

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

2014

Hanna Silvennoinen & Kaisa-Maria Ylipartanen

**KAUPUNGISTUMISEN
VAIKUTUKSIA FYYSSISEEN
TERVEYTEEN JA
HYVINVOINTIIN
KEHITYSMAISSA -
SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT JA LIHAVUUS**



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoitaja

Marraskuu 2014 | 38+4

Ohjaaja FT Maika Kummel

Hanna Silvennoinen & Kaisa-Maria Ylipartanen

KAUPUNGISTUMISEN VAIKUTUKSIA FYYSSISEEN TERVEYTEEN JA HYVINVOINTIIN KEHITYSMAISSA – SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT JA LIHAVUUS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kaupungistuminen vaikuttaa ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin kehitysmaissa. Opinnäytetyö keskittyi käsittelemään ei-tarttuviin tauteihin eli kroonisiin sairauksiin kuuluvien sydän- ja verisuonisairauksien sekä liikalihavuuden esiintyvyyttä kehitysmaissa ja niiden riskitekijöitä sekä haittoja väestön terveydelle. Tämä opinnäytetyö liittyy valmisteilla olevaan Urban health –hankkeeseen.

Opinnäytetyö pyrittiin toteuttamaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Aineisto koostui pääasiallisesti hoitotieteellisistä tutkimuksista ja hoitotieteellisestä kirjallisuudesta. Hoitotieteelliset tutkimukset haettiin sähköisistä tietokannoista Cinahlista ja PubMedistä. Aineiston analyysiin käytettiin sisällönanalyysia. Opinnäytetyöhön valittiin 14 tutkimusta.

Tuloksista selvisi, että kaupungistumisen myötä sydän- ja verisuonitaudit sekä liikalihavuus ovat kehitysmaissa yleistymässä. Näiden yleisyyteen vaikuttavat pääasiassa elämäntapojen muuttuminen länsimaalaisemmiksi; liikunnan väheneminen, ruokailutapojen muuttuminen epäterveellisemmiksi ja tupakanpolton lisääntyminen.

Kehitysmaiden väestön terveyttä tulisi tukea terveydenhuollon kehittämisellä ja kouluttamalla riittävästi osaavaa hoitohenkilökuntaa ei-tarttuvien tautien hoitamiseen ja mahdollistaa hoidon saatavuus koko väestölle. Väestön kannustaminen noudattamaan terveellisiä elämäntapoja voi edistää kehitysmaiden väestön elämänlaadun paranemista. Se saattaa vaikuttaa heidän terveyskäyttäytymiseensä positiivisesti ja voi vähentää riskiä sairastua ei-tarttuviin tauteihin, kuten sydän- ja verisuonitauteihin sekä mahdollisesti vähentää riskiä ylipainon kertymiseen ja sairastumista liikalihavuuden liitännäissairauksiin.

ASIASANAT:

Kaupungistuminen, terveys, hyvinvointi, kehitysmaa, länsimaalaistuminen, sydän- ja verisuonitaudit, lihavuus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursing

November 2014 | 38+4

Instructor PhD Maika Kummel

Hanna Silvennoinen & Kaisa-Maria Ylipartanen

THE EFFECTS OF URBANIZATION ON PHYSICAL HEALTH AND WELLBEING IN DEVELOPING COUNTRIES – CARDIOVASCULAR DISEASES AND OBESITY

The purpose of this thesis is to find out how urbanization affects human health and wellbeing in developing countries. The focus of the study is on the prevalence of non-contagious, chronic diseases, particularly cardio-vascular diseases and obesity, and their risk factors in the population of developing countries. This thesis is part of the Urban Health project that is currently in preparation.

The method of this study is a systematic review. The research material consists mainly of studies and literature in the field of nursing science. The scientific studies are taken from the following electronic databases: Cinahl and PubMed. The analysis is executed as content analysis. 14 research papers were used as sources for this study.

According to this study, both cardio-vascular diseases and obesity are becoming increasingly common in developing countries. This trend is attributed mainly to the westernization of the way of life; decrease in exercise, increase in smoking, and less healthy eating habits.

In view of this study, the health of the population of developing countries should be supported by advancing the health care system in those countries, and by training skilled medical personnel in sufficient numbers in order to treat non-contagious diseases and to ensure the availability of treatment to the entire population. The quality of life of the people of developing countries can be improved by encouraging them to follow a healthy lifestyle. These measures could have a positive impact on the people's health behavior, which in turn may decrease the risk of developing non-contagious cardio-vascular diseases. Likewise, the risk of obesity and obesity related diseases is reduced.

KEYWORDS:

Urbanization, health, wellbeing, developing country, westernization, cardiovascular diseases, obesity

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY	7
2.1 Kaupungistuminen	7
2.2 Terveys	7
2.3 Hyvinvointi	8
2.4 Fyysinen terveys ja hyvinvointi	9
2.5 Kehitysmää	9
2.6 Länsimaalaistuminen	10
2.7 Sydän- ja verisuonitaudit	10
2.8 Lihavuus	10
3 KAUPUNGISTUMINEN, TERVEYS JA HYVINVOINTI	11
3.1 Terveys ja hyvinvointi kaupungissa	11
3.2 Terveys ja hyvinvointi kehitysmaiden kaupungeissa	12
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	15
5 AINEISTO JA MENETELMÄ	16
5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä	16
5.2 Tiedonhaku ja analyysi	17
6 TUTKIMUSTULOKSET	20
6.1 Kaupungistumisen ja länsimaalaistumisen vaikutukset fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin	20
6.1.1 Tupakointi ja alkoholin käyttö	20
6.1.2 Fyysinen aktiivisuus	21
6.1.3 Lihavuus	23
6.1.4 Ruokailutottumukset	24
6.1.5 Korkea verenpaine	25
6.2 Kehitysmaiden väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen	26
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	29
7.1 Opinnäytetyön eettisyys	29
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	29

8 POHDINTA 31

9 JOHTOPÄÄTÖKSET 34

LÄHTEET 35

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aiheena on kaupungistumisen vaikutukset fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten kaupungistuminen vaikuttaa ihmisen fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin kehitysmaissa. Työ liittyy valmisteilla olevaan Urban health –hankkeeseen.

Kaupungistuminen eli urbanisoituminen on käsitteenä hyvin ajankohtainen ja maailmanlaajuinen; kaupungistumista tapahtuu niin länsimaissa kuin kehitysmaissa, ja viime vuosikymmenen aikana kehitysmaiden kaupungistuminen on ollut nopeaa. Kaupungistumisella on sekä negatiivisia että positiivisia vaikutuksia. Negatiivisia vaikutuksia, joista puhutaan ja kirjoitetaan enemmän, ovat muun muassa tartuntataudit (esimerkiksi HIV, hepatiitti B), ei-tarttuvat taudit (esimerkiksi diabetes, sydän- ja verisuonitaudit), saasteet ja sosiaaliset ongelmat (WHO 2014.) Kaupungistumisen positiivisiin vaikutuksiin kuuluu esimerkiksi se, että erilaiset sosiaali- ja terveystalvet ovat nopeasti ja helposti saatavilla, parempi työllistyminen, koulutustarjonta ja kulttuuritarjonta (Moore ym. 2002).

Kaupungistuminen kehitysmaissa tuo uusia haasteita muun muassa terveydenhuollolle ei-tarttuvien tautien ennaltaehkäisevään toimintaan. Kehitysmaissa yleistyneisiin ei-tarttuviin tauteihin kuuluvat esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit sekä liikalihavuus asettavat uusia haasteita kehitysmaiden terveydenhuollon hoidon ja seurannan järjestämiseen. Samalla haasteita tuo kehitysmaiden väestön elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi, esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen, terveellisen ruokavalion noudattaminen ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen. Muutoksiin kannustamalla ja niiden toteutuessa, kehitysmaiden väestön terveyttä parannetaan sekä ennaltaehkäistään ei-tarttuvien tautien syntymistä. (Li & Wright 2007.)

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

2.1 Kaupungistuminen

Kaupungistuminen eli kaupungistua voidaan määritellä asutuksen muuttumisella kaupunkivaltaiseksi. Tähän muutokseen kuuluu osana myös elämänmuodon muuttuminen kaupunkimaiseksi. (Haarala ym. 1996, 428; SuomiSanakirja.fi 2013.)

Euroopan Unionin tilastovirasto (Eurostat) asettaa kriteerejä kaupungistumiselle. Ensimmäinen kriteeri on väestötiheys, jolloin kaupungissa asukkaita pitää olla vähintään 500 neliökilometrillä. Toinen kriteeri on asukasmäärän suuruus, jonka on oltava vähintään 50 000 asukasta kaupungissa. Organization for Economic Cooperation and Developmentin (OECD:n) kehittämät maaseutu- ja kaupunkimaisuuskriteerit ovat Euroopan Unionin käyttämiä kriteereitä lievempiä. OECD:n mukaan maaseutumaiseksi luokitellaan alue, jossa on asukkaita vähemmän kuin 150 asukasta neliökilometrillä. (Niemi 2004, 7-8.)

Yhdistyneiden kansakuntien (YK) mukaan ei ole yhteistä määritelmää kaupungistumiselle. YK:n mukaan kuitenkin voidaan puhua kaupungistumisesta, jos kaupunki käsittää seuraavat määritteet: kaupungissa asuu minimimäärä asukkaita, asukastiheyden alaraja täyttyy, suurimman osan asukkaista työllistää muu kuin maatalous, kaupungin perusrakenteesta löytyvät muun muassa päällystetyt tiet, sähkö, vesijohtovesi tai viemäristö. Lisäksi kaupunki tarjoaa koulutusta ja terveydenhuoltopalveluita. (United Nations 2014.)

2.2 Terveys

Terveys voidaan määritellä täydellisen fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tilaksi. Sanalla terveys on paljon laajempi merkitys kuin pelkkä vaivan tai sairauden puute. (WHO 2003; THL 2014a.) Terveys on yksi niistä voimavaroista, jonka avulla hyvä elämä ja myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät voi-

vat toteutua. Terveys on välttämätön taloudelliselle ja sosiaaliselle kehitykselle. Se on myös inhimillinen perusarvo. Terveysteen liittyy erilaisia determinantteja eli määrittäjiä, jotka vaikuttavat terveyteen joko positiivisesti tai negatiivisesti. Nämä terveyden determinantit ovat kulttuurisia, rakenteellisia, sosiaalisia ja yksilöllisiä tekijöitä, ja niihin kuuluvat esimerkiksi ihmisen omat terveyteen liittyvät asenteet, taidot, tiedot ja elintavat sekä koulutus, työolot, toimeentulo, elinolot ja palvelujen saatavuus ja toimivuus. (THL 2014a.) Jokainen määrittelee terveytensä kuitenkin omalla tavallaan, ja tämä määritelmä onkin lopulta se tärkein. Ihmisen oma hyväksi koettu terveys saattaa poiketa paljonkin muiden ihmisten käsityksestä ja lääkärin arviosta. Ihminen voi tuntea itsensä terveeksi, vaikka hänellä onkin jokin sairaus tai vaikeita vammoja. Omaan arvioon vaikuttavat hyvin paljon omat tavoitteet ja ympäristö. Yksi koetun terveyden tärkeä osa on riippumattomuus ja mahdollisuus itse huolehtia itsestään. Ihminen kokee terveytensä paremmaksi, kun hän on oman elämänsä ohjaksissa. (Huttunen 2012.)

2.3 Hyvinvointi

Hyvinvointia on mahdoton tiivistää vain yhteen määritelmään. Se voidaankin määritellä koskemaan ihmisen elämää niin aineellisella kuin henkisellä tasolla. Aineelliseen hyvinvointiin kuuluvat osana rikkaus, vauraus ja taloudellinen hyvinvointi. Henkiseen hyvinvointiin voidaan lukea hyvä terveydentila sekä hyvä fyysinen ja psyykinen hyvinvointi. Hyvinvoiva ihminen pystyy tarpeidensa tyydyttämisen jälkeen vielä löytämään voimia virkistytymiseen, lepäämiseen, läheisten kanssa olemiseen ja myös itsensä toteuttamiseen. (Haarala 1996, 250; STM 2007, 11.)

Hedonististen teorioiden mukaan hyvinvointi on ensimmäiseksi nautintoa eli miellyttävät kokemukset voittavat epämiellyttävät kokemukset. Toiseksi hyvinvointi on halujen tyydyttämistä eli ihmisen kykyä sopeuttaa halunsa ja toiveensa mahdollisuuksiinsa. Kolmanneksi hyvinvointi on onnellisuutta eli positiivisia sekä tyytyväisiä tunteita omaa elämäänsä kohtaan. Neljänneksi hyvinvointi on eettistä eudaimonismia eli hyvinvointi on ihmislunnon toteuttamista. Viidenneksi hy-

vinvointi on lista teorioita eli listalla voidaan kuvata hyviä asioita esimerkiksi nautintoa, ystävyyttä, tietoa. Nämä ovat asioita, joita hyvinvointi tarvitsee. (Matti 2009.)

2.4 Fyysinen terveys ja hyvinvointi

Fyysinen terveys ja hyvinvointi tarkoittavat sitä, että elimistö toimii normaalisti eli ihmisen tuki- ja liikuntaelimistö (luusto ja lihaksisto), hengitys- ja verenkiertoelimistö (sydän, verenkierto ja keuhkot) sekä aineenvaihdunta toimivat moitteettomasti. Fyysistä terveyttä voidaan mitata erilaisilla mittareilla esimerkiksi verenpaine-, syke- ja kuumemittarilla. (Tammivaara 2014.) Fyysistä terveyttä ja hyvinvointia lisätään riittävällä liikunnalla, terveellisellä ja monipuolisella ravinnolla sekä riittävällä ja laadukkaalla unella (Sallinen ym. 2007).

2.5 Kehitysmaa

Kehitysmaa määritellään yleensä köyhäksi, talousrakenteeltaan yksipuoliseksi ja matalatuottoiseksi sekä yhteiskuntarakenteeltaan eriarvoiseksi maaksi. Kehitysmaan historiallinen tausta on yleensä siirtomaa ja sen kulttuurissa korostuu yhteisöllisyys. Kehitysmaassa ei ole tapahtunut tai on vasta tapahtumassa samanlaista modernisaatiota kuin Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Tässä modernisaatio tarkoittaa talouden kasvua, teknistä edistystä, sosiaalisia parannuksia ja tasa-arvoa. Kehitysmaita on monenlaisia, joten rajanveto kehitysmaan ja kehittyneen maan välille on ongelmallista. Toisessa ääripäässä on hyvin köyhiä, konfliktien runtelemia maita, joissa ihmiselämä on ankaraa ja lyhyt. Toisessa ääripäässä on niin sanottuja nousevia talouksia, joiden kehittyvä teollisuus tuottaa materiaalia ja tavaroita vietäväksi kehittyneisiin maihin. (Koponen 2004.)

2.6 Länsimaalaistuminen

Länsimaalaistumisella tarkoitetaan eurooppalaisen ja pohjoisamerikkalaisen väestön elämäntavan, ideologian ja teknologian leviämistä maailmalla. Voidaan nähdä, että länsimaalaiset tavat yleistyvät maailmanlaajuisesti ja osaksi omaa kulttuuria. (Aung-Thwin 2005.)

2.7 Sydän- ja verisuonitaudit

Yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt. Riskitekijöitä näille ovat perinnölliset tekijät, ravinnon rasvapitoisuus sekä rasvan laatu, veren korkea kolesterolipitoisuus (erityisesti korkea LDL- kolesterolin osuus) ja tupakointi. Ihmisen ikääntyessä, riski sairastua sydän- ja verisuonitautiin kasvaa. Miehillä on naisia korkeampi riski sairastua sydän- ja verisuonitautiin. (THL 2014b.)

2.8 Lihavuus

Lihavuudella tarkoitetaan rasvakudoksen ylimäärää ihmiskehossa. Lihavuus voidaan luokitella painoindeksin mukaan. Kehon painoindeksillä (BMI eli Body Mass Index) on vahva yhteys rasvakudoksen määrään ja se on erittäin käyttökelpoinen suhteellisen painon mittari. Kansainvälisesti on sovittu, että liikapaino alkaa BMI:n arvosta 25 kg/m^2 , koska arvon ylittyminen lisää riskiä sairastua moniin eri sairauksiin. Kansainvälisesti on sovittu myös, että BMI 30 kg/m^2 on lihavuuden raja-arvo, jonka yläpuolella riski sairastua on selvästi suurentunut. Lihavuutta voidaan luokitella myös vyötärön ympärysmittan mukaan. Sisäelimiin ja vatsaonteloon kertynyt ylimääräinen rasvakudos ilmenee vyötärölihavuutena eli vyötärön ympärysmittan suurenemisena. Merkittävän vyötärölihavuuden alaraja on miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm. (Lihavuus: Käypä hoito –suositus, 2014.)

3 KAUPUNGISTUMINEN, TERVEYS JA HYVINVOINTI

3.1 Terveys ja hyvinvointi kaupungissa

Ensimmäistä kertaa maailman historiassa enemmän kuin 50 % maapallon väestöstä asuu kaupungeissa, ja on arvioitu, että vuoteen 2050 mennessä 70 % maailman ihmisistä asuu kaupungeissa (WHO 2014). Varsinkin kehitysmaissa kaupungistuminen on nopeaa (Leon 2008, 4). Kaupungistumisella on suuri vaikutus muun muassa elämänlaatuun, terveyteen, hyvinvointiin, elintapoihin ja sosiaaliseen käyttäytymiseen (WHO 2014).

Kaupungistuminen alkoi jo 1800-luvulla teollistumisen myötä, ja se vaikutti väestön taloudelliseen ja sosiaaliseen tilanteeseen sekä terveyteen. Nykypäivän kaupungistuminen tapahtuu kuitenkin paljon suuremmassa mittakaavassa kuin vajaa kaksisataa vuotta sitten, eikä esimerkiksi miljoonakaupunkeja ja niiden mukanaan tuomia haasteita tuolloin vielä tunnettu. (Leon 2008, 5-6.)

Kaupungistumisella on sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia väestölle ja ympäristölle. Positiivisia vaikutuksia ovat esimerkiksi parempi työllistyminen, koulutustarjonta, terveydenhuolto ja erilaisten palveluiden saatavuus sekä monipuolinen kulttuuritarjonta. Kaupungistumiseen liittyviä terveysuhkia ovat muun muassa köyhyys, ympäristön tuhoutuminen, ylikansoittuminen, saasteet, riittämätön tai saastunut juomavesi, hygienian ja jätehuollon puuttuminen, tarttuvat ja ei-tarttuvat sairaudet, liikenneonnettomuudet, syrjäytyminen sekä köyhyydestä ja työttömyydestä aiheutuvat henkinen pahoinvointi ja mielenterveysongelmat. (Moore ym. 2002, 269.) Negatiivisiin vaikutuksiin kuuluvat myös väkivallan lisääntyminen, epäterveellisten elämäntapojen omaksuminen, fyysinen toimettomuus ja erilaisten päihteiden käyttö (WHO 2014).

Kaupungit voivat vastata kaupungistumisen tuomiin haasteisiin muun muassa kaupunkisuunnittelulla, parantamalla kaupungissa asuvien elinolosuhteita, ottamalla asukkaat mukaan päätöksentekoon, varautumalla erilaisiin uhkiin (esimerkiksi luonnonkatastrofeihin) ja huomioimalla eri ikäryhmien tarpeet (WHO

2014). Vaikka kaupungistuminen aiheuttaakin erilaisia haasteita, tarjoaa se myös uusia ja moninaisia mahdollisuuksia (Moore ym. 2002, 276).

3.2 Terveys ja hyvinvointi kehitysmaiden kaupungeissa

Jos kaupungistuminen on nopeaa ja suunnittelematonta, se edesauttaa huonojen ja riittämättömien asumisolosuhteiden syntymistä. Nämä seikat edesauttavat tautien leviämistä. Muutokset fyysisessä ja sosiaalisessa ympäristössä kaupungistumisen seurauksena saattavat lisätä mielenterveydellisten ongelmien lisääntymistä. Elämäntapamuutokset voivat johtaa lisääntyneeseen onnettomuuksien, väkivallan ja ei-tarttuviin tauteihin sairastumisen riskiin. (Eckert ym. 2014, 8.)

Suurin kaupunkien kasvu tapahtuu kehitysmaissa, kuten Afrikan ja Aasian maissa. Megakaupunkien (kaupunki, jonka asukasluku on suurempi kuin 10 miljoonaa) kasvu on nopeampaa kehitysmaissa kuin länsimaissa. Vuonna 1975 vain viidessä maailman kaupungissa asui yli 10 miljoonaa ihmistä. Näistä kolme sijaitsi kehitysmaissa. Vuoteen 2015 mennessä megakaupunkeja on arvioitu olevan 23, joista melkein kaikki sijaitsisivat kehitysmaissa. Lisäksi vuoteen 2015 mennessä noin 560 maassa ympäri maailman asuu yli miljoona asukasta. Näistä maista 425 sijaitsee kehitysmaissa. (Vlahov ym. 2007.)

Kehitysmaissa kaupunkien kasvu tapahtuu pääosin slummeissa. YK:n määritelmän mukaan slummi on alue, jossa sijaitsee vaatimattomia asumuksia ja ihmisillä on huonot elinolot. Slummialueilta puuttuvat peruspalvelut, väestötiheys on taaja, elinolot ovat terveydelle epäedulliset, on köyhyyttä ja sosiaalista eristäytyneisyyttä. 31,6 % maailman kaupungeissa asuvasta väestöstä ja 43 % kehitysmaiden kaupungeissa asuvista asukkaista asuu slummeissa. Noin 78 % vähiten kehittyneiden maiden väestöstä asuu slummeissa. Esimerkiksi monissa Afrikan kaupungeissa 40-70 % väestöstä asuu slummeissa. (Vlahov ym. 2007.)

Kehitysmaiden kaupungistuminen ja kehitysmaiden väestön terveys on saanut viime vuosikymmenten aikana paljon huomiota (Lankinen ym. 1994; Miranda ym. 2012, 366). Yksi tärkeimmistä syistä on kehitysmaiden kaupunkien kasvamisen ja laajeneminen, kun ihmiset muuttavat maalta kaupunkiin. Kehitysmaiden kaupungistuminen on sekä kansallinen että kansainvälinen haaste. Terveyspalveluiden saaminen väestön ulottuviin on teoriassa ja käytännössä helpompaa kaupungeissa kuin maaseudulla. 1990-luvulla suurin osa ihmisistä asui maaseudulla. Vuoteen 2030 mennessä kaupungeissa arvioidaan asuvan kaksinkertainen määrä ihmisiä maaseutuun verrattuna. (Lankinen ym. 1994.)

Ei-tarttuvat taudit ovat tärkein kuolinsyy koko maailmassa. Arvioiden mukaan kehitysmaiden väestön terveyttä uhkaa tarttuvien tautien, kuten HIV:n ja Aidsin, malarian ja tuberkuloosin sekä lapsikuolleisuuden lisäksi ei-tarttuvat taudit. Ei-tarttuvat taudit, kuten sydän- ja verisuonitaudit ja lihavuus, ovatkin kasvava terveysongelma kehitysmaissa. Ei-tarttuvista taudeista on muodostumassa niin sanottu hiljainen tappaja Afrikassa ja muissa kehitysmaissa. (Phaswana-Mafuya ym. 2011.) On arvioitu, että kehitysmaissa noin 28 miljoonaa ihmistä kuolee vuosittain ei-tarttuviin tauteihin. 80 % kuolemista ei-tarttuviin tauteihin tapahtuu juuri kehitysmaissa. (Phaswana-Mafuya ym. 2011; Miranda ym. 2012, 366.) Vuoteen 2030 mennessä diabetesta sairastavien määrä koko maailmassa nousee 2,8 %:sta 6,5 %:iin ja 80 % diabetekseen sairastuneista asuu kehitysmaissa. Afrikassa HIV on kuitenkin edelleen pääasiallinen kuolinsyy, mutta diabetes, syöpä ja sydänsairaudet yleistyvät koko mantereella. (Phaswana-Mafuya ym. 2011.)

Kroonisten sairauksien riskitekijöitä ovat epäterveellinen ruokavalio, liiallinen energiansaanti, fyysisen aktiivisuuden vähäisyys ja tupakanpoltto. Seurauksena ovat kohonnut verenpaine, korkea verensokeri, lihavuus ja epänormaalit veren rasva-arvot. (Maher ym. 2010, 943; Phaswana-Mafuya ym. 2011; De Cock ym. 2013, 1196.) Ruokavaliomuutokset on yhdistetty kehitysmaiden sosiaalisiin ja ekonomisiin muutoksiin, kuten globalisaatioon, muuttoliikkeeseen ja kaupungistumiseen. Muutokseen ovat vaikuttaneet myös uudet ruoka-aineet ja uudet ruokailutavat, kuten ravintoloissa syöminen ja napostelu sekä uudet markkinointita-

vat. 1990-luvulta lähtien lihavuus on lisääntynyt Afrikassa. Ruokavalio sisältää paljon huonoja rasvoja, sokeria, suolaa sekä vain vähän hedelmiä ja vihanneksia. (Phaswana-Mafuya ym. 2011.)

Ei-tarttuvien tautien ehkäisyyn ja hallintaan tarvitaan resursseja ja uusia terveydenhuollon strategioita (Phaswana-Mafuya ym. 2011). Teknologian ja tiedon lisääntyessä ja levitessä kehitysmaihin vaikuttaa se myös sairauksien ehkäisemisen ja terveyden edistämisen mahdollisuuksiin (Eckert ym. 2014, 8). Afrikan mailla ja muilla kehitysmailla on mahdollisuus oppia kehittyneiden maiden virheistä ja tehdä nopeasti jotakin ennen kuin ei-tarttuvat taudit lisääntyvät epidemian lailla (Phaswana-Mafuya ym. 2011).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kaupungistuminen vaikuttaa ihmisen fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin kehitysmaissa.

Opinnäytetyötä ohjasivat seuraavat kysymykset:

1. Miten kaupungistuminen ja länsimaalaistuminen vaikuttavat fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin kehitysmaissa?
2. Miten kehitysmaiden väestön terveyttä ja hyvinvointia voitaisiin edistää?

5 AINEISTO JA MENETELMÄ

5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus menetelmänä

Opinnäytetyö pyrittiin toteuttamaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, joka etenee vaihe vaiheelta. Vaiheet voidaan karkeasti jakaa kolmeen: kirjallisuuskatsauksen suunnitteluun, katsauksen tekemiseen hakuineen ja analysointeineen sekä katsauksen raportointiin. (Johansson ym. 2007, 5.)

Kirjallisuuskatsauksen suunnitteluvaiheessa tarkastellaan aikaisempaa tutkimustietoa aiheesta, määritellään kirjallisuuskatsauksen tarve ja laaditaan tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelma ohjaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen etenemistä vaiheittain. Tutkimussuunnitelmassa määritellään mahdollisimman selkeästi ja tarkasti tutkimuskysymykset tai – ongelmat, joihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Tutkimuskysymysten tai – ongelmien asettamisen jälkeen valitaan tutkimusmenetelmä sekä hakutermit ja tietokannat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja tiedonhaun tekemiseen. Tutkimustietoa aiheesta on hyvä hakea myös manuaalisesti. Tutkimusten valintaa varten laaditaan tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. (Johansson ym. 2007, 6.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen seuraavassa vaiheessa edetään tutkimussuunnitelman mukaisesti; valikoidaan mukaan otettavat tutkimukset ja analysoidaan ne sisällöllisesti tutkimuskysymysten mukaan. Huolellinen kirjaaminen katsauksen jokaisessa vaiheessa on erityisen tärkeää tulosten luotettavuuden osoittamiseksi ja katsauksen onnistumisen kannalta. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen viimeisessä vaiheessa raportoidaan tutkimuksen tulokset ja tehdään johtopäätökset. (Johansson ym. 2007, 6-7.)

5.2 Tiedonhaku ja analyysi

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta mukaillen ja se eteni vaihe vaiheelta. Opinnäytetyöprosessi aloitettiin esseen kirjoittamisella. Esseen tarkoituksena oli opinnäytetyön keskeisten käsitteiden määrittely ja kartoittaa sitä mitä aiheesta jo tiedetään. Tässä vaiheessa aihe oli kaupungistumisen vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin – fyysisen terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Aihe rajattiin käsittelemään kaupungistumisen vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin fyysisestä näkökulmasta, koska aiheen laajuus mahdollisti sen jakamisen kahteen eri opinnäytetyöhön. Valmisteilla on toinen opinnäytetyö samasta aiheesta, mutta mielenterveyden näkökulmasta (Riikonen & Siltanen 2014).

Opinnäytetyösuunnitelmassa määriteltiin opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Opinnäytetyön tarkoituksiksi määrittyi selvittää, miten kaupungistuminen vaikuttaa ihmisen fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin kehitysmaissa. Opinnäytetyö rajattiin käsittelemään kehitysmaiden kaupungistumista ja sen vaikutuksia fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin, koska kehitysmaiden kaupungistuminen on hyvin ajankohtainen aihe ja terveydenhuollon kannalta haasteellinen. On mielenkiintoista nähdä, miten kaupungistuminen vaikuttaa kehitysmaiden väestön fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimuskysymyksiä muodostuikin tässä vaiheessa kolme, mutta myöhemmin päädyttiin kahteen tutkimuskysymykseen, koska teoreettinen viitekehys vastasi jo yhteen näistä kysymyksistä. Lisäksi kartoitettiin miten opinnäytetyö toteutetaan ja mikä on kirjallisuuskatsaus sekä pohdittiin työn eettisyyttä ja luotettavuutta.

Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa aihe rajattiin käsittelemään pelkästään eittarttuvia tauteja. Myöhemmin, tutkimushakuja tehtäessä, opinnäytetyön aihetta rajattiin vielä tarkemmin käsittelemään sydän- ja verisuonitauteja ja lihavuutta, koska hakutulosten perusteella ainakin näitä kahta sairautta on tutkittu paljon. Lisärajausta tehtiin niin, että mukaan hyväksyttiin vain Afrikan ja Etelä-Amerikan väestöä koskevat tutkimukset.

Opinnäytetyön tutkimustulokset – kappale koostuu aineistosta eli haetuista ja valituista tutkimuksista. Tutkimuksia etsittiin Medic, Cinahl ja PubMed tietokannoista. Medic-tietokannasta ei löytynyt yhtään suomenkielistä työhön hyväksyttävää tutkimusta. Hakusanoina käytettiin ”kaupungistuminen” ja ”terveys”. Hakusanalla ”kaupungistuminen” tuli 10 osumaa, joista poissuljettiin kaikki otsikoiden perusteella, koska löytyneet tutkimukset eivät liittyneet opinnäytetyön aiheeseen. Hakusanalla ”terveys” tuli yksi osuma, joka poissuljettiin otsikon ja sisällön perusteella. Lisäksi haettiin tutkimuksia asteriskilla katkaistuilla edellä mainituilla hakutermeillä, mutta haku ei tuottanut uusia osumia.

Cinahl-tietokannasta tutkimushakua tehtäessä asetettiin haulle kaksi rajausta koskien abstraktin saatavuutta ”abstract available” ja julkaisuajankohtaa ”publication date 2006-2013”. Rajaukset asetettiin samoin jokaiselle haulle. Hakutermeillä ”urbanization” AND ”cardiovascular disease” tutkimuksia löytyi yhteensä 11, joista kaksi valittiin ensin otsikon perusteella ja myöhemmin abstraktin perusteella. Hakutermeillä ”urbanization” AND ”metabolic syndrome” AND ”Africa” löytyi yksi tutkimus, joka valittiin otsikon perusteella. Cinahlista valittiin yhteensä kolme tutkimusta.

PubMed-tietokannasta tutkimushakua tehtäessä asetettiin haulle seuraavat rajaukset ”clinical trial”, ”comparative study”, ”controlled clinical trial”, ”meta-analysis”, ”randomized controlled trial”, ”review”, ”systematic review”; ”abstract available” ja ”10 years”. Hakutermi oli ”urbanization cardiovascular disease”. Tutkimuksia löytyi yhteensä seitsemän ja niistä yksi hyväksyttiin otsikon perusteella.

Lisäksi PubMed-tietokannasta etsittiin tutkimuksia hakusanoilla ”urbanization” and ”health”. Rajaukset olivat: ”text availability”, ”abstract”, ”free full text”, ”full text”, ”10 years”, ”humans”, ”English”, ”Spanish” ja ”Italian”. Haulle löytyi yhteensä 385 osumaa, joista 17 tutkimusta valittiin sekä otsikko- että abstraktitasolla. Opinnäytetyön rajausten ja kokotekstin perusteella näistä 17:stä valittiin työhön mukaan 10 tutkimusta. Yhteensä PubMedistä valittiin mukaan opinnäytetyöhön 11 tutkimusta.

Kaiken kaikkiaan kolmesta hakutietokannasta valittiin opinnäytetyöhön **14 tutkimusta**. Kaikki tutkimukset olivat kansainvälisiä tutkimuksia, 13 englanninkielistä ja 1 espanjankielinen tutkimus. Valitut tutkimukset koostuivat kahdeksasta alkuperäistutkimuksesta ja kuudesta kirjallisuuskatsauksesta. Tutkimusten tuloksista muotoutui aineiston yhteenveto eli opinnäytetyön tutkimustulokset. Lisäksi tietoa haettiin manuaalisista lähteistä, kuten esimerkiksi kirjoista ja internetsivuilta.

Kerätty aineisto analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä analysoidaan aineistoja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi aloitettiin aineiston läpikäynnillä. Aineistosta poimittiin se tieto, joka on tutkimuksen kannalta relevanttia. Tieto luokiteltiin ja jaettiin teemoittain eli teoreettiseen viitekehukseen, sydän- ja verisuonitauteihin ja lihavuuteen. Kerätty aineisto järjestettiin johtopäätösten tekoa varten. Tämän jälkeen kirjoitettiin yhteenveto. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 92-93,103.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Kaupungistumisen ja länsimaalaistumisen vaikutukset fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin

Vielä 1990-luvulla sydän- ja verisuonitaudit olivat harvinaisia tummaihoisen väestön keskuudessa. Kuolleisuus sepelvaltimotautiin oli alhainen, mutta erilaiset aivoverenkiertohäiriöt tai muunlaiset sydänperäiset syyt kuolemiin olivat yleisiä. Lisäksi riskiä sairastua sydän- ja verisuonitautiin lisäsivät erilaiset riskitekijät, jotka voidaan jakaa ei-vaikutettavissa oleviin ja vaikutettavissa oleviin riskitekijöihin. Ei-vaikutettavia riskitekijöitä ovat muun muassa geneettinen tausta ja perhehistoria. Vaikutettavissa olevia riskitekijöitä ovat esimerkiksi kohonnut verenpaine, fyysisen aktiviteetin vähäisyys, ylipaino ja tupakointi (Liite 1). (Li & Wright 2007.)

6.1.1 Tupakointi ja alkoholin käyttö

Tupakoinnin vaikutuksia sydän- ja verisuonitautien esiintyvyyteen on tutkittu laajasti. Tiedetään, että tupakointi lisää ihmisen riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin ja se on myös yksi iso riskitekijä sairastua sepelvaltimotautiin. Tiedetään, että tupakoinnin lopettaminen on hyödyllistä ihmisen terveydelle. Tupakoinnin lopettamisen jälkeen kuluu yhdestä viiteen vuotta, jotta riski sairastua sepelvaltimotautiin pienenee samalle tasolle kuin tupakoimattomalla väestöllä. Suureen riskiryhmään kuuluvat ne tupakoitsijat, jotka polttavat enemmän kuin 10 savuketta vuorokauden aikana. Esimerkiksi Etelä-Afrikan Ga-Rankuwan kaupungin nuorista miehistä 39,3 % tupakoi. Naisista suurin osa tupakoi 35–40-vuotiaina (12,3 %). Tupakointi on miehillä neljä kertaa yleisempää kuin naisilla. (Li & Wright 2007.)

Sosiaalisella statuksella näyttäisi olevan merkitystä tupakanpolttoon. On tutkittu, että huonommin palkatuilla aloilla työskentelevät miehet tupakoivat enemmän kuin korkeasti koulutetut miehet. Myös työttömät miehet tupakoivat enemmän

kuin korkeasti koulutetut miehet. Kaikkiaan työssäkäyvistä miehistä tupakoi 63 % ja työttömistä miehistä 50,4 %. Työssäkäyvistä naisista tupakoi 16,8 % ja työttömistä 17,4 %. Yleisimmin käytetyiksi tupakkatuotteiksi mainittiin perinteinen piipputupakka ja savukkeet. Naiset käyttivät eniten nuuskaa. (Voster ym. 2007.)

Alkoholin kulutus kehitysmaissa on kasvusuunnassa. Alkoholin kulutus on suurta, jos vuorokaudessa nautitut alkoholiannokset ovat enemmän kuin kolme annosta viikon aikana tai yli viisi annosta viikonlopun aikana. Alkoholin kulutus on suurempaa miehillä kuin naisilla. Miehistä 17,7 % kulutti alkoholia suuria määriä ja naisista vain 3,7 %. Yksi viidestä koki olevansa addiktoitunut alkoholiin. (Li & Wright 2007.)

Liiallinen alkoholin käyttö aiheuttaa monia haittoja ihmisen terveydelle. Alkoholin nauttiminen kasvattaa triglyseridi-rasvojen määrää veressä. Se voi aiheuttaa myös korkeaa verenpainetta, sydämen vajaatoimintaa ja lisääntyntä kalorien kertymistä. Kaloripitoisten alkoholijuomien nauttiminen voi johtaa ylipainon kertymiseen ja se suurentaa riskiä diabetekseen sairastumiseen. Liiallinen tai hallitsematon alkoholin kulutus taas saattaa johtaa aivohalvaukseen. (Li & Wright 2007.)

6.1.2 Fyysinen aktiivisuus

Fyysinen aktiivisuus on terveyden kannalta tärkeää. Miehet ovat yleisesti naisia fyysisesti aktiivisempia. Fyysistä aktiivisuutta miehillä ja naisilla lisää usein fyysisesti raskas työ. Vapaa-ajalla miehet ovat naisia enemmän aktiivisimpia liikunnan suhteen. Etelä-Afrikassa Ga-Rankuwan kunnassa miehistä 27,3 % oli aktiivisia ja naisista 12,6 %. Naiset kuluttavat enemmän vapaa-aikaansa televisiota katsoen kuin liikkuen. Ylipaino on naisilla ongelmana liian vähäisen fyysisen rasituksen ja työttömyyden vuoksi. Näillä naisilla on korkea riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Miehistä 34,3 % ja naisista 43,3 % olivat passiivisia vapaa-ajan liikunnan suhteen. (Li & Wright 2007.)

Tansanialaisista kaupunkilaisista ja maaseudulla asuvasta väestöstä tehty tutkimus osoittaa, että kaupungissa asuvat tansanialaiset ovat huomattavan passiivisia liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden suhteen ja että heillä on myös huomattavasti korkeammat veren rasva-arvot kuin maaseudulla asuvilla. Maaseudulla asuvat kuluttavat huomattavasti enemmän energiaa fyysisellä rasituksella (noin 2,565 kcal / päivä). Fyysinen passiivisuus on osoittautunut yhdeksi riskitekijäksi sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. (Muhhi ym. 2012.)

Fyysinen aktiivisuus näyttää vähenevän iän myötä. Kehitysmaissa kuten Tansaniassa väestö, jolla on alhaisempi koulutustaso, näyttäisi olevan fyysisesti aktiivisempi, koska heidän tekemänsä työ on usein ruumiillista verrattuna korkeammin koulutettuihin. Hyvä fyysinen kunto alentaa noin puolella riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. On osoitettu, että kun kuluttaa energiaa enemmän kuin 1000 kcal / viikossa, riski sairastua ei-tarttuviin tauteihin alenee, kuolleisuus laskee ja se lisää myös elinikää. (Muhhi ym. 2012.)

Kamerunilaisilla kaupunkilaisilla on korkeampi riski sairastua metaboliseen oireyhtymään liikkumattomuutensa vuoksi. Sukupuolten välillä ei ole erityisiä eroja riskitekijöissä. Ehkäistäkseen metabolista oireyhtymää pitäisi liikkua päivittäin vähintään puoli tuntia. Vapaa-ajan liikunta ehkäisee metabolisen oireyhtymän syntyä ja jo pienet muutokset energian kulutuksen kasvattamisessa vaikuttavat alentavasti riskiin sairastua metaboliseen oireyhtymään. Tiedetään, että lisääntyvällä fyysisellä passiivisuudella edesautetaan metabolisen oireyhtymän syntyä. Kaupunkilaisista 80 % kuluttaa liian vähän energiaa vapaa-ajallaan. (Assah ym. 2010, 493.)

Fyysinen aktiivisuus tukee ihmisen hyvää terveyttä. Rutiinomainen fyysinen aktiivisuus auttaa hallitsemaan painoa, vatsanseudun lihavuutta ja verensokerin tasaisuutta sekä alentamaan verenpainetta ja parantamaan veren rasva-arvoja sekä aivoverenkiertoa. (Muhhi ym. 2012.)

6.1.3 Lihavuus

Ylipainoa voidaan mitata BMI:n avulla. BMI:n ollessa yli 25 osoittaa se ylipainoa, yli 30 liikalihavuutta ja yli 35 sairaalloista liikalihavuutta. Lihavuuden merkitystä sydän- ja verisuonitautien riskitekijänä on tutkittu. Keskivartalon lihavuudella on suuri merkitys riskiin sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. (Li & Wright 2007.) On myös osoitettu, että ylipaino lisääntyy suuresti iän karttuessa (Li & Wright 2007; Mathenge ym. 2010). Vatsanalueen lihavuutta ja korkeaa painoindeksiä esiintyy kuitenkin paljon myös nuoremmalla väestöllä. (Ahaneku ym. 2011).

Etelä-Afrikan kaupungeissa asuvilla naisilla on yleisesti suuri BMI eli se on yli 30. Maaseudulla asuvilla on taas pienempi BMI verrattuna kaupunkilaisiin. Miehillä voidaan nähdä BMI:n nousevan koulutustason kasvaessa. Kun koulutustaso kasvaa, niin BMI on myös kasvusuuntainen. (Voster ym. 2007.)

Vuonna 1980 kaupunkilaisten BMI oli korkeampi maissa, joissa kansantalous oli keskisuurta kuin matalan kansantalouden maissa. Vuonna 2008 naisten BMI oli laskusuunnassa ollen kolmasosan pienempi verrattuna vuoteen 1980. Vuonna 1980 BMI selittyi länsimaalaisen ruokavalion vaikutuksista, varsinkin naisten osalta, sillä 80 % naisten BMI:n kasvusta selittyi länsimaalaisen ruokavalion yleistymisellä. Vuonna 2008 BMI kasvoi ruokailutottumusten länsimaalaistumisen myötä myös miehillä, kun taas naisten BMI laski. (Danaei ym. 2013, 1495.)

Naisilla ylipaino vaikuttaa negatiivisesti elämänlaatuun. Korkea ikä ja sosioekonominen status, lasten suuri lukumäärä, kodin huoneiden suuri lukumäärä ja lisääntyneet menot ennustavat korkeampaa BMI:tä ja rasvaprosenttia sekä suurempaa vyötärönympärystä. (Mbochi ym. 2012.)

Joissakin kulttuureissa ylipaino nykyäänkin vielä yhdistetään arvokkuuteen, kunnioittavuuteen, luotettavuuteen ja hyvään itsetuntoon. Alipainoa pelätään, sillä se rinnastetaan vielä helposti HIV:ä sairastaviin ihmisiin. On vaikeaa muuttaa ja kannustaa väestöä painon pudotukseen ja terveellisimpiin elämäntapoihin, kun he pelkäävät leimaantumista HIV- sairaaksi. (Li & Wright 2007.)

6.1.4 Ruokailutottumukset

Ruokavaliota ja ruokailutottumuksia voidaan tarkastella energian, proteiinin, rasvan kulutuksen, hiilihydraattien ja kuidun saamisen kautta. Naiset syövät enemmän energiapitoista ruokaa, hiilihydraatteja ja kuituja, kun taas miehillä korkeimmat kulutukset ovat proteiinin ja rasvan kulutuksessa. (Li & Wright 2007.) Hiilihydraattien ja kuitujen syöminen on yhtä yleistä niin varakkailla kuin työttömilläkin miehillä. Lisäravintoaineita ruokailun tueksi pääsääntöisesti käyttävät varakkaampi väestö. Varakkaammat naiset suosivat enemmän ruokavaliota, joka koostuu energiapitoisesta ruuasta, proteiinista, eläinkunnan tuotteista ja tyydyttyneistä rasvoista. (Voster ym. 2007; Mbochi ym. 2012.)

Sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä on tutkittu vuosina 1980 ja 2008 kansantalouden ja länsimaalaisen ruokavalion näkökulmasta. Tuloksista selviää, että kansantalouden kasvulla ja länsimaalaisella ruokavaliolla on ollut merkitystä sydän- ja verisuonitautien esiintyvyyteen. Vuonna 1980 korkea kolesteroli oli sidoksissa kansantalouteen negatiivisesti ja tämä näkyi edelleen vuonna 2008. (Danaei ym. 2013, 1493.)

Kolesteroliarvot ja BMI nousevat nopeasti kehitysmaiden väestöllä. Näiden lisääntyvään nousuun vaikuttavat yleisesti maan taloudellinen kasvu ja kaupungistumisen aste. Kaupungistuminen ja globalisoituminen taas mahdollistavat ruokailutottumusten muuttuvan kansainomaisista ruokailutavoista vähemmän terveellisiksi ruokailutavoiksi. (Allender ym. 2008.)

Ravinnon myötä myös seerumin totaalikolesteroli, varsinkin LDL-kolesteroliarvo, on nousussa niin miehillä kuin naisilla. Varsinkin kaupungissa asuvilla naisilla LDL-kolesteroliarvo ja plasman fibrinogeenipitoisuus ovat korkeita ja nämä ovat merkittäviä tekijöitä sepelvaltimotaudin tai aivohalvauksen synnyssä. Varakkaammalla väestöllä on korkeammat kolesteroliarvot verrattuna vähempituloisiin. (Voster ym. 2007.) Nousussa olevien kolesteroliarvojen lisäksi myös kasvussa ovat sokeriarvot ja ylipaino ja nämä ovat yleisempiä kaupungissa asuvilla miehillä ja naisilla (Mathenge ym. 2010).

BMI:n kasvuun vaikuttaa esimerkiksi ruuan hinnan halpeneminen. Länsimaalaisen ruokavalion yleistyminen lisää kaloripitoisten ruokien kulutusta. Samalla fyysinen passiivisuus lisääntyy varsinkin miesten osalta kaupungeissa. Naisten BMI näyttää kuitenkin kasvavan nopeammin kuin miesten. (Danaei ym. 2013, 1497.)

6.1.5 Korkea verenpaine

Korkea verenpaine on yleistä tummaihoisen väestön keskuudessa. Se on yhtä yleistä niin miehillä kuin naisilla. (Li & Wright 2007.) Verenpainetauti sairastetaan enemmän kaupungissa kuin maaseudulla. Verenpaine kohoaa maltillisesti iän myötä. (Mathenge ym. 2010.)

Verenpainetauti todetaan kun verenpaine on yli 140/90 tai käytössä on verenpainetta alentava lääkitys. Verenpainetauti on yleistä 35 – 40-vuotiailla. Miehistä 36 % ja naisista 42,1 % sairastavat verenpainetauti. Korkeaa verenpainetta pidetään miehillä suurimpana riskitekijänä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, kun taas naisilla tämän lisäksi riskiä lisää ylipaino. (Li & Wright 2007.) Taloudellisesti hyvin toimeentulevilla niin systolinen kuin diastolinen verenpaine ovat alhaisia. Kuitenkin taloudellisesti hyvin toimeentulevilla miehillä diastolinen verenpaine on nousussa. Kohonnutta verenpainetta ilmenee enemmän alemmin palkatulta väestöltä. (Voster ym. 2007.)

Nigeriassa on tutkittu verenpainetaudin ja liikalihavuuden esiintyvyyttä maaseudulla asuvalla aikuisväestöllä. Verenpainetaudin esiintyvyys on 44,5 %. Ikään-tymisen myötä verenpainetaudin esiintyvyys lisääntyy, mutta tieto verenpainetaudista ja sen riskitekijöistä on vähäistä. Naiset tiesivät verenpainetaudista miehiä enemmän. Miehillä (49,3 %) esiintyi naisia (42,3 %) enemmän verenpainetauti, kun taas naisilla (36,2 %) vatsanalueen liikalihavuus on yleisempää kuin miehillä (14,5 %). Naisten vaihdevuosien jälkeen myös heillä verenpainetauti esiintyy enemmän. Korkea painoindeksi on yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen. Verenpainetauti sairastavilla tutkimukseen osallistujilla on

suurempi painoindeksi ja vyötärönympäryys kuin niillä, joilla on normaali verenpaine. (Ahaneku ym. 2011.)

Lääkehoidon toteutuminen verenpainetaudin hoidossa on vielä heikkoa, sillä esimerkiksi Keniassa 15 % sairastuneista saa lääkettä verenpainetautiin, 2 % ruokavaliohoitoa ja 0,3 % perinteistä kansallista lääkettä. Lääkettä saavista vain 29 % on säännöllisessä seurannassa verenpaineen takia. Usein lääkettä saa kaupungissa asuva tautia sairastava nainen, vanhus tai korkeasti koulutettu henkilö. Hoitamaton verenpainetauti aiheuttaa riskin sairastua aivohalvaukseen. (Mathenge ym. 2010.) Potilasohjaus verenpainetaudin hoidossa on hyvin tärkeää, mutta kuitenkin esimerkiksi Nigeriassa 40 % lääkäreistä ei ohjaa potilaita riittävästi sairauden hoidossa ja seurannassa. (Ahaneku ym. 2011.)

Verenpaineen nousu johtuu suurelta osin kansantaloudellisista syistä. Kun verataan verenpaineen muutosta vuosina 1980 ja 2008, naisten verenpaineen kasvu on hidastunut ja miesten verenpaine on pysynyt samana. (Danaei ym. 2013, 1495.)

6.2 Kehitysmaiden väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen

Länsimaalaisten elintapatauteina pidettyihin sydän- ja verisuonitauteihin sekä lihavuuden aiheuttamiin liitännäissairauksiin kuolleisuus on yleistynyt myös kehitysmaissa. Kuten aikaisemmin mainittiin, ei-tarttuviin tauteihin sairastumisen taustalta löytyy niin vaikutettavissa olevia kuin ei-vaikutettavissa olevia riskitekijöitä. Ei-vaikutettavissa oleviin riskitekijöihin kuuluvat geenit, perhehistoria, ikä ja sukupuoli. Vaikutettavissa oleviin eli ympäristöllisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa tupakointi, fyysinen aktiivisuus ja käyttäytymismallit. (Li & Wright 2007.) Myös ruokailutottumukset ja elämäntavat kuuluvat vaikutettavissa oleviin riskitekijöihin (Maher ym. 2010, 943). Ruokavaliomuutoksilla, esimerkiksi suolan käytön vähentämisellä ja vihannesten sekä hedelmien lisäämisellä ruokavalioon voidaan alentaa muun muassa korkeaa verenpainetta. (Danaei ym. 2013, 1497). Elämäntapamuutoksilla pystyttäisiin vähentämään sairastumisen riskiä

esimerkiksi sydän- ja verisuonitauteihin. Ei-tarttuvien tautien ehkäisyn keskiössä ovat muun muassa tupakoinnin välttäminen, fyysisen aktiiviteetin ja liikunnan lisääminen, terveellinen ruokavalio ja ihannepainon säilyttäminen. (Li & Wright 2007.)

Kehitysmaiden asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia voidaan edistää monella eri tasolla kuten esimerkiksi poliittisella, taloudellisella ja kunnallisella tasolla (Vlahov ym. 2007). Poliittisella tasolla voidaan tehdä päätöksiä esimerkiksi nostamalla tupakkatuotteiden verotusta. Elintarviketeollisuus voisi vähentää suolan ja huonojen rasvojen käyttöä elintarvikkeiden valmistuksessa. (De Cock ym. 2013, 1196.) Merkittävä vastuu väestön terveyden edistämiseksi on perusterveydenhuollolla. Väestön terveyttä ja hyvinvointia voidaan edistää parantamalla elinolosuhteita, kuten asuinolosuhteita, työllisyyttä, koulutusta, tasa-arvoisuutta, elinympäristöä, sosiaalisia olosuhteita ja terveystalveluita. Näin vähennetään sairastavuutta, kuolleisuutta ja eroja terveydessä sekä parannetaan elämänlaatua ja hyvinvointia. (Vlahov ym. 2007.)

Tutkimuksen mukaan interventiot kohentamaan kehitysmaiden väestön terveyttä tulisi suunnata ihmisille, joilla on hyvä toimeentulo, koska juurikin heillä esiintyy ylipainoa, ja heidän fyysinen aktiivisuutensa on vähäistä. Ei pidä kuitenkaan unohtaa, että lihavuus ja ylipaino on myös vähätuloisten terveysongelma. Perusterveydenhuollon ja erilaisten organisaatioiden järjestämät ohjelmat lisääisivät väestön tietoisuutta lihavuuden aiheuttamista sairauksista ja riskeistä. Erilaiset työpaikoilla ja yhteisön sisällä toteutettavat terveysohjelmat auttaisivat lihavuuden ennaltaehkäisyssä. (Mbochi ym. 2012.)

Tiedon puute ei-tarttuvista sairauksista sekä niiden ehkäisystä ja hoidosta on yksi tärkeimmistä esteistä kehitysmailla kehittää heidän omia sairauden ehkäisystrategioitaan. Esimerkiksi monessa Afrikan maassa tiedetään tarttuvien tautien ehkäisystä ja hoidosta, mutta vastaava tieto ei-tarttuvien tautien osalta puuttuu. Kuten tarttuvien tautien ehkäisyssä ja hoidossa, perusterveydenhuollolla on suuri merkitys myös ei-tarttuvien tautien ehkäisy- ja hoitotyössä. Kehitysmaat tarvitsevat tietoa muun muassa ei-tarttuvien tautien diagnosoinnista, arvioinnista, seurannasta ja niiden hoitomuodoista. Kehitysmaat tarvitsevat myös

ammattitaitoista terveydenhuollon henkilökuntaa, turvallisen ja hyvin varustellun hoitoympäristön ja luotettavaa lääkehoidon osaamista. (Maher ym. 2010, 944–945.)

Kehitysmaiden vähävaraisemman väestön hoitoon pääsy pitää turvata ja mahdollistaa. Tämä toteutuu pitämällä yksittäiselle henkilölle aiheutuvat terveystalveluiden ja lääkkeiden kustannukset mahdollisimman alhaisina. (Danaei ym. 2013.)

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

7.1 Opinnäytetyön eettisyys

Opetus- ja kulttuuriministeriö on laatinut tutkimuseettisen ohjeen tieteellisestä käytännöstä, jonka tavoitteena on edistää hyvää tieteellistä käytäntöä. Noudattamalla kyseisiä ohjeita varmistetaan tutkimuksen eettisyys. Hyvänä tieteellisenä lähtökohtana voidaan pitää tutkimuksen noudattamia kriteereitä kuten rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, sekä tarkkuutta tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimustulosten arvioinnissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyöprosessin aikana saadut tutkimustulokset on tallennettu ja raportoitu totuudenmukaisesti tutkimustuloksia vääristelemättä. Lähdeviittaukset on merkitty asianmukaisesti. Opinnäytetyötä tehdessä on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta jokaisessa työvaiheessa.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eri vaiheisiin suhtaudutaan kriittisesti, jotta katsauksella saadut tiedot pystytään arvioimaan ja osoittamaan luotettaviksi. Tutkimusten haun onnistumisen edellytyksenä on kartoittaa tarkasti aihetta koskeva tieto. On käytävä ilmi miten kyseiset artikkelit on löydetty, arvioitu ja valittu mukaan työhön. Työn vaiheet kirjataan muistiin huolellisesti, jotta lukijat pystyvät arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Kirjallisuuskatsaus on tutkimus, joka käsittää tiukat ehdot ja sen voi tarvittaessa toistaa. (Johansson ym. 2007, 53–54.)

Tämä opinnäytetyö on pyritty toteuttamaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuudesta kertoo se, että tutkimusaineisto eli tutkimusartikkelit on haettu luotettavista hakukannoista ja -lähteistä. Informaation apua käytettiin, kun etsittiin lähdemateriaalia eri sähköisistä tietokan-

noista teoreettiseen viitekehykseen. On tärkeää kriittisesti arvioida kaikkien opinnäytetyöhön käytettyjen lähteiden luotettavuutta, kuten esimerkiksi lähteinä käytettyjen internetsivustojen luotettavuutta.

Sisällön ymmärtäminen ja sisäistäminen oikein oli erityisen tärkeää silloin, kun tutkimusaineisto on vieraskielistä, kuten tässä opinnäytetyössä se on englannin- ja espanjankielistä. Tutkimusaineiston luotettavuudesta kertoo se, että kirjallisuuskatsaukseen tutkimuksia valittaessa on pysytty asetetuissa rajauksissa ja tutkimukset vastaavat sisällöltään opinnäytetyön aihetta ja vastaavat asetettuihin kysymyksiin.

8 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten kaupungistuminen vaikuttaa ihmisen fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin kehitysmaissa. Kaupungistumista tapahtuu maailmanlaajuisesti niin länsimaissa kuin kehitysmaissa. Kehitysmaissa tapahtuva kaupungistuminen on muodoltaan erilaista verrattuna länsimaissa tapahtuvaan kaupungistumiseen. Kehitysmaiden kaupungit laajenevat tavallisesti kaupungin laitamille slummeina, joissa elinolosuhteet eivät vastaa elinolosuhteita, jotka mielletään kaupunkimaisiksi. (Vlahov ym. 2007.)

Kaupungistuminen on käsitteenä hyvin ajankohtainen ja tärkeä, ja sillä on sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia ihmisten elintapoihin ja elinolosuhteisiin. Viime vuosikymmenien aikana negatiiviset vaikutukset ja muutokset ovat olleet nähtävissä kehitysmaiden väestön terveydentilassa ja hyvinvoinnissa. (WHO 2014.) Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan sanoa, että varsinkin ei-tarttuvat taudit ovat yleistyneet ja niistä onkin kehitysmaissa muodostumassa yhtä suuri kuolleisuuden aiheuttaja kuin tarttuvista taudeista esimerkiksi HIV:stä ja Aids:sta.

Ei-tarttuvista taudeista sydän- ja verisuonitaudit ja liikalihavuus ovat yleisiä elintapamuutoksista johtuvia sairauksia. Kaupungistumisesta ja länsimaalaistumisesta johtuvat elämäntapamuutokset näkyvät kehitysmaiden väestön terveydessä muun muassa ruokailutottumusten muutoksina ja fyysisen aktiivisuuden vähäisyytenä. Näiden elämäntapamuutosten seurauksena kehitysmaiden väestö sairastuu aiemmin pelkästään länsimaalaisten sairauksina pidettyihin sairauksiin kuten verenpainetautiin, sydän- ja verisuonitauteihin ja metaboliseen oireyhtymään. (Phaswana-Mafuya ym. 2011.)

Kehitysmaiden maaseudulla työ on fyysisesti raskasta ja energiaa kuluttavaa. Kun ihmiset muuttavat maalta kaupunkiin, myös työ muuttuu usein fyysisesti kevyemmäksi. Tutkimustuloksista ilmenee, että koulutustaso vaikuttaa fyysisen aktiivisuuden määrään ja sitä myöten myös painoon. Korkeasti koulutetulla väestöllä työn ollessa fyysisesti kevyempää yleinen fyysinen aktiivisuus vähenee

ja sen johdosta paino alkaa nousta. Tutkimukset osoittavat myös, että kaupungistumisen ja länsimaalaisen elämäntyylin omaksumisen myötä ruokailutottumukset ovat muuttumassa epäterveellisempään suuntaan ja myöskin tupakan poltto sekä alkoholin nauttiminen on lisääntymässä. Perinteisen kansanomaisen ruokavalion muuttuminen länsimaiseksi ruokavalioksi, joka sisältää paljon rasvaa, hiilihydraatteja, kaloreita ja energiaa, lisää kroonisia sairauksia esimerkiksi verenpainetaudin syntymistä. Koska eri sairauksien lääkehoito on osaksi vielä riittämätöntä kehitysmaissa, voitaisiin ajatella tämän johtuvan terveydenhuollon resurssien puutteesta, huonosta varallisuustasosta väestön tietämättömyydestä ja yleisestä tiedonpuutteesta koskien sairauksia ja niiden hoitoa.

Tutkimustuloksista ilmenee, että elintapamuutokset koskevat varsinkin hyvin toimeentulevaa kaupungissa asuvaa väestöä. Joidenkin kehitysmaiden kulttuureissa on edelleen vallalla käsitys siitä, että lihavuus on merkki henkilön vauraudesta ja hyvinvoinnista. Kehitysmaiden kaupunkien slummialueilla asuu suuri osa väestöstä, joiden terveysongelmat johtuvat ei niinkään elintapamuutoksista johtuvista ei-tarttuvista taudeista vaan muun muassa puhtaasta vedestä, ruuan ja hygienian puutteesta sekä tarttuvista taudeista.

Interventiot kaupungistumisesta ja länsimaalaistumisesta johtuvien terveysongelmien parantamiseksi tulisi kohdistaa hyvin toimeentulevan väestön terveyden edistämiseen. Tämä siksi, koska länsimaalaistumisen vaikutukset näkyvät paremmin hyvätuloisen väestön elintavoissa. (Mbochi ym. 2012.) Slummeissa asuvan väestön terveyden edistäminen vaatii lisäksi erilaisia interventioita ja toimenpiteitä, koska ne kohdistuvat erilaisten terveysongelmien syihin ja niiden ennaltaehkäisemiseen.

Kehitysmaiden kaupunkilaisten ja muunkin väestön yksi keskeisimmistä terveyden edistäjätahoista on hyvin organisoitu ja toteutettu perusterveydenhuolto. Väestöä tehokkaasti palveleva perusterveydenhuolto tarvitsee ammattitaitoisen henkilökunnan sekä tietotaitoa ja osaamista hoitaa ei-tarttuvia tauteja. (Maher ym. 2010, 944-945.) Niin perusterveydenhuollon kuin eri organisaatioiden järjestämät terveysohjelmat eri kohderyhmille esimerkiksi koskien sydän- ja verisuonitauteja ja liikalihavuutta edistäisivät väestön terveyttä. Esimerkiksi näiden

erilaisten terveysohjelmien kautta ihmiset tulisivat tietoisiksi omasta terveydentilastaan ja saisivat tietoa ja konkreettisia neuvoja ja taitoja elämäntapojen muuttamiseen terveellisemmiksi.

Haasteena terveysohjelmien toteutumiselle ja onnistumiselle sekä elämäntapojen muuttumiselle terveellisemmiksi on ihmisten asenteiden muuttaminen. Halu asenteiden muuttamiseen lähtee ihmisestä itsestään, siksi onkin tärkeää, että edetään pienin askelin ja tuetaan ihmistä muutoksen eri vaiheissa.

Kehitysmaiden kaupungistumista ja sen vaikutuksia ihmisen terveyteen on tutkittu paljon. Kaupungistuminen on aiheena hyvin laaja ja monitahoinen. Opinnäytetyön aiheen rajaus oli haasteellista ja tämä opinnäytetyö käsitteleeekin vain pientä ja valikoitua, mutta tekijöiden mielestä tärkeäksi koettua tutkimustietoa.

Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää valmisteilla olevassa Urban health – projektissa. Opinnäytetyö antaa tietoa kaupungistumisen ja länsimaalaistumisen vaikutuksista kehitysmaiden väestön fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin sekä tietoa siitä, miten kehitysmaiden väestön terveyttä voitaisiin edistää. Kehitysmaiden kaupungistumisen ja länsimaalaistumisen vaikutuksia ja varsinkin ei-tarttuvien tautien ennaltaehkäisykeinoja tulisi tutkia enemmän.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Kaupungistumisen ja länsimaalaistumisen vaikutukset näkyvät kehitysmaiden kaupungeissa asuvan väestön elämäntavoissa. Elämäntapojen muuttumisen seurauksena ei-tarttuvat taudit ovat yleistyneet ja niistä onkin tullut yhtä tärkeä kuolinsyy tarttuvien tautien rinnalle.
2. Aikaisemmin länsimaalaisten sairauksina pidetyt sydän- ja verisuonitaudit ja lihavuus ovat tuoneet uusia haasteita kehitysmaiden terveydenhuololle. Riskitekijöitä näille sairauksille ovat länsimaalaistuneet elämäntavat, kuten esimerkiksi ruokailutottumusten muuttuminen ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. Vaikuttamalla riskitekijöihin ennaltaehkäistään näiden sairauksien kehittymistä ja syntymistä.
3. Kehitysmaat tarvitsevat interventioita ja toimintamalleja ei-tarttuvien tautien ennaltaehkäisyyn. Kehitysmaiden terveydenhuolto tarvitsee koulutettua ja ammattitaitoista henkilökuntaa sekä tietotaitoa ja kattavia ja konkreettisia ohjeita antavia hoitosuosituksia ei-tarttuvien tautien ehkäisyyn ja hoitoon. Väestön tietoisuutta ei-tarttuvien tautien riskitekijöistä ja hoidosta tulee lisätä.
4. Kehitysmaiden kaupungistumisen ja länsimaalaistumisen vaikutuksia väestön fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin pitää tutkia laajemmin. Tarvitaan tutkittua tietoa siitä, miten eri tahot voivat ennaltaehkäistä ja hoitaa ei-tarttuvia tauteja.

LÄHTEET

- Ahaneku, G.; Osuji, CU.; Anisiuba, BC.; Ikeh, VO.; Oguejiofor, OC. & Ahaneku, JE. 2011. Evaluation of blood pressure and indices of obesity in a typical rural community in eastern Nigeria. *Ann Afr Med* 2011;10. Viitattu 30.9.2014 <http://www.annalsafmed.org/article.asp?issn=1596-3519;year=2011;volume=10;issue=2;spage=120;epage=126;aulast=Ahaneku>
- Allender, S.; Foster, C. & Arambepola, C. 2008. Quantification of Urbanization in Relation to Chronic Diseases in Developing Countries: A Systematic Review. *J Urban Health*. Nov.2008. Viitattu 30.9.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2587653/>
- Assah, F.; Ekelund, U.; Mbanya, J. & Wareham, N. 2011. Urbanization, physical activity, and metabolic health in Sub-Saharan Africa. *Diabetes Care*. Volume 34, February 2011. Viitattu 20.8.2014 <http://care.diabetesjournals.org/content/34/2/491.short>
- Aung-Thwin, M. 2005. Westernization: Southeast Asia. Viitattu 26.9.2014 <http://www.encyclopedia.com/topic/Westernization.aspx>
- Danaei, G.; Singh, G.; Paciorek, C.; Lin, J.; Cowan, M.; Finucane, M.; Farzadfar, F.; Stevens, G.; Riley, L.; Lu, Y.; Rao, M. & Ezzati, M. 2013. American Heart Association. Viitattu 20.8.2014 <http://circ.ahajournals.org/content/127/14/1493.long>
- De Cock, K.M., Simone, P.M., Davison, V. & Slutsker, L. 2013. The New Global Health. *Emerging Infectious Diseases*. Vol. 19, No. 8, August 2013. Viitattu 30.9.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3739536/>
- Eckert, S. & Kohler, S. 2014. Urbanization and Health in Developing Countries: A Systematic Review. *World Health & Population* Vol. 15 No. 1. 2014. Viitattu 30.9.2014 <http://www.longwoods.com/content/23722>
- Haarala, R.; Lehtinen, M.; Grönros, E.; Kolehmainen, T.; Nissinen, I. & Kantokoski, S. 1996. Suomen kielen perussanakirja- ensimmäinen osa A-K. Helsinki: Oy Edita ab.
- Huttunen, J. 2012. Mitä terveys on? *Terveyskirjasto*. Viitattu 23.9.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903
- Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino - Turun Yliopisto.
- Koponen, J. 2004. Kehitysmaa, kehitys ja globalisaatio. Helsingin yliopisto, Kehitysmaatutkimuksen laitos. Viitattu 25.9.2014 https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/2841/kehitysmaa_kehitys_globalisaatio.pdf
- Lankinen, K.S.; Bergström S.; Mäkelä P.H. & Peltomaa, M. Health and Disease in Developing Countries. MACMILLAN EDUCATION LTD. London and Oxford 1994
- Leon, A. 2008. Cities, urbanization and health. *International Journal of Epidemiology*. Viitattu 23.9.2014 <http://ije.oxfordjournals.org/content/37/1/4.long>
- Li, M. & Wright, D. 2007. Risk factors for cardiovascular disease in the Ga-Rankuwa community. *Curationis*. December 2007. Viitattu 30.9.2014 <http://curationis.org.za/index.php/curationis/article/viewFile/1120/1055>
- Lihavuus (online). Käypähoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014 (viitattu 15.10.2014). Saatavilla Internetissä: <http://kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi24010>

Maher, D.; Smeeth, L. & Sekajugo, J. 2010. Health Transition in Africa: Practical Policy Proposals for Primary Care. Viitattu 20.8.2014 <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=5f7f1696-3694-44ad-9092-2658cfe54283%40sessionmgr4005&hid=4201>

Mathenge, W.; Foster, A. & Kuper, H. 2010. Urbanization, ethnicity and cardiovascular risk in a population in transition in Nakuru, Kenya: a population-based survey. Biomed central Ltd. Viitattu 20.8.2014 www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC2956724/

Mattila, A. 2009. Hyvinvoinnin teorian. Terveyskirjasto. Viitattu 4.9.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=ont00039

Mbochi, R.; Kuria, E.; Kimiywe, J. Ochola, S. & Steyn, N. 2012. Predictors of overweight and obesity in adult women in Nairobi Province, Kenya. BMC Public Health 2012. Viitattu 30.9.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3485189/>

Miranda, J.J.; Wells, J.C.K. & Smeeth, L. 2012. Transiciones en contexto: hallazgos vinculados con la migración rural-urbana en enfermedades no transmisibles en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012;29(3) Viitattu 30.9.2014 <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2012.v29.n3.a12.pdf>

Moore, M.; Gould, P. & Keary, B. 2002. Global urbanization and impact on health. International Journal of Hygiene and Environmental Health. Viitattu 30.9.2014 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1438463904702230>

Muhihi, A.; Njelekela, M. & Yamori, Y. 2012. Physical activity and cardiovascular disease risk factors among young and middle-aged men in urban Mwanza, Tanzania. The Pan African Medical Journal. Viitattu 20.8.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3283018/>

Niemi, E. 2004. Kaupungin rajat - Laitakaupunki, esikaupunki, nukkumalähiö. Hyvinvointikatsaus 3/2004. Viitattu 3.9.2014 <https://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyka3-04niemi.pdf>

Phaswana-Mafuya, N. & Tassiopoulos, D. 2011. Public Health in the 21st Century: Non-Communicable Diseases (NCDs) in Developing Countries. Nova Science Publishers, Inc. New York

Riikonen, J. & Siltanen, L. 2014. Kaupungistumisen vaikutukset mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin – kansainvälistä vertailua. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sallinen, M.; Kandolin, I & Purola, M. 2007. Fyysinen hyvinvointi. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.8.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00040&p_teos=onn&p_selaus=

STM 2007. Hyvinvointi -2015 ohjelma – Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 15.9.2014 <http://pre20090115.stm.fi/ak1171526287050/passthru.pdf>

SuomiSanakirja.fi. Kaupungistua. Viitattu 03.09.2014 <http://www.suomisanakirja.fi/kaupungistua>

Tammivaara, K. 2014. Fyysinen terveys. Otavan opisto. Viitattu 4.2.2014 http://opinnot.internetix.fi/fi/muikku2materiaalit/lukio/te/te1/3_fyysinen_terveys/3.0.fyysinen_terveys?C:D=1819448&m:selles=1819448

THL 2014a. Kaventaja. Keskeisiä käsitteitä. Viitattu 23.9.2014 http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/keinot/kasitteet

THL 2014b. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 25.9.2014 <http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopaketti/sydan-ja-verisuonitaudit>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 28.3.2014
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

United Nations 2014. World urbanization prospects. United Nations 2014. Viitattu 3.9.2014
<http://esa.un.org/unpd/wup/Highlights/WUP2014-Highlights.pdf>

Vlahov, D.; Freudenberg, N. & Galea, S. 2007. Urban as a Determinant of Health. J Urban Health. 2007. Viitattu 20.8.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1891649/>

Voster, H.; Kruger, A. & Macintyre, U. 2010. Cardiovascular disease risk factors and socio-economic position of Africans in transition: the THUSA study. Clinics Cardive Publishing (Pty) Ltd. Viitattu 20.8.2014
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=urbanization+and+health+developing+country>

WHO 2003. WHO definition of Health. Viitattu 23.9.2014
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO 2014. Bulletin of the World Health Organization (BLT). Viitattu 4.2.2014
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-010410/en/>

Tutkimustaulukko

Tekijä, maa, vuosi	Tarkoitus	Asetelma, kohdejoukko mittari	Tulosmuuttujat	Tulokset
Ahaneku, G ym. Nigeria 2011	Tutkia korkean verenpaineen ja lihavuuden esiintyvyyttä Itä-Nigerian maaseudulla asuvilla aikuisilla	Poikittaistutkimus	Korkea verenpaine Lihavuus	Verenpainetaudin esiintyvyys oli 44,5 %, ja sen esiintyvyys yleistyi iän myötä. Naiset tiesivät verenpainetaudista ja sen riskitekijöistä miehiä enemmän. Miehillä (49,3 %) esiintyi naisia (42,3 %) enemmän verenpainetauti. Naisilla taas lihavuus oli yleisempää kuin miehillä (vyötärölihavuus: naiset 36,2 %, miehet 14,5 %). Tutkittavilla, joilla oli kohonnut verenpaine, oli korkeampi BMI ja suurempi vyötärön ympärysmitta kuin tutkittavilla, joilla oli normaalit verenpainearvot.
Allender, S ym. Yhdysvallat 2008	Tutkia kaupungistumisen vaikutuksia kroonisiin sairauksiin sekä keinoja niiden ehkäisemiseen.	Kirjallisuuskatsaus	Kaupungistuminen Tarttuvat taudit Ei-tarttuvat taudit Kehitysmaat	Ei ole vielä tietoa, miksi kaupungistuminen vaikuttaa kroonisiin sairauksiin sairastumisen riskitekijöihin. Jotta saataisiin luotettavampia tuloksia, pitäisi rajata tutkimuskohteita koskemaan esimerkiksi väestön taloudellista tilaa, kulttuurillista asemaa ja maan kaupungistumisen astetta. Kaupungistuminen tulisi kokea enemmän prosessina kuin päämääränä.
Assah, F ym. Englanti 2010	Tutkia vapaa-aikana liikunnassa kulutettua energian määrää ja sen vaikutuksia metabolisen oireyhtymän syntyyn 25-55-vuotiaiden kamerunilaisten aikuisten keskuudessa.	Poikittaistutkimus	Metabolinen oireyhtymä	Fyysinen aktiiviteetin vähäisyys vaikuttaa metabolisen oireyhtymän syntyyn kamerunilaisten keskuudessa. Lisääntyvällä istumatyöllä ja ei-liikunnallisella elämäntavalla on yhteyttä metaboliseen oireyhtymään sairastumiseen. Tarvittaisiin kansalliset terveys-suositukset tukemaan fyysisen aktiivisuuden lisäämistä, joka auttaisi hillitsemään metabolisen oireyhtymän lisääntymistä Eteläisessä Afrikassa.

Danaei, G ym. Yhdysvallat 2013	Tutkia länsimaalaisen ruokavalion vaikutuksia yksilön terveyteen ja hyvinvointiin sekä metaboliseen oireyhtymän riskitekijöitä, joita ovat korkea verenpaine, kolesteroli, diabetes ja ylipaino.	Kirjallisuuskatsaus	Verenpaine Kolesteroli Diabetes Epidemiologia Ylipaino	Länsimaalaisen ruokavalion yleistymisen matala- ja keskitulon maissa on nopeaa ja sen vaikutus on suuri. Ylipainon syntyyn vaikuttavat useat eri tekijät esimerkiksi suolan käyttö ruuassa, ruuan halpeneminen ja runsaskalorien ruokien syöminen sekä varsinkin kaupunkilaisten miesten fyysisen aktiiviteetin väheneminen. Sydän- ja verisuonisairauksia voidaan ehkäistä tehokkaalla neuvonnalla, terveydenhuoltoa tehostamalla ja lääkehoidolla.
De Cook, K ym. Yhdysvallat 2013	Globalisaation, väestötieteellisten muutosten, sosioekonomisen kehityksen ja kaupungistumisen vaikutukset terveyteen maailmanlaajuisesti.	Kirjallisuuskatsaus	Maa-ilmastonlaajuinen terveys Kehitys Tarttuvat taudit Ei-tarttuvat taudit	Väestön lisääntyminen, korkeampi elinajanodote ja alhaisemmat lapsikuolleisuusluvut ovat vaikuttaneet maailman terveysnäkyymiin. Eri-tyyppisiä tautia tarvitsevat tarttuvat taudit, lääketieteellinen teknologia ja lääkkeet sekä terveyspalveluiden rahoitus, ilmastonmuutoksen vaikutukset terveyteen ja kehitysmaiden sosiaalinen, taloudellinen ja terveydellinen tilanne. Sairauksien ym. seuranta ja rekisteröintiä pitää lisätä.
Eckert, S ym. Saksa 2014	Tutkimus onko kehitysmaiden kaupungeissa asuvilla terveyteen liittyviä etuja maaseudulla asuviin verrattuna.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Kaupungistuminen Ei-tarttuvat taudit Tarttuvat taudit Korkea verenpaine Ylipaino Diabetes Lasten terveys Hedelmällisyys	Kroonisten sairauksien riskitekijät olivat näkyvämpiä kaupungeissa. Kaupungistumisen ja eliniänodotteen suhde oli positiivinen mutta merkityksetön. Kuolleisuus tarttuviin tauteihin riippui tutkittavasta taudista sekä maaseudulla että kaupungeissa. Kaupungeissa esiintyi naisilla alentunutta hedelmällisyyttä ja syntyvyys oli alhaisempi. Kaupungistuminen liitettiin alhaisempaan aliravitsemukseen, mutta suurempaan ylipainon riskiin lapsilla.
Li, M ym. Etelä-Afrikka 2007	Kartoittaa sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä Ga-Rankuwan kunnassa työikäisten (18-40 vuotiaiden) keskuudessa.	Kvantitatiivinen tutkimus	Verenpainetauti Sydänsairaudet Ylipaino Tupakointi Alkoholi	30- vuoden tutkimustyö on osoittanut, että sydän- ja verisuonisairauksien syntyä voidaan vähentää ja ehkäistä. Jotta sairauksien riskitekijöitä voitaisiin ehkäistä, tarvitaan tehokas seuranta ja ennaltaehkäisy. Ehkäistäessä kroonisia ei-tarttuvia tauteja

				pitää kiinnittää huomiota myös kokonaisuuteen, ei vain yhden sairauden ehkäisemiseen, sillä riskitekijät ovat yhteydessä keskenään.
Maher, D ym. Englanti ja Uganda 2010	Terveysthuollon edistäminen eittarttuvien tautien osalta	Kirjallisuuskatsaus	Terveystteen liittyvä- elämälaatu	Saharan eteläpuolisessa Afrikassa on terveysthuollolla hyvät mahdollisuudet tarjota ratkaisuja eittarttuvien tautien tuomiin haasteisiin. Luodakseen tehokkaan terveysthuoltojärjestelmän, Afrika tarvitsee siihen apua kansallisilta ja kansainvälisiltä terveystalan järjestöiltä.
Mathenge, W ym. Englanti 2010	Tutkia kaupungistumisen vaikutuksia sydän- ja verisuonisairauksiin kaupunkilaisten ja etnisten ryhmien välillä Keniassa.	Poikittaistutkimus	Verenpainetauti Lihavuus Kolesteroli Diabetes	Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät ovat lisääntymässä Keniassa varsinkin kaupungissa asuvien keskuudessa.
Mbochi, R. ym. Kenia 2012	Määrittää kaupungeissa asuvien kenialaisten naisten ylipainon ja lihavuuden ennustavia tekijöitä	Poikittaistutkimus	Ylipaino Lihavuus Nainen Kenia Ruokavalio Fyysinen aktiivisuus	Korkea ikä, korkea sosioekonominen status, lasten lukumäärä, huoneiden lukumäärä asunnossa ja suuremmat menot olivat yhteydessä korkeampaan BMI:iin, rasvan määrään ja vyötärön ympärykseen. Ikä ja yhdenvertaisuus osoittautuivat tärkeimmiksi ennustaviksi tekijöiksi. Kahdella ylimmällä sosioekonomisella luokalla oli merkittävästi korkeammat proteiinin, kolesterolin ja alkoholin kulutusarvot kuin alemmilla sosioekonomisilla luokilla. Alemmilla sosioekonomisilla luokilla oli korkeammat kuidun ja hiilihydraattien kulutusarvot. Kaupungistumisen ja ruokavalion muutokset näkyivät selkeästi ylempään sosioekonomisen luokan naisten ruokailutottumuksissa ja elämäntavoissa.
Miranda JJ ym. Peru 2012	Kuvata erilaisia yhteiskunnallisia ja väestöllisiä muutoksia sekä ymmärtää paremmin kaupungistumisen ja eittarttuvien tautien merkitys vähä- ja keskituloisissa	Kirjallisuuskatsaus	Eittarttavat taudit Maassamuutto Kaupungistuminen Ylipaino Lihavuus Peru	Kaupungistumisen negatiivisten terveystvaikutusten ehkäisy vaatii erilaisia tavoitteellisia ohjelmia ja strategioita.

	maissa.			
Muhini, A ym. Englanti 2012	Tutkia fyysistä aktiivisuutta ja sen suhdetta sydän- ja verisuonitautien syntyyn / riskitekijöihin nuorten ja keski-ikäisten (20-50- vuotiaiden) tansanialaisten miesten keskuudessa.	Poikittaistutkimus	Kaupungistuminen Ruokailutottumukset Fyysinen aktiivisuus Energiankulutus Ammatillinen status Tansania	Fyysisellä aktiivisuudella menetetty energia korreloi positiivisesti suhteessa systoliseen ja diastoliseen verenpaineeseen, lantion ja vyötärön ympäröykseen, sydämen lyönteihin, totaali kolesteroliin, HDL ja LDL kolesteroliin ja paastoverensokeriin.
Vlahov, D ym. Yhdysvallat 2007	Kaupungistumisen vaikutukset kehitysmaiden asukkaiden terveyteen.	Kirjallisuuskatsaus	Köyhyys Slummit Hallinto Epätasa-arvoisuus	Köyhissä kehitysmaissa esiintyvää epätasa-arvoisuutta esiintyy köyhillä alueilla. Slummeissa asuvien ja köyhien oloja on parannettava. Kaupunkilaisten terveyspalveluiden turvaaminen on tärkeää, koska kaupunkilaisten terveys eroaa esimerkiksi maalla asuvan väestön terveydestä.
Voster, H ym. Etelä-Afrikka 2010	Kaupungistumisen vaikutus sepelvaltimotaudin riskitekijöihin sosiaalisen aseman näkökannalta (tulojen ja koulutuksen osalta).	Poikittaistutkimus	Sepelvaltimotauti Kolesteroli Ylipaino Verenpaine Tupakointi Alkoholi Ruokailutottumukset Sosiaalinen asema	Hyvätuloisen ja korkeammin koulutetulla väestöllä on korkeammat kolesteroliarvot, he syövät enemmän huonoja rasvoja sisältäviä ruokia ja heillä on korkeampi BMI (miehet). Heillä on suurempi riski sairastua sepelvaltimotautiin kuin köyhemmillä kansalaisilla.