta (Laakso 2006). Pitkää ja tervettä elämää, koulutusta ja riittävää elintasoa mittaavassa Inhimillisen kehityksen indeksissä Kenia ja Uganda sijoittuvat keskimukaisesti kehittyneiden maiden joukkoon, sijoille 147 ja 157. Suomen sijoitus indeksissä on 12. (United Nations Development Programme 2009a.) (Ks. LIITE 1.) Yhdistyneiden kansakuntien vuosittain julkistuksessa tavoitteet ovat nidottavissa tämän tutkimuksen pohjalta nousseisiin ongelmiin. Äärimmäisen köyhyyden poistaminen, peruskoulutusmahdollisuuksien takaaminen kaikille sekä HIV/AIDSin, malarian ja muiden tautien vastainen taistelu ovat osa vuonna 2000 asetettuja vuosittain tavoitteita (Unicef 2000). Alhaisen elintason ja tiedon puutteeseen liittyvä huono hygienia vaikuttaa Keniassa ja Ugandassa esiintyviin sairauksiin. Ulkoasiainministeriön (2010) mukaan jopa noin 80 prosenttia kehittyvien maiden sairauksista johtuu likaisesta juomavedestä, huonosta hygieniasta ja saniteettitiloista. Näiden ongelmien vähentämistä ja ehkäisyä vaikeuttavat monet seikat. Esimerkiksi HIV/AIDSin vastainen taistelu vaatii konkreettista asenteiden muutosta ja huomattavaa edistystä terveyspalvelujen kattavuudessa, jotta palvelut olisivat kaikkien saatavilla. (Ks. LIITE 5.)

Toinen tutkimuskysymys paneutui Kenian ja Ugandan havainnointialueilla jo annettavaan terveystieteiden kasvatukseen. Terveystieteiden kasvatusta toteutetaan muun muassa kouluissa, julisteilla ja mainoksilla yleisillä paikoilla sekä erilaisina teemapäivinä. Myös terveystieteiden keskuksilla on rooli terveystieteiden kasvatuksessa, mutta yleensä hoidettava potilasmäärä on niin suuri suhteessa henkilökuntamäärään, ettei resursseja hoitotyön ohella annettavaan terveystieteiden kasvatukseen ole. Aikaisemman tutkimustiedon mukaan terveydenhuol-

lon henkilökunnan määrä suhteessa väkilukuun on Afrikassa 2,3/1000, mikä on aivan liian vähän vastaamaan suureen väestön terveydenhuollosta. Maailmanlaajuinen keskiarvo on 9,3/1000. Tämä kattaa kaiken terveysalan henkilöstön hoitajista lääkäreihin. (Laakso 2006; Nambiar ym. 2007.) Terveydenhuollon resurssipulaa esimerkiksi Keniassa todentaa se, että maa käytti vuonna 2002 vain 5,1 prosenttia bruttokansantuotteestaan terveydenhuoltoon, OECD -maiden keskiarvon ollessa 9,8 prosenttia (Allianz 2010). Terveydenhuollon kehittäminen kaikin puolin on välttämätöntä, jotta terveyspalvelut kyetään takaamaan koko väestölle. Esimerkiksi Keniassa äitiys- ja lapsihuoltoa on pyritty kehittämään uuden, asiakkaille jaettavan neuvolavihkon avulla (ks. LIITE 3.).

Afrikan kulttuurit eroavat paljon länsimaalaisesta. Tämä vaikuttaa tapaan toteuttaa terveyskasvatusta. Kasvatus Afrikkalaisissa kylissä toteutetaan pitkälti leikkien, tanssien, näytelmien sekä rytmikkään afrikkalaisen perinnemusiikin keinoin. Valistus on todettu tehokkaammaksi ja vaikuttavammaksi oman heimon jäsenten kuin valkoihoisen toteuttamana. (Brusila 2008, 72; Lämsä 2004, 141.) Tämä asettaa haasteita kehitysyhteistyölle, sillä länsimaissa tutut terveyskasvatusmuodot eivät ole suoraan käytettävissä kehittyvissä maissa. Vaihtoehtoisten ja uusien terveyskasvatustapojen kehittäminen on yksi tulevaisuuden haaste kehitysyhteistyöjärjestöille. Esimerkiksi näytelmien tehokkuus terveyskasvatuksessa oli havaittavissa Keniassa ja Ugandassa. Tämän terveyskasvatuksen muoto tekee asiasisällön ymmärrettäväksi myös lukutaidottomalle väestölle.

Keniassa ja Ugandassa havainnoiduilla alueilla esiintyy monia terveyskasvatuksellisia tarpeita. Näihin tarpeisiin pyrimme hakemaan vastausta kolmannella tutkimuskysymyksellämme. Suurimmat terveyskasvatukselliset tarpeet liittyvät puutteelliseen hygieniaan ja tartuntatauteihin. Esimerkiksi malaria, HIV/AIDS ja tuberkuloosi ovat sairauksia, jotka olisivat ehkäistävissä riittävän ja asianmukaisen terveyskasvatuksen avulla (Laakso 2006). WHO:n vuonna 2006 julkaiseman tilaston mukaan edellä mainitut tautiesimerkit kuuluvat molemmissa havainnointimaissa kymmenen yleisimmän kuolinsyyn joukkoon (World Health Organization 2006a). Tämä tukee tutkimuksen tuloksia.

Tutkimuksen tulokset vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Havainnointiaika oli lyhyt, kulttuuri ja ympäristö sekä tutkimusprosessi itsessään olivat havainnoijille

ennestään vieraita. Osittain näistä syistä päiväkirja-aineisto jäi niukaksi. Aineistoa purettaessa palautui mieleen Keniassa ja Ugandassa havainnoituja asioita, joita ei kirjallisessa aineistossa ollut mainittu. Havainnointi tapahtui suppealla alueella. Muun muassa edellä mainittujen syiden vuoksi tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, vaan ne ovat suuntaa-antavia.

Tähän tutkimukseen ei tarvinnut hakea tutkimuslupaa, sillä aineisto on kerätty yleisellä tasolla, kohdistamatta havainnointia tiettyihin henkilöihin tai määrättyyn yksikköön. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että aineisto voi tuntua aluksi vaikeasti hahmoteltavalta ja hajanaiselta. Pyrimme haasteista huolimatta käyttämään aikaa aineiston käsittelyyn. Aloittelevina tutkijoina kohtasimme eettisiä haasteita hahmottaa tutkimusaineisto neutraalisti, antamatta jo olemassa olevan tiedon vaikuttaa näkökulmaamme. (Lowes ym. 2006, 587–595.) Olemme tyytyväisiä opinnäytetyön onnistumiseen kokonaisuutena.

Eettisyys voi olla haaste tulevaisuudessa uusia terveyskasvatusmuotoja luotaessa. Länsimaisten, voittoa tavoittelevien, yritysten jalkautuessa alhaisen elintason maihin tuottamaan terveyttä edistäviä palveluja, on otettava huomioon kustannusten suuruus ja jakautuminen. Kuinka kallista ja kuka palvelun maksaa, kun kaikesta muustakin on jo pulaa?

Mobiiliteknologia voi olla yksi ratkaisu tulevaisuuden terveyskasvatuksen toteuttamiselle. Kenian ja Ugandan katukuvassa matkapuhelimet ovat arkipäivää, ja niiden määrä onkin lisääntynyt räjähdysmäisesti viime vuosien aikana. Ugandassa kasvun on arvioitu olevan lähivuosina nopeinta koko Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta, arvioi Pyramid Research tutkimuslaitos. (Aker ym. 2010; Mixem Solutions Ltd. 2010.) Yleisradion tv -uutisissa 19.9.2010 oli yhtenä aiheena suomalaisyritysten jalkautuminen Afrikkaan ja Etelä-Amerikkaan mobiiliteknologiapalveluiden kautta. Finpro, joka edistää suomalaisten yritysten kansainvälistymistä, suosittelee uusien markkina-alueiden valloitusta jo liian kilpailtujen alueiden sijasta. Uutisen mukaan Victoriajärven ympärille Itä-Afrikkaan on kehittynyt matkapuhelinten yleistyessä eräänlainen mobiiliyhteiskunta, jossa kännykkä korvaa jo joitakin terveyskeskus- ja pankkipalveluja. Suomestakin käsin on jo alettu kehittää ja markkinoida mobiilipalveluja kehittyviin maihin. Muun muassa raskaana oleville naisille tarkoitettua tekstiviestitietopalvelua on alettu lanseerata. Tämän kaltaisella palvelulla on todettu olevan merkittävä lap-

sikuolleisuutta vähentävä vaikutus. (YLE Uutiset 2010.) Mobiiliteknologia on ollut viime aikoina esillä myös sanomalehdissä, mikä todentaa aiheen tuoreutta ja ajankoh-taisuutta (ks. LIITE 4.).

Kolmen kuukauden mittaisen Afrikassa oleskelun aikana tuli selväksi, että matkapu-helimilla on valtava rooli paikallisten ihmisten elämässä. Vaikka ihmisillä ei välttä-mättä ole varaa laittaa ylleen ehjiä vaatteita, heillä luultavasti on matkapuhelin. Uusi teknologia kiinnostaa ja innostaa, minkä vuoksi mobiilisti tuotettu terveyskasvatusma-teriaali on lähitulevaisuudessa kannattava panostuksen kohde kehitysyhteistyöjärjes-töille. Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry:n kannattaisi panostaa tulevissa projekteis-saan terveyskasvatukseen, ja ottaa mobiiliteknologian tarjoamat mahdollisuudet huo-mioon. Terveyskasvatushaasteisiin vastaamiseen tarvitaan sekä terveydenhoidon että informaatioteknologian asiantuntemusta. Yhteistyö paikallisten terveydenhuollon yk-silöiden kanssa olisi mielestämme tärkeää terveyskasvatuksen suunnittelussa ja toteu-tuksessa. Terveydenhuollon resurssipula on valtava ongelma, jonka vuoksi asiallista terveyskasvatusta saa liian harva, erityisesti köyhästä väestöstä. Mobiiliteknologian avulla terveystietoa voidaan jakaa suuremmille kohderyhmille. Esimerkiksi tekstivies-tipalvelut, joita on jo kokeiltu positiivisin tuloksin, voisivat olla hyödynnettävissä Terve Afrikka ry:n projekteissa.

Tässä opinnäytetyössä terveyskasvatuksen toteutusmuotoja on tutkittu pinnallisesti, joten tätä osa-aluetta voisi tutkia tarkemmin. Lisätutkimuksia voisi tehdä myös muun muassa paikallisten terveydenhuollon ammattilaisten tietämyksestä, ja asenteista mo-biiliteknologiaa kohtaan. Onko Terve Afrikka ry:n yhteistyöalueiden terveyskeskuksia ynnä muita yksiköitä Keniassa ja Ugandassa mukana jonkinlaisessa mobiilipalvelus-sa? Onko heillä tietoa tällaisen palvelun mahdollisuudesta? Miten ammattilaiset koke-vat mobiilipalvelujen hyödyllisyyden? Mihin yksittäiseen terveysongelmaan mobiili-palveluilla voitaisiin eniten vaikuttaa kyseisellä alueella?

Kansainvälisyys, monikulttuurisuus ja kehitysyhteistyö ovat kiinnostaneet molempia opinnäytetyön tekijöitä jo pidemmän aikaa. Haku opiskelijavaihtoon Afrikkaan oli molemmille luontevaa. Halusimme tehdä myös opinnäytetyömme opiskelijavaihtoihin liittyen. Opinnäytetyön aihe oli aluksi epäselvä, ja on muuttunut useampaan kertaan prosessin aikana, luoden omat haasteensa opinnäytetyön edistymiselle. Ajatuksena on alusta asti ollut keskittyä terveyskasvatukseen jossakin muodossa. Lopulliset tutki-

muskysymykset muodostuivat Terve Afrikka ry:n toiveesta tutkia kehitysyhteistyö-alueilla Keniassa ja Ugandassa esiintyviä terveysongelmia ja terveystieteiden tarvetta.

Opinnäytetyön prosessi on ollut haastava ja pitkä. Tutkimustiedon ja lähdemateriaalin hankinta, erityisesti englannin kielellä, on tullut tutuksi. Lähdekriittisyyttä on jouduttu harjaannuttamaan kahlatessa läpi suurta määrää aineistoa teoriaosuutta kirjoittaessa. Suunnitelmallisuuden ansiosta olemme pysyneet aikataulussa. Käytännön harjoittelut Keniassa ja Ugandassa rytmittivät opinnäytetyön tekemistä alussa, ja suunnitelmaseminaarissa helmikuussa 2010 asetimme tavoitteeksi esittää työn syyslukukauden 2010 aikana.

Opinnäytetyön tekoprosessi opetti kärsivällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä. Oivalsimme, ettei valmista tuotosta teoreettisine viitekehysineen synny hetkessä. Prosessille oli annettava aikaa ja välillä oli hyvä jättää asioita pohdittavaksi ja pitää taukoa kirjoittamisesta. Ennestään vieras tutkimusprosessi erilaisine vaiheineen selkeytyi. Näimme havainnointiaikana vaikeita ja rankkoja asioiden, kuten äärimmäisen köyhyyden ja terveydenhuollon lohduttoman tilan. Tämä vahvisti ammatillisuutta ja itsetuntemusta. Nähtyjä asioita ja omia tunteita piti käsitellä kokemusten jälkeen.

Opiskelijavaihtojaksoilta saadut kokemukset ja tieto ovat jo itsessään erittäin arvokkaita. Opinnäytetyön kautta olemme saaneet mahdollisuuden syventää tietojamme ja osaamistamme kehittyvien maiden ongelmista ja kehitysyhteistyön haasteista tänä päivänä. Toivomme pystyvämme hyödyntämään prosessin aikana opittuja asioita tulevaisuudessa, esimerkiksi työelämässä. Toivomme tämän opinnäytetyön tilaajan, Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry:n, hyötyvän työstämme saamalla uusia ideoita tuleviin projekteihinsa. Työmme mahdollistaa jatkossa moniammatillisen työskentelyn projektien tai opinnäytetöiden muodossa. Käytettäessä informaatioteknologiaa vastaamaan terveyshaasteisiin tarvitaan myös vahvaa terveydenhoidollista osaamista. Kehittyviin maihin opiskelijavaihtoon lähteville tässä opinnäytteessä kootuista tiedoista voisi olla hyötyä. Samalla toivomme tämän innoittavan opiskelijoita tarttumaan epätavallisempiin opinnäytetyön aiheisiin. Yleisesti uskomme ihmisten saavan tämän opinnäytetyön avulla todenmukaisemman kuvan kehittyvien maiden ongelmista ja niihin johtavista syistä.

Esille nostamamme kehittyvien maiden ongelmat ovat olleet jo globaalisti vahvasti tiedostettuja. Tässä työssä ne on pyritty tuomaan selkeään, tiivistettyyn muotoon. Tutkimustulosten kautta pystyimme nostamaan esille uusien terveyskasvatusmuotojen kehittämisen tarpeellisuuden ja mobiiliteknologian mahdollisuudet tulevaisuuden terveyskasvatuksen toteutuksessa Keniassa ja Ugandassa. Uskomme, että näissä osaluissa on haastetta ja jatkotyöstämisen mahdollisuuksia kehitysyhteistyöjärjestöille, kuten Terve Afrikka kehitysyhteistyö ry:lle.

10 LÄHTEET

Aker, Jenny C. & Mbiti, Isaac M. 2010. Africa Calling: Can mobile phones make a miracle? Boston Review, maaliskuu/kuukausi 2010. WWW-dokumentti. http://bostonreview.net/BR35.2/aker_mbiti.php. Ei päivitystietoja. Luettu 9.6.2010.

Alasuutari, P 1994. Laadullinen tutkimus. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Alkio, Paula, Juntunen, Elina & Tuominen, Jenni 2003. Miljardi nuorta ratkaisee: Koulutus ja terveys – tie kehitykseen. Tiivistelmä YK:n väestörahasen vuosiraportista. Helsinki.

Allianz 2010. International Health Insurance. Health Care in Kenya. WWW-dokumentti. <http://www.allianzworldwidecare.com/healthcare-in-kenya>. Ei päivitystietoja. Luettu 2.6.2010.

Andrews, Margaret M. & Boyle, Joyeen S. 1999. Transcultural Concepts in Nursing Care. Philadelphia: Lippincott.

Anttila, Pirkko 1998: Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. 2. painos. Helsinki: Akatiimi Oy.

Barsby, Jane 2008. Kenya, the essential guide to customs & culture. Malaysia

BBC News 2003. Can Africa keep time? WWW-dokumentti. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/3211923.stm>. Päivitetty 28.10.2003. Luettu 16.9.2010.

Brusila, Pirkko 2008. Duodecim. Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Burns, Nancy & Grove Susan, K. 2001. The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization. USA.

Butabika National Referral Mental Hospital 2010. WWW-dokumentti. <http://www.butabikahospital.com/>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 18.5.2010.

Chitanda, Rackson 1990. Health Education by Radio: A Zambian Experience. Raportti. Geneve: World Health Organization.

CIA. The World Factbook 2010. Finland. WWW-dokumentti. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/fi.html>. Päivitetty 4.5.2010. Luettu 3.6.2010.

CIA, The World Factbook 2010. Kenya. WWW-dokumentti. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ke.html>. Päivitetty 10.5.2010. Luettu 3.6.2010.

CIA. The World Factbook 2010. Uganda. WWW-dokumentti. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ug.html>. Päivitetty 17.5.2010. Luettu 3.6.2010.

CIMO 2008. Terve Afrikka/ Health Africa. WWW-dokumentti. <http://www.cimo.fi/dman/Document.phx?documentId=rg20008145922372&cmd=download>. Päivitetty 18.7.2008. Luettu 21.6.2010.

Dr. Innocent, Segamwenge 2007 A. Power Point: Health Challenges in Uganda. Mikkelin ammattikorkeakoulun moodle materiaalit kurssilta Tartuntataudit. Dr Innocent luennot vuodelta 2007 Uganda.

Evans-Pughe, Christine 2009. The magic of mobile phones? Engineering & Technology 6.6.-19.6.2009, 70-73.

Hellsten, Sirkku 2010. Suomen suurlähetystö, Nairobi. Pelkoa ja toivottomuutta Ugandassa. WWW-dokumentti. <http://www.finland.or.ke/public/default.aspx?contentid=186527&nodeid=32134&contentlan=1&culture=fi-FI>. Päivitetty 16.2.2010. Luettu 15.9.2010.

Innocent, Komakech 2007. The Village Health Team Strategy is a 'most innovative community practice' award winner: The experience of a village volunteer programme in Yumbe district, Uganda. Department of health sciences of Uganda Martyrs University. Health Policy and Development Journal, Vol. 5, No. 1, April, 2007, 21-27.

Inter Press Service 2007. Ruandasta Itä-Afrikan IT-johtaja. WWW-artikkeli. http://maailma.net/artikkelit/ruandasta_itaafrikan_itjohtaja. Päivitetty 10.7.2007. Luettu 16.6.2010.

Junttila, Kirsi. Naiset ja köyhyys. WWW-dokumentti. <http://maailma.net/node/141292/1/9364>. Päivitetty 23.10.2006. Luettu 10.02.2010.

Juntunen, Anitta 2006. Baridi –oireyhtymä sosiokulttuurisessa kontekstissaan Ilembulan kylässä. Etnografia. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 309-319.

Kagumire, Rosebelle 2009. How Uganda's health care problems can end with a phone. WWW-artikkeli. <http://www.independent.co.ug/index.php/features/features/42-features/1065-how-ugandas-health-care-problems-can-end-with-a-phone>. Päivitetty 16.6.2009. Luettu 15.6.2010.

Kansanterveyslaitos 2008. Terveysviestintä. PDF -tiedosto. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/pdf2008/kt_lehti_508.pdf. Päivitetty 2.6.2008. Luettu 17.6.2010.

Kaplan, Warren A. 2006. Can the ubiquitous power of mobile phones be used to improve health outcomes in developing counties? Boston University School of Public Health. WWW-documents. <http://www.globalizationandhealth.com/content/2/1/9>. Päivitetty 23.5. 2006. Luettu 11.6.2010.

Kavuma, Richard M 2009. WWW-dokumentti. 2010: Uganda's healthcare system explained. <http://www.guardian.co.uk/katine/2009/apr/01/uganda-healthcare-system-explained>. Guardian News and Media Limited. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 13.5.2010.

Kenya Psychiatry Association 2010. Patient Information. WWW-dokumentti. http://www.psychiatrykenya.com/index.php?option=com_content&view=article&id=43&Itemid=49. Päivitetty 6.10.2010. Luettu 7.10.2010.

Korpelainen, Vesa ja Renfors, Timo 2008. Hankeaiho Kaste –ohjelmaan. PDF-dokumentti. [http://www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/150508133133954/\\$File/TuomaLappalaiselta_Terveiden_edistamisen_itsuomalaisen_toimintamallin_kehittaminen.pdf?OpenElement](http://www.kuopio.fi/attachments.nsf/Files/150508133133954/$File/TuomaLappalaiselta_Terveiden_edistamisen_itsuomalaisen_toimintamallin_kehittaminen.pdf?OpenElement). Päivitetty 15.5.2008. Luettu 3.6.2010.

Kosaraju, A, Barrigan, CR, Poropatich, RK & Casscells, SW. 2010. Use of mobile phones as a tool for United States health diplomacy abroad. *Telemed J E Health* maaliskuu 2010, no. 16(2). Abstrakti. WWW-dokumentti. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20156128>. Ei päivytystietoja. Luettu 9.6.2010.

Krause, Kaisa & Salo, Satu 1992. Teoreettinen hoitotyö. Tampere: Tammerpaino Oy.

Kuopion yliopisto 2002. Ympäristöterveyden määritelmä. WWW-dokumentti. http://www.uku.fi/avoin/ymp_terveys/oppimateriaali/ympjaterveys/maaritelma.html. Päivitetty 15.4.2008. Luettu 12.11.2010.

Laakso, Teija. Ulkoasianministeriö 2006. WWW-dokumentti. Peruspalvelut pelastaisivat miljoonien hengen kehitysmaissa. <http://global.finland.fi/public/default.aspx?contentid=180491>. Päivitetty 17.11.2009. Luettu 10.2.2010.

Lankinen, Kari S., Karvonen, Juha T., Mäkelä, Pirjo H., Peltola, Heikki & Peltomaa, Miikka 1989. Kehitysmaiden terveys ja sairaus. Forssa: Forssan kirjapaino Oy.

Lefebvre, Craig 2009. Integrating Cell Phones and Mobile Technologies Into Public Health Practice: A Social Marketing Perspective. *Health Promotion Practice* vol. 10, No. 4, 490-494.

Lipson, Juliene G., Dibble, Suzanne L. & Minarik, Pamela A. 2000. Culture & Nursing Care: A pocket Guide. Canada.

Lowes, L & Gill, P 2006. Participants' experiences of being interviewed about and emotive topic. *Journal of Advanced Nursing* 55 (5).

Lämsä, Annikki 2004. Terveyttä ja hyvinvointia napapiiriltä päiväntasaajalle. Oulu: Kalevaprint Oy.

Marriner-Tomey, Ann 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Medley, Amy, Kennedy, Caitlin, O'Reilly, Kevin & Sweat, Michael 2009. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: A systematic review and meta-analysis. The Guilford Press 2009.

Metropolia. Kansainväliset hankkeet. WWW-dokumentti. http://www.metropolia.fi/index.php?id=637&L=0&type=98&tx_ttnews%5Btt_news%5D. Ei päivitystietoja. Luettu 22.2.2010.

Metsämuuronen, Jari 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet, Metodologia-sarja 4.: Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Missen, Clifford C & Cook, Thomas M. 2007, Appropriate information-communications technologies for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* huhtikuu 2007, 85(4).

Mixem Solutions Ltd. 2010. MIXEM SOLUTIONS: Mixem Solutions toimittaa sosiaalisen yhteisö- ja 3G palveluportaalin Uganda Telecomille. Lehdistötiedote. WWW-dokumentti.

<http://www.kauppalehti.fi/5/i/yritykset/lehdisto/hellink/tiedote.jsp?selected=kaikki&oid=20100901/12856502998900&industry=&=>. Päivitetty 28.9.2010. Luettu 1.10.2010.

Morris, Kelly 2009. Mobile phones connecting efforts to tackle infectious diseases. *The Lancet, Infectious diseases*. May 2009, Volume 9, Issue 5, Page 274.

Mulago Hospital Complex 2010. An overview. WWW-dokumentti. <http://www.mulago.or.ug/index.php>. Päivitetty 6.2.2010. Luettu 2.6.2010.

Naidoo, Jennie, Wills, Jane 1999. Practising Health Promotion, Dilemmas and Challenges. Baillière Tindall and Harcourt Brace and Company Limited; China.

Nambiar, B., Lewycka, S., Mwansambo, C., & Costello, A 2007. Planning health care in developing countries. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland 62, 5-10.

National Institute for Health and Welfare 2009. Facts about Social Welfare and Health Care in Finland. Tilastovihko. Helsinki.

Närheaho, Leo. Tietoyhteiskunta ja informaatiolukutaito arabimaissa. PDF-tiedosto. <http://www.viestinhallinta.fi/out/nareaho.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 16.6.2010.

Okatch, Charles & Akumu, Redempter 2010. Health Care System in Kenya. Maseno University. PP-esitys.

Parliamentary of Science and Technology 2006. ICT in Developing Countries. Post-note, maaliskuu 2006, no 261.

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999. Perhe hoitotyössä: teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY.

Pietilä, Anna-Maija 2010. Terveystietäminen, teoriasta toimintaan. WSOY pro Oy.

Plan Suomi Säätiö 2009a. Tutustu tyttöjen tilanteeseen maailmassa. WWW-dokumentti. <http://www.plan.fi/fi-FI/tyttojen-tilanne-maailmassa/>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 30.9.2010.

Plan Suomi Säätiö 2009b. Minkä arvoinen tyttö on? WWW-dokumentti. <http://www.plan.fi/fi-FI/minka-arvoinen-tytto-on/>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 30.9.2010.

Puska, Pekka, Vartiainen, Erkki, Laatikainen, Tiina, Jousilahti, Pekka & Paavola, Meri 2009. The North Karelia Project: From North Karelia to national action. Helsinki: University printing house.

Renfors, Timo 2009. Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus. Indikaattorit. PDF-tiedosto. http://www.kansanterveys.info/kaste/Tyovalinekortti4_Indikaattorit.pdf. Päivitetty 22.6.2009. Luettu 3.6.2010.

Routio, Pentti 2005. Havainnoivat tutkimustavat. Aalto yliopisto, taideteollinen korkeakoulu. WWW-dokumentti. <http://www.uiah.fi/projects/metodi/062.htm#vaphav>. Päivitetty 20.1.2005. Luettu 21.6.2010.

Rovaniemen ammattikorkeakoulu. Terve pohjoinen -hanke 2001-2004. Leiningerin transkulttuurinen malli. WWW-dokumentti. <http://akosote.roiakk.fi/AKOSOTE/tepo/pohjoisuus/B1.1.1.htm>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 7.6.2010.

Seppälä, Merja 2009. Health Africa Development Co-operation Organisation HADCO. PowerPoint-sits HADCO:n syksyn 2009 opiskelijavaihdon perehdytyspäivältä.

Skuse, Dr. Andrew, Butler, Nadia, Power, Fiona & Woods, Nicola 2004. Radio Broadcasting for Health: A decision maker's guide. Raportti. Lontoo: Departement for International Development.

Soininen, Miia 2007. YK suosittelee ympärileikkausta HIV:n torjuntaan. Lääkärilehti. WWW -dokumentti. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=4631/type=1 Päivitetty 29.3.2007. Luettu 8.6.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Ympäristöterveys. WWW-dokumentti. <http://www.stm.fi/hyvinvointi/ymparistoterveys?cssType=text>. Päivitetty 12.1.2010. Luettu 1.12.2010.

Suomen Afrikka-Seura 2009. Uganda. WWW-dokumentti.

<http://www.afrikkaseura.com/maat/uganda.htm>. Päivitetty 5.5.2009. Luettu 15.9.2010.

Suomen suurlähetystö 2009. Artikkelit ja kolumnit: Itä-Afrikan korruptiokatsaus: Tansanian vähiten korruptoitunut. WWW-dokumentti.

<http://www.finland.or.tz/public/default.aspx?contentid=168135&nodeid=31634&contentlan=1&culture=fi-FI>. Päivitetty 27.7.2009. Luettu 15.9.2010.

Suomen suurlähetystö 2008. Uganda. WWW-dokumentti.

<http://www.finland.or.ke/public/default.aspx?nodeid=32177&contentlan=1&culture=fi-FI>. Päivitetty 18.4.2008. Luettu 15.9.2010.

Tamir, Dov, Shabtai, Anat, Weinstein, Ruth, Dayan, Itzhak, Avraham, Michal & Tammi, Maya 2003. Television entertainment and health education for children in Israel. Health Education vol. 103, no. 4, 245-253.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2004. Suomalaisten terveys – 8. WWW – dokumentti.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_1998/2_1998/suomalaisten_terveys_-_8/. Päivitetty 10.1.2004. Luettu 7.6.2010.

The AfricanSeer 2008. List of Hospitals in Uganda. WWW – dokumentti. <http://www.africanseer.com/news/5205-List-Hospitals-Uganda.html>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 18.5.2010.

Tones, Keith, Tilford, Sylvia 1994. Health Education, Effectiveness, efficiency and equity. Chapman&Hall: England.

Torkkola, Sinikka 2002. Terveysviestintä. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Torkkola, Sinikka 2005. Johdanto terveystieteen. PDF-tiedosto. http://www.uta.fi/jour/opiskelu/Torkkola_Johdanto_terveysviestintaan.pdf. Päivitetty 7.1.2005. Luettu 9.6.2010.

Torkkola, Sinikka 2007. Terveystiedon tutkimus ja siihen liittyvät käsitteet. Bibliothecarii Medicinae Fenniae BMF ry. PDF-tiedosto. <http://www.bmf.fi/file/view/2007kevatseminaariTorkkola.pdf>. Päivitetty 18.4.2007. Luettu 11.6.2010.

Uganda Village Project 2009. Village Health Teams. WWW-dokumentti. <http://www.ugandavillageproject.org/what-we-do/healthy-villages/village-health-teams/>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 2.6.2010.

Ulkoasiainministeriö 2006. Käsiteluettelo. WWW –dokumentti. <http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentid=50142&contentlan=1>. Päivitetty 15.10.2009. Luettu 2.6.2010.

Ulkoasiainministeriö 2010a. Veden määrä ei korvaa laatua. WWW-dokumentti. <http://formin.finland.fi/Public/Print.aspx?contentid=188419&nodeid=15145&culture=fi-FI&contentlan=1>. Päivitetty 22.3.2010. Luettu 22.10.2010.

Ulkoasiainministeriö 2010b. Tarttuvat taudit tappavat kehitysmaissa. WWW-dokumentti. <http://global.finland.fi/public/default.aspx?contentid=70456>. Päivitetty 2.7.2010. Luettu 22.10.2010.

UNAIDS 2006. Penile Hygiene, Male Circumcision and HIV. WWW-dokumentti. <http://hivthisweek.unaids.org/2006/10/13/penile-hygiene-male-circumcision-and-hiv>. Päivitetty 13.10.2006. Luettu 8.6.2010.

Unicef 2000. Vuosituhattavoitteet luovat kehitykselle päämäärät ja toimintamallit. WWW-dokumentti. <http://www.unicef.fi/vuosituhatavoitteet>. Ei päivitystietoja. Luettu 22.6.2010.

Unicef 2009. Ministry of Health and UNICEF Zambia join with mobile phone companies for Child Health Week. WWW-dokumentti. http://www.unicef.org/infobycountry/media_50270.html. Päivitetty 16.7.2009. Luettu 9.6.2010.

United Nations Development Programme 2009a. Inhimillisen kehityksen

raportti 2009, Yli esteiden: Muuttoliikkeet ja inhimillinen kehitys. PDF –tiedosto. http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_FI_Summary.pdf. Luettu 2.6.2010.

United Nations Development Programme 2009b. Human Development Report 2009 - HDI rankings. WWW- dokumentti. <http://hdr.undp.org/en/statistics/>. Päivitetty 6.2.2010. Luettu 2.6.2010.

United Nations Office on Drugs and Crime 2006. Drug Rehabilitation Unit, Mathari Hospital, Kenya. WWW-dokumentti. http://www.unodc.org/treatment/en/Kenya_resource_centre_13.html. Ei päivitystietoja. Luettu 7.10.2010.

Vilkka, Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Tammi; Vaajakoski.

Vital Wave Consulting 2009. mHealth for Development: The Opportunity of Mobile Technology for Healthcare in the Developing World. Washington D.C & Berkshire, UK: UN Foundation – Vodafone Foundation partnership.

Womankind Worldwide 2010a. Women's human rights. WWW-dokumentti. <http://www.womankind.org.uk/womens-human-rights.html>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 30.9.2010.

Womankind Worldwide 2010b. Violence against women & girls. WWW-dokumentti. <http://www.womankind.org.uk/violence-against-women.html>. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 30.9.2010.

World Health Organization and UNICEF 2006. Meeting the MDG drinking water and sanitation target : the urban and rural challenge of the decade. PDF-tiedosto. http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmpfinal.pdf. Päivitetty 30.8.2006. Luettu 2.12.2010.

World Health Organization 2003. WHO definition of Health. WWW-dokumentti. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 12.11.2010.

World Health Organization 2006a. Mortality Country Fact Sheet 2006. WWW-dokumentti. http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_afro_ken_kenya.pdf. Päivitetty 13.9.2006. Luettu 15.6.2010.

World Health Organization 2006b. Mortality Country Fact Sheet 2006. WWW-dokumentti. http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_afro_uga_uganda.pdf. Päivitetty 13.9.2006. Luettu 15.6.2010.

World Health Organization 2006c. Mortality Country Fact Sheet 2006. WWW-dokumentti. http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_euro_fin_finland.pdf. Päivitetty 13.9.2006. Luettu 15.6.2010.

World Health Organization 2008a. Finland. WWW-dokumentti. <http://www.who.int/countries/fin/en/>. Ei päivitystietoja. Luettu 3.6.2010.

World Health Organization 2008b. Kenya. WWW-dokumentti. <http://www.who.int/countries/ken/en/>. Ei päivitystietoja. Luettu 3.6.2010

World Health Organization 2008c. Uganda. WWW-dokumentti. <http://www.who.int/countries/uga/en/>. Ei päivitystietoja. Luettu 3.6.2010.

World Health Organization 2010a. Male circumcision for HIV prevention. WWW-dokumentti. <http://www.who.int/hiv/topics/malecircumcision/en/index.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 9.9.2010.

World Health Organization 2010b. Breastfeeding. WWW-dokumentti. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>. Ei päivitystietoja. Luettu 9.9.2010.

Yle Uutiset 2010. Uutisjuttuja: Markkinat Afrikassa ja Etelä-Amerikassa. Videoleike. <http://arenan.yle.fi/video/1290045>. Julkaistu 19.9.2010. Katsottu 1.10.2010.

Ämmälä, Antti 2010. Somalian islamistit ottivat vastuun Ugandan terrori-iskuista. WWW-dokumentti. <http://www.upi-fiia.fi/fi/news/942/>. Päivitetty 13.7.2010. Luettu 15.9.2010.

Inhimillisen kehityksen indeksi -taulukko


Erittäin korkea kehitystaso	Korkea kehitystaso	Keskinkertainen kehitystaso	Alhainen kehitystaso
1. Norway	39. Bahrain	84. Armenia	159. Togo
2. Australia	40. Estonia	85. Ukraine	160. Malawi
3. Iceland	41. Poland	86. Azerbaijan	161. Benin
4. Canada	42. Slovakia	87. Thailand	162. Timor-Leste
5. Ireland	43. Hungary	88. Iran (Islamic Republic of)	163. Côte d'Ivoire
6. Netherlands	44. Chile	89. Georgia	164. Zambia
7. Sweden	45. Croatia	90. Dominican Republic	165. Eritrea
8. France	46. Lithuania	91. Saint Vincent and the Grenadines	166. Senegal
9. Switzerland	47. Antigua and Barbuda	92. China	167. Rwanda
10. Japan	48. Latvia	93. Belize	168. Gambia
11. Luxembourg	49. Argentina	94. Samoa	169. Liberia
12. Finland	50. Uruguay	95. Maldives	170. Guinea
13. United States	51. Cuba	96. Jordan	171. Ethiopia
14. Austria	52. Bahamas	97. Suriname	172. Mozambique
15. Spain	53. Mexico	98. Tunisia	173. Guinea-Bissau
16. Denmark	54. Costa Rica	99. Tonga	174. Burundi
17. Belgium	55. Libyan Arab Jamahiriya	100. Jamaica	175. Chad
18. Italy	56. Oman	101. Paraguay	176. Congo (Democratic Republic of the)
19. Liechtenstein	57. Seychelles	102. Sri Lanka	177. Burkina Faso
20. New Zealand	58. Venezuela (Bolivarian Republic of)	103. Gabon	178. Mali
21. United Kingdom	59. Saudi Arabia	104. Algeria	179. Central African Republic
22. Germany	60. Panama	105. Philippines	180. Sierra Leone
23. Singapore	61. Bulgaria	106. El Salvador	181. Afghanistan
24. Hong Kong, China (SAR)	62. Saint Kitts and Nevis	107. Syrian Arab Republic	182. Niger
25. Greece	63. Romania	108. Fiji	
26. Korea (Republic of)	64. Trinidad and Tobago	109. Turkmenistan	
27. Israel	65. Montenegro	110. Occupied Palestinian Territories	
28. Andorra	66. Malaysia	111. Indonesia	
29. Slovenia	67. Serbia	112. Honduras	
30. Brunei Darussalam	68. Belarus	113. Bolivia	
31. Kuwait	69. Saint Lucia	114. Guyana	
32. Cyprus	70. Albania	115. Mongolia	
33. Qatar	71. Russian Federation	116. Viet Nam	
34. Portugal	72. The former Yugoslav Republic of Macedonia	117. Moldova	
35. United Arab Emirates	73. Dominica	118. Equatorial Guinea	
36. Czech Republic	74. Grenada	119. Uzbekistan	
37. Barbados	75. Brazil	120. Kyrgyzstan	
38. Malta	76. Bosnia and Herzegovina	121. Cape Verde	
	77. Colombia	122. Guatemala	
	78. Peru	123. Egypt	
	79. Turkey	124. Nicaragua	
	80. Ecuador	125. Botswana	
	81. Mauritius	126. Vanuatu	
	82. Kazakhstan	127. Tajikistan	
	83. Lebanon	128. Namibia	
		129. South Africa	
		130. Morocco	
		131. São Tomé and Príncipe	
		132. Bhutan	
		133. Lao, People's Dem. Rep.	

Inhimillisen kehityksen indeksi -taulukko


		134. <u>India</u> 135. <u>Solomon Islands</u> 136. <u>Congo</u> 137. <u>Cambodia</u> 138. <u>Myanmar</u> 139. <u>Comoros</u> 140. <u>Yemen</u> 141. <u>Pakistan</u> 142. <u>Swaziland</u> 143. <u>Angola</u> 144. <u>Nepal</u> 145. <u>Madagascar</u> 146. <u>Bangladesh</u> 147. <u>Kenya</u> 148. <u>Papua New Guinea</u> 149. <u>Haiti</u> 150. <u>Sudan</u> 151. <u>Tanzania, U. Rep. of</u> 152. <u>Ghana</u> 153. <u>Cameroon</u> 154. <u>Mauritania</u> 155. <u>Djibouti</u> 156. <u>Lesotho</u> 157. <u>Uganda</u> 158. <u>Nigeria</u>	
--	--	--	--

(United Nations Development Programme 2009b.)


MALARIA-FREE KENYA; POSSIBLE THROUGH PARTNERSHIPS




When you or your loved ones develop fever, visit the nearest health facility for a malaria test. If malaria is confirmed, seek the recommended medicine AL (Artemether-Lumefantrine) treatment.




Pregnant women should visit the nearest health facility for malaria preventive services.




Allow your house to be sprayed with long acting insecticide for malaria control.



Ensure every member of your household sleeps under an Insecticide Treated Net every night to prevent malaria.




Ministry of Public Health and Sanitation



ROLL BACK MALARIA

25 April 2010
Possible through Partnerships



WORLD MALARIA DAY

Kenya has made steady progress in malaria control

- More people are sleeping under insecticide treated nets
 - More pregnant women in malaria high risk areas are receiving preventive treatment
 - Epidemics of malaria are being prevented and when small outbreaks occur they are quickly brought under control
 - More people are receiving information on what to do when they have fever or suspect they have malaria
 - More people with confirmed malaria are receiving appropriate treatment
- The number of people with confirmed malaria is declining

There is need to sustain and improve on the progress made so far through

- Scaling up ownership and use of insecticide treated nets
- Scaling up use of indoor residual spraying in selected high risk areas
- Scaling up availability of malaria testing and treatment services at health facility, private sector and community levels
- Ensuring that all pregnant women in areas with high risk of malaria receive preventive treatment for malaria
- Strengthening the capacities of communities and districts to prevent malaria outbreaks or to detect outbreaks early and respond appropriately
- Ensuring that everyone has access to appropriate malaria prevention and control information required for timely life saving action

Partnership is the key to the vision of a malaria-free Kenya; all persons, communities, organizations, and all sectors of the Kenyan economy must pull together in the true harambe spirit.

You and your community, organization or sector can

- *Adopt a school* and make it malaria-free
- *Adopt a health facility* make it malaria-free
- *Adopt a constituency* and make it malaria-free
- *Adopt a district or province* and make it malaria-free.
- *Scale-up specific activities* related to behavior change communication and capacity building

The Ministry of Public Health and sanitation is willing to partner technically and financially with you and your organization in the implementation of these malaria-free Kenya initiatives. Contact the Division of Malaria Control for details and co-investment options.

www.nmcp.or.ke



DAILY NATION
Friday April 23, 2010

ADVERTISING FEATURE | 29



Ministry of Public
Health and Sanitation

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH AND SANITATION



Ministry of Public
Health and Sanitation

LAUNCH OF 'MOTHER AND CHILD HEALTH BOOKLET'

Why the shift from the cards to the booklet?

**Message from
Mrs. Beth Mugo, EGH, MP,
the Minister for Public Health and
Sanitation**

The Ministry of Public Health and Sanitation in collaboration with the Ministry of Medical Services and partners this day launches the new Mother and Child Health Booklet. This replaces the previous separate mother and child health cards.

Why the shift from the cards to the new Mother and Child Health Booklet?

This is because this booklet integrates records of services and forms linkage between the pregnancy, delivery of the baby and continued care of both mother and child.

This booklet is offered free of charge in all public health facilities, and it is not for sale

The booklet contains records of the following key services:

- Antenatal care
- Delivery
- Postnatal care, which includes the care of the mother and her new born baby
- Feeding recommendation during sickness and health; and care for development
- Immunization, Vitamin A supplementation and deworming of children
- Growth monitoring
- Family planning services
- Home management of a sick child including:
- Offering more food

- More fluids including home-based fluids for diarrhoea
- Signs for which the care-giver of a sick child should seek care immediately
- Identification of early eye problems in an infant

I therefore urge all managers and health care providers to ensure a smooth transition from the previously used cards to the new Mother and Child Health Booklet and educate the public on its importance and use.

The ministry highly appreciates the support from all partners who participated in the development of this booklet, to mention but just a few: WHO, UNICEF, USAID, CDC, JICA among others. It is my sincere hope that this good partnership will continue to ensure availability and use of this booklet.

**Mrs. Beth Mugo,
EGH, MP,
the Minister for
Public Health
and Sanitation**



An education tool on child health

The **'Mother and Child Health Booklet'** will be launched today, Friday April 23, 2010, by the Director of Public Health and Sanitation, **Dr. Shahanaz Sharif**, at the Nairobi Hilton. The following are questions and answers on the Mother and Child Health Booklet.

Q: What is the difference between the previously used cards and the new Mother and Child Health Booklet?

A: The booklet puts together records of services offered to both mother and child.

Q: Where can one get a Mother and Child Health Booklet?

A: The Mother and Child Health Booklet is issued at all health facilities offering maternal and child health services.

Q: Is there any cost for acquiring the booklet?

A: No, the booklet is offered free of charge in all public health facilities.

Q: When is the booklet issued?

A: When a mother suspects or knows that she is pregnant, she should visit a health facility, where antenatal services



Dr. Shahanaz Sharif

are offered to her and the booklet will be issued.

Q: When is the booklet used?

A: The booklet is used by the mother during the scheduled at least 4 visits for antenatal care, at delivery, during postnatal visits for both mother and baby, and the continued care until the child is five years of age.

Q: Can the 'Mother and Child Health Booklet' be required for any other

use?

A: Yes, the child's immunization record sheet may be required for verification of the child's immunization status e.g. by: schools, immigration offices among others. The book is also useful as a verification of date of birth e.g. for issue of birth certificate where birth notification is not available.

Q: Can one 'Mother and Child Health Booklet' be used by all family members?

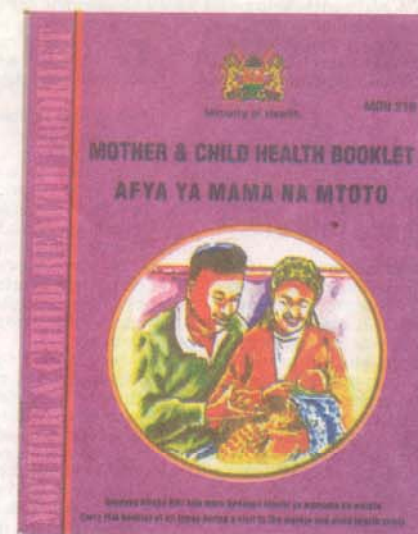
A: NO, this booklet is issued to the mother when she is pregnant and the child resulting from the pregnancy. For each subsequent pregnancy, a new booklet is issued.

Q: What about when a pregnancy results more than one child?

A: In case more than one child is born each child will have their own booklet with full information on the pregnancy and mother's health.

Q: Who keeps the booklet?

A: The booklet is kept by the mother/ care-giver and it is presented to the health worker during every visit to the health facility.



The cover of the 'Mother and Child Health Booklet' being launched today by **Dr. Shahanaz Sharif**

Q : What other benefits does the booklet have for the family and community members?

A: This booklet is an education tool and has information on child health and development.



unicef



APHIA II
KENYA

LÄNSI-SAVO TORSTAINA 25.11.2010

ULK

Matkapuhelintekniikka auttaa Afrikassa

Matkapuhelimilla jaetaan terveystietoa, viljanhintoja ja vaikkapa rekisteröidään lapsia.

Kimmo Mäkilä
STT HELSINKI

VASTASYNTYNEEN lapsen saaminen kirjoihin ja kansiin ei ole Suomessa mikään urakka, mutta kehitysmaan arki on tyystin toinen: Keniassa vanhempien pitää ensin täyttää rekisteröintilomake, joita ei välttämättä ole, viedä se kyläpäällikölle, joka voi asua kaukana, ja päällikön pitäisi kuljettaa se viranomaisille, joiden toimisto on vieläkin kauempana.

Ja sitten kun hidas byrokraatia on tehnyt työnsä, pitäisi vanhempien vielä itse nousta lapsen syntymätodistusta jopa useiden kymmenien kilometrien päästä. Ei ihme, että homma jää usein tekemättä, mikä kostautuu lapselle myöhemmin.

Kenia on teknologiasessa mieleissä alueensa kärkimaita.

– Syntymätodistus on lapselle kansalaisuuden perusta. Sitä tarvitaan toisen asteen koulun pyrittäessä, ilman sitä ei saa passia eikä ajokorttia, ja ilman sitä on vaikea todistaa oikeudessa olevansa alaikäinen, kertoo kehitysyhteistyöjärjestö Plan Suomen ohjelmapäällikkö Mika Välfälö, joka on mukana järjestön informaatioteknologia- eli ICT-hankkeissa Keniassa.

Apuun tuodaan matkapuhelintekniikkaa. Planin käynnistämän pilottiprojektin tarkoitus on, että paperipinojen sijasta vanhemmat täyttävät kännykällään sähköisen rekisteröintikaavakkeen, joka lähetetään suoraan viranomaisille – toimiva idea maassa, jossa matkapuhelin on jo yli 40 prosentilla väestöstä ja osuus kasvaa rajusti, ja kuuluvuusalue kattaa liki joka kolkkan.

– Pilotin alueella on viisi yhteisöä, joissa asuu yli 78 000 ihmistä. Innostusta on ollut paikalliselta tasolta aina ministeriöitä myöten. Välfälö sanoo.

SYNTYMÄREKISTERÖINTI on vain yksi niistä useiden satojen toimijoiden useista sadoista

Mobiilipalvelu taipuu niin hälytyksiin kuin terveydenhuoltoon

Ushahidi, Kenia:

● Syntyi Kenian vaalien jälkeisten levottomuuksien aikana 2008. Palvelu käytti matkapuhelimia väkivaltaisuuksien seurantaan ja levitti ennakkoarvioita ja hälytyksiä vaarantaluksille esteellisesti.

Trade at hand, Burkina Faso, Senegal, Mali:

● Tekstiviestipalvelu, joka levittää tilaajille tietoa elintarvikkeiden ja muiden hyödykkeiden tuku- ja vähittäismarkkinoista. Lisää markkinoiden läpinäkyvyyttä ja estää keinotulua.

Ajedi-Ka, Kongon demokraattinen tasavalta:

● Kyläyhteisöjä koulutetaan käyttämään matkapuhelimia, jotta he voisivat raportoida kansalaisjärjestöille lasten oikeuksien loukkauksista, kuten lapsisotilaiden värvämisestä. Tiedot vahvistetaan ja lähetetään kansainvälisille tahoille jatkotoimia varten.

Pésinet, Mali:

● Mobiilipalvelu, jonka avulla seurataan alle viisivuotiaiden pikkulasten terveydentilaa. Lapsen paino ja muita terveystietoja lähetetään viestinä lääkärille, joka voi tietokannasta tarkistaa, onko terveydentilassa tapahtunut huolestuttavia muutoksia. Vastaava projekti Senegalissa auttoi vähentämään lapsikuolleisuutta selvästi.

Lähde: *Mobiles for Development* -raportti, Plan

ICT-teknologiaa hyödyntävistä kehitysyhteistyöhankkeista, joita on käynnissä ympäri Afrikkaa. Mobiiliosovelluksilla jaetaan muun muassa viljanhintatietoja Senegalissa, hiv-tietoutta Etelä-Afrikassa, ympäristöoppia Kamerunissa ja raskausajan hoito-ohjeita Ugandassa.

» Syntymätodistus on lapselle kansalaisuuden perusta.

Mika Välfälö

Myös Suomen valtio satsaa ICT-projekteihin vahvasti. Ulkoministeriön neuvonantaja Ilari Lindy arvioi, että seuraavien kolmen vuo-



Matkapuhelimet yleistyvät Afrikan maissa voimakkaasti. Niiden avulla voidaan jopa rekisteröidä vastasyntyneitä lapsia.

den aikana tälle sektorille suuntautui hankkeisiin annetaan rahaa noin 75 miljoonaa euroa.

– ICT on siinä mielessä poikkeava teknologia, että siihen liittyy niin monen yhteiskunnan osapuolen kehittäminen. Nykyään se alkaa myös olla kehitysyhteistyön kohdeväestön saatavilla, Lindy kertoo.

Kenia on teknologisessa mielessä alueensa kärkimaita, mutta muut tulevat vauhdilla perästä. Esimerkiksi Ghanassa matkapuhelinten käyttäjämäärä kohosi vuosina 2001–2007 noin 200 000:sta liki 7,5 miljoonaan. Nimenomaan kännykästä on tulossa afrikkalaisen ykköshärveli, joka toimii yhtä aikaa ainoana yhteydenpitoväli-

neenä, radiona ja taskulaskimena, jopa taskulamppuna.

Mika Välfälö huomauttaa, että ICT-hankkeiden, kuten syntymärekisteröinnin, hyödyt eivät jää vain yksittäisten perheiden tasolle.

– Valtionkin on aika vaikea hallinnoida koulutusta ja terveydenhuoltoa, jolle se tiedä, paljonko ihmisiä syntyy ja missä päin.

Elämää lääkkeiden

ILTA-SANOMAT Ugandassa



Jari Atonius, Kampala.
Kuva: Jari Atonius/ILTA-SANOMAT

Edison Wavamuno, 25, toivoo, että olisi kuulut ajoissa ABC-ohjeista. Silloin hän ei ehkä olisi hiv-positiivinen.

ABC on Edisonin kotimaan Ugandan aidsin vastaisen valistustyön kulmakivi. A tarkoittaa abstin, pidättäytyä seksiästä. *Be faithful*, ole uskollinen partnerillesi, kuuluu toinen ohjeensa. Viimeistään kolmannen pitäisi suojata takuvarmasti: *Use condoms*, käytä kondomia.

- Käytin kyllä kondomia, mutta kun tutustuin tyttöön paremmin, se jäi pois. Kolme vuotta sitten menin testiin ja sain tietää taudistani, Edison Wavamuno kertoo horjavalta englannilla IS:lle kodissaan Kampalassa.

Kodikai asumusta voi häidin tuskin sanoa. Slummin kaatopaikan lähelle kivitalon kylkeen kyhätty kolmen neljän lauhahötkeli on surkea, vetoisa asumus, jonka lattialle Edison levittää öisin patjansa. Päivisin hän leikkää lähiseudun asiakkaiden hiuksia parturiutuissaan ja ansaitsee sillä rahaa ruokaan.

- Taudissa minua pelottaa eniten se, jos se vie kaikki fyysiset voimani ja lahdun, Edison pohtii tulevaisuuttaan.

EDISON Wavamuno on yksi Ugandan arvostetuista 11 miljoonasta hivin kantajasta. Hän on myös yksi sadoista tuhansista ugandalaisista, jotka saavat ilmaisia antiretroviraalilääkkeitä.

Niiden ansiosta hän on yhä hengissä. Edisonin rapakassa lääkkeet torjuvat mm. keuhkokuumeen ja

"Suren tilannettani ja köyhyyttäni, mutta haluan jatkaa elämäni."

Edison Wavamuno

Maailman aids-päivää vietetään ensi keskiviikkona

3 faktaa

1. Maailman aids-päivän tarkoitus on muistuttaa ongelmasta, lisätä tietoisuutta hivistä ja kannustaa taudin vastaiseen taisteluun.
2. Maailmassa on yli 33 miljoonaa hiv-tartunnan saanutta. Suurin osa heistä asuu Afriikassa.
3. Ugandassa virusla kantoa pahimmassa vaiheessa 1990-luvulla jopa 15 prosenttia väestöstä. Nykyisin kansasta reilut kuusi prosenttia on hiv-positiivisia.

ainoinfektioit.

Lääkkeensä Edison hakee kansainvälisten hyväntekeväisten rahoittamasta Kampalan tartuntatautiinstituutista, jossa hän toimii muiden kaltaisten nuorten aikuisten tukihenkilönä.

- Yritin rohkaista muita testiin, hän kertoo.

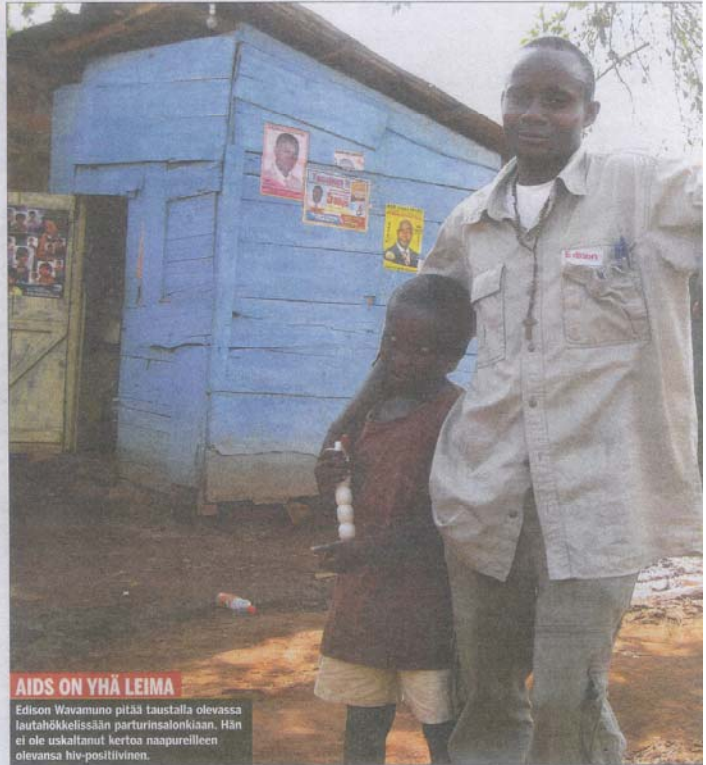
Ugandassa aidsiin liittyy yhä leimaantumisen pelko. Vain pari Edisonin omaista tietää taudista ja hän voi keskustella siitä vain lähimpien kohtaloveriensä kanssa.

- Jos naapurini saavat tietää, en voi tehdä astalle mitään, Edison pohtii ja vihjaa, että joutuisi ehkä muuttamaan pois alueelta.

HIV-AIDS-sanapari esiintyy Kampalan katukuvassa joka puolella. On valistuskylttejä ja opasteita klinikoille ja aids-tukijärjestöihin.

Tartuntaa epäilevä voi hakeutua esimerkiksi Kampalan tartuntatautiin instituutin vastaanotolle. Sen odotustila kuhisee päivittäin ihmisistä.

Hoitajat täyttävät taudinkantajiksi todettujen seurustelomakkeita ja laakevat potilaalle pilleri purkkilinjafavirensä, sepyniä... Eri lääkeaineiden nimiä vilisee kymmentään.



AIDS ON YHÄ LEIMA

Edison Wavamuno pitää taustalla olevassa lauhahötkelissään parturinsalonkiaan. Hän ei ole uskaltanut kertoa naapureilleen olevansa hiv-positiivinen.



Betty Kakembon mies eläkösuoraan.



Aids-lääkkeitä yritetään erityisesti estää taudin siirtymisen äidistä lapseen.



Ilmaisia lasten hiv-testejä.

- Kaikkia potilaita emme pysty ottamaan sisäämme, mutta ohjaamme heidät kaupungin klinikalle, kertoo lääkäri **Isaac Iwanga** IS:lle.

Jos potilaalla on rahaa, hän voi hakeutua myös esimerkiksi yksityisen, kristillisen Mengo-sairaalan vastaanotolle, jossa ei ole tunteita.

Yhteistä sairaaloille on, että enemmistö hoitoon tai testiin tulijoista näyttää olevan naisia.

Missä miehet?

- Epäilen, että mieheni on myös hiv-positiivinen, mutta hän ei tule testiin, kertoo Mengo-sairaalaan lääkkeitään hakeva **Betty Kakembo**, 31, IS:lle.

Kanafarmarina itsensä elättävä viiden lapsen äiti puhuu myös stigmaasta, leimautumisesta, joka aidsiin liittyy.

Miten tautila voi torjua, jos ihmiset eivät edes halua tunnustaa sen olemassaoloa?

- **JOS** minulla olisi valta ja rahat, ympärileikkaisin kaikki Ugandan miehet!

Kampalan tartuntatauti-

"Epäilen, että mieheni on myös hiv-positiivinen, mutta hän ei tule testiin."

Betty Kakembo

tiin instituutin johtaja **Alex Coutinho** tietää mistä puhuu. Hän näki ensimmäisen aids-potilaansa Ugandassa vuonna 1982, ja seurasi läheltä, kuinka maa oli romahitta seuraavan vuosikymmenen valtaisan epidemiaan. Nykyään

hänsen instituutinsa hoitaa sisänsairaaloineen vuodessa 30 000 potilasta.

Vauttamis ympärileikkauksista perustuu todisteisiin, joiden mukaan toimenpide vähentää jopa 60

armoilla

HIV/AIDS: IS tutustui aidsin vastaiseen taisteluun Ugandassa, jossa sadat tuhannet ihmiset ovat hengissä vain ilmaisten aids-lääkkeiden ansiosta.

IS / JARI ALENUS



Pysy turvassa, pidättäydy seksistä. Ugandalaiskoulun pihanurmikolla muistutetaan kyfteillä aidsin vaarasta. Vallistus aloitetaan jo pienimmistä lapsesta pitäen.

KOMMENTTI

Aids-taistelun mallimaa?

Tutustuin Afrikan aids-tilanteeseen edellisen kerran yhdeksän vuotta sitten Mosambikissa ja Etelä-Afrikassa. Tulevaisuus näytti lehduttömältä, kuolleisuus oli valtavaa, tietämys taudista heikkoa. Etelä-Afrikan presidentti **Thabo Mbeki** esitti aivan tosissaan, että aids ei johdu hi-viruksesta vaan köyhyydestä...? Vaikka aids-lääkkeitä olisi ollut tarjolla, niitä ei olisi

saatu perille, koska tauti oli tabu. Kuolinsyyksi merkittiin muu sairaus, joka kuitenkin johtui aidsista.

Tilanne on parantunut. Monet Afrikan johtajat ovat uskaltaneet tunnustaa taudin. Lääkkeiden hinnat ovat romahtaneet ja niitä on saatavilla alkeellisen terveydenhoitojärjestelmän kautta. Länsimaat, lääkefirmat ja hyväntekeväisyysäätiöt ovat pelastaneet avustustol-

millaan satoja tuhansia ihmisiä työelämään.

Yksi menestystarina on Uganda, jossa tehdään mm. urasaurottavaa aids-tutkimusta. Vaikka aidsin leima on yhä vahva, taudista kuitenkin keskustellaan avoimesti. Se laskeaan osaltaan pitkäaikaisen presidentin **Yoweri Musevenin** ansioksi.

Matka voittoon on kuitenkin pitkä. Aids-työ on täysin ulkomaisen rahan varassa.

Ajoittain niitä rahoja lipsahdetaan ugandalaisien virkamiesten taskuihin terveydenhoidon sijasta.

Tuorein takapajuisuuden osoitus ovat homojen vainot ja hallituksen aiheet rangaista homoseksuaalisuudesta jopa kuolemantuomiolla. Sanomattakin on selvää, että tälle syrjitylle kansanosalle ei aids-lääkkeitä jaella.

JARI ALENUS



Tartuntatautiin klinikoille tulee myös hyvin sairaita potilaita.



Ilmaisklinikoilla jonotetaan testiin ja sairaanhoitajien luo.



Mengo-sairaalan hoitajat laskevat lääkännoksia.



Shamin Natenza ja Edison Wavamuno haaveilevat kaikesta huolimatta lapsen hankinnasta.

prosentin tehokkuudella hivin leviämistä heterosuhteissa.

Suojamekanismissa ei täysin tunneta, mutta myös YK on suositellut toimenpidettä Afrikassa.

Toiseksi varmistaisin täyden hoidon ja lääkkeet kaikille hiv-postiivisille naisille, jotta tauti ei siirtyisi heidän lapsiinsa. Kolmanneskin haluaisin kaikki ihmiset hoitoon ajoissa, Coutinho luettelee IS:n haastattelussa Kampalassa.

TOIVEIDEN toteuttaminen on vielä kaukana, sillä aika ajoin aids-taistelu uhkaa luisua kokonaan käsistä. Viime vuonna talouskriisi väänäsi ulkomaiden apurahanan kiinni, ja Ugandan aids-klinikat joutuivat kääntymään potilaita ovelta.

Pelko riutuvista potilaskonoista ja täyttyvistä haitausmaista palasi. Sitten *New York Times* kävi tekemässä jutun Ugandasta. Sen artikkelin jälkeen

Yhdysvaltain hallitus myönsi lisää rahaa aids-työhön. Coutinho kiittelee.

Tohtori Coutinho tunnustaa, että hänen maansa elää maailman hyväntahtoisuuden varassa – ainakin siihen asti, kunnes hiv-rokote joskus keksitään.

"Jos minulla olisi valta ja rahat, ympärileikkaisin kaikki Ugandan miehet!"

Kampalan tartuntatautiin instituutin johtaja Alex Coutinho

– Mikään yhteiskunta maailmassa ei ole vielä tuhoutunut aidsiin, joten olen yhä optimistinen, Alex Coutinho sanoo.

EDISON Wavamuno ei ole optimistinen. Mutta hän sanoo kuitenkin olevansa

pitkuisen onnellinen ja haluavansa jatkaa elämäänsä.

Hän esittelee IS:lle vaihtonsa, 19-vuotiaan **Shamin Natenza**n. Ujo nuori nainen myy kenkiä Edisonin kauneussalongin ulkopuolella ja tuo kipeästi kaivatun rahaa taloon.

Myös Shamin on hiv-positiivinen. Hän on saanut viruksen jo ennen parin tapaamista.

– Noudatamme tartuntatautiin instituutin lääke-

rien ohjeita ja käyttämme kondomia, Edison kertoo esitellen varmuusvälineitä repusta.

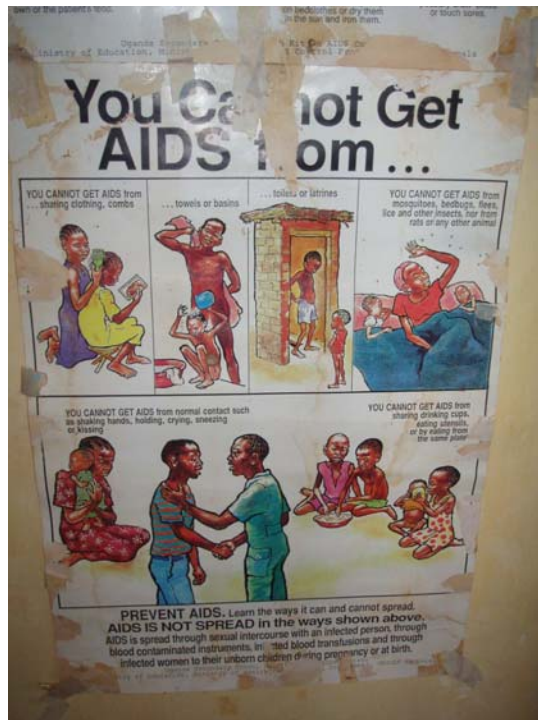
Nuorella parilla on kaikesta huolimatta nuoren parin unelma, lapsen hankkiminen. Teoriassa kaikki on mahdollista oikealla lääkityksellä. Edison Wavamuno kuitenkin edellyttää, että lääkkirit antavat luvan ja lapsella on mahdollisuus syntyä terveksi.

– Haluan olla varma, että tämä tauti päätyy minuun!

Saatavilla olevaa terveystiedonmateriaalia Keniassa ja Ugandassa



Saatavilla olevaa terveystkasvatusmateriaalia Keniassa ja Ugandassa



Saatavilla olevaa terveystasvatusmateriaalia Keniassa ja Ugandassa

