



# Tartuntatauteihin vaikuttamisen keinot Malawissa ja Sambiassa

kirjallisuuskatsaus

Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
30.3.2010

---

Maaria Jaatinen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja AMK	
Tekijä/Tekijät			
Jaatinen Maaria			
Työn nimi			
Tartuntatauteihin vaikuttamisen keinot Malawissa ja Sambiassa - kirjallisuuskatsaus			
Työn laji		Aika	Sivumäärä
opinnäytetyö		Kevät 2010	29+6
TIIVISTELMÄ			
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, millä keinoilla tartuntatauteihin pyritään vaikuttamaan Malawissa ja Sambiassa. Opinnäyte kuuluu Development of Clinical Tutoring-projektiin, jonka tarkoituksena on kehittää kansainvälisessä harjoittelussa olevien opiskelijoiden ohjausta.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa niille opiskelijoille, jotka suunnittelevat kansainväliseen harjoitteluun lähtöä. Opinnäytetyön avulla opiskelija saa tietoa kohdemaasta ja osaa paremmin valmistautua tulevaan opiskelujaksoon</p> <p>Analysoitu aineisto kerättiin Medic-, Cinalh-, ja PubMed-tietokannoista. Hauissa käytettiin muutamia hakusanoja. Etukäteen määriteltyjen poissulkukriteerien perusteella hakutuloksista valittiin 14 tieteellistä tutkimusta. Lisäksi yksi tieteellinen artikkeli löytyi käsihaulla. Aineisto on analysoitu käyttäen induktiivista sisällönanalyysiä.</p> <p>Aineiston perusteella tartuntatauteihin vaikuttamisen keinot on jaoteltu kolmeen eri ryhmään: ennaltaehkäiseviin keinoihin, hoitaviin keinoihin sekä muihin tartuntatauteihin vaikuttamisen keinoihin. Ennaltaehkäisevinä keinoina käytetään rokotuksia ja erilaisia kampanjoita ja projekteja sekä terveysneuvontaa. Hoitavina keinoina käytetään lääkehoitoa, mutta siihen liittyy runsaasti ongelmia. Lääkkeitä ei aina ole saatavilla, eikä oikean annostuksen merkitystä välttämättä ymmärretä. Muita tartuntatauteihin vaikuttamisen keinoja olivat luonnonlääkintä ja myös sosioekonomisilla tukitoimenpiteillä, esim. teiden rakentamisella ja terveystalveluiden käytön lisäämisellä voidaan vaikuttaa tartuntatauteihin. Tutkielmassa tuli myös esille runsaasti sellaisia tekijöistä, jotka toimivat esteenä tartuntatautien ehkäisylle ja hoidolle. Tutkimuskysymyksiä on tarkasteltu laajasta yhteiskunnallisesta näkökulmasta, sillä yhteiskunnalliset ongelmat ovat oleellisia myös hoitotyön kannalta.</p> <p>Opinnäytetyötä voidaan jatkossa hyödyntää kansainväliseen vaihtoon lähtevien opiskelijoiden parissa. Tutkielmassa tuli esille runsaasti sellaista tietoa, josta on hyötyä kohdemaahan perehtyvälle ja vaihtoon lähtöä suunnittelevalle opiskelijalle.</p>			
Avainsanat			
tartuntataudit, terveyden edistäminen, Malawi, Sambia, kirjallisuuskatsaus			

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Jaatinen Maaria			
Title			
The Strategies of Controlling Communicable Diseases in Malawi and Zambia - a literature review			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2010	29+6 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was through a literature review to determine which strategies were used to control communicable diseases in Malawi and Zambia. The study was a part of the Development of Clinical Tutoring project that strove to develop the tutoring of the nursing students in international exchange.</p> <p>The aim of this literature review was to produce resources for the students planning to enrol in international exchange programme. Through this study, the nursing student gets more information on his/her chosen destination and, hence, working in the foreign culture may become easier.</p> <p>The inductively analysed data was collected from the Medic, Cinalh, and PubMed databases. Searches were made with few index words and, based on predetermined excluding criteria, 14 scientific researches were selected. Additionally, one scientific article was selected through a manual search.</p> <p>Based on the analysed data, the means used to control communicable diseases were divided into three categories: prevention, treatment and other miscellaneous methods used. Vaccinations, health counselling and various campaigns were used to prevent diseases. Medical care was offered as a treatment, but there were various problems considering it; medication was not always available and the significance of the proper dose was not necessarily understood. Other methods included traditional African medicine and socioeconomic support (e.g. building roads and increasing the use of health care services). The study showed a lavish amount of factors that hindered the prevention and care of communicable diseases. Research questions were contemplated from a vast, social angle because social problems are relevant to nursing as well.</p> <p>The study holds information that may be utilised among the international nursing students heading to Malawi or Zambia.</p>			
Keywords			
communicable diseases, health promotion, Malawi, Zambia, literature review			

## SISÄLTÖ:

1 JOHDANTO .....	1
2 TAUSTATIETOA .....	2
2.1 Kirjallisuuskatsauksen tausta .....	2
2.2 Malawi .....	2
2.3 Sambia .....	4
3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	6
4 MENETELMÄT JA AINEISTOT.....	6
4.1 Tietokannat ja hakusanat .....	6
4.2 Tutkimusten valintakriteerit .....	7
4.3. Aineiston analysointi .....	8
5 TULOKSET .....	10
5.1 Tartuntatauteihin vaikuttamisen keinot Malawissa.....	10
5.1.1 Hiv:n ja aidsin ehkäisy ja hoito Malawissa .....	10
5.1.2 Malarian ehkäisy ja hoito Malawissa.....	12
5.1.3 Tuberkuloosin ehkäisy ja hoito Malawissa .....	14
5.2 Tartuntatauteihin vaikuttamisen keinot Sambiassa .....	16
5.2.1 Hiv:n ja aidsin ehkäisy ja hoito Sambiassa .....	16
5.2.2 Malarian ehkäisy ja hoito Sambiassa .....	18
5.2.3 Tuberkuloosin ehkäisy ja hoito Sambiassa.....	19
5.3. Yhteenveto tutkimustuloksista .....	20
6 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU .....	23
6.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	23
6.2 Tutkimuseettiset kysymykset.....	24
6.3 Jatkotutkimusaiheita .....	24
6.4 Yhteenveto ja tulosten tarkastelu .....	25
7 LÄHTEET .....	27
LIITE 1: Taulukko analysoiduista lähteistä .....	1

## 1 JOHDANTO

Tässä kirjallisuuskatsauksessa on aikaisempia tutkimuksia hyödyntäen tutkittu niitä keinoja, joilla tartuntatauteja pyritään ehkäisemään ja hoitamaan Malawissa ja Sambiassa. Opinnäytetyö kuuluu Development of clinical tutoring-projektiin, joka taas on osa laajempaa Malawi-Zambia-Finland-hanketta. Hankkeen tarkoituksena on Malawin, Sambiassa ja Suomen hoitotyön koulutusalan edustajien yhteistyön avulla toimia kansainvälisessä vaihdossa olevien opiskelijoiden harjoittelun ohjauksen laadun kehittämiseksi. Hankkeessa tehtävien opinnäytetöiden myötä myös opiskelijoilla on mahdollisuus osallistua kansainvälisten harjoitteluiden ohjauksen kehittämiseen. (Koski 2008).

Hoitotyön opiskelijat ovat kansainvälisessä harjoittelussa ollessaan ilmaisseet sekä tyytyväisyyttä että tyytymättömyyttä harjoittelun ohjauksesta koskien, joten kehittämistyölle on tarvetta. (Koski 2008.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tarvittavaa tietoa niille opiskelijoille, jotka suunnittelevat lähtevänsä kansainväliseen opiskelijavaihtoon Malawiin tai Sambiaan. Opinnäytteen avulla vaihtoon lähtevä opiskelija voi lisätä tietojaan kohdemaasta ja osaa näin ollen paremmin suunnitella ja varautua tulevaan opiskelujaksoon. Vieraassa kulttuurissa toimiminen on helpompaa, mikäli hoitotyön opiskelijalla on riittävästi tietoa niistä terveysongelmista sekä terveydenhuoltoon liittyvistä haasteista, joita hän tulee ulkomailla opiskelun aikana kohtaamaan.

Opinnäytteen tarkoitus on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, millä keinoilla tartuntatauteihin pyritään vaikuttamaan Malawissa ja Sambiassa. Teoriaosuuteen on kerätty yleistä taustatietoa Malawista ja Sambiasta, sekä eritelty tilastotietoihin perustuvia lukuja ja tietoja näiden maiden tartuntatautilanteesta. Analyysiosuudessa on lähdeaineistoa käyttäen eritelty ja tulkittu keinoja, joilla tartuntatauteihin pyritään vaikuttamaan. Tässä opinnäytteessä ei tartuntatautien hoitoa ja ehkäisyä ole tarkasteltu ainoastaan hoitotyön näkökulmasta, vaan myös laajemmasta yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Yhteiskunnallisten tekijöiden lisäksi myöskään kulttuuriin liittyviä tapoja, uskomuksia ja käyttäytymisen normeja ei voida ohittaa, mikäli halutaan tutkia paikallisten ihmisten terveyskäyttäytymistä. Jotta sairaanhoitaja voisi toimia työssään onnistuneesti, tulee hänen huomioida paikallinen kulttuuri. Mikäli hoitotyöntekijä ei pysty ymmärtämään ja kunnioittamaan potilaidensa arvoja, myös auttamismahdollisuudet huononevat. Koska kulttuuristen tekijöiden vaikutus ihmisten terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen on suuri, ei tutkimuksesta ole rajattu pois niitäkään sairauksien hoito- ja ehkäisykeinoja, jotka länsimaisesta näkökulmasta ovat merkityksettömiä. Samalla on tullut esille mielenkiintoinen osa-alue paikallista kulttuuria.

## 2 TAUSTATIETOA

### 2.1 Kirjallisuuskatsauksen tausta

Metropolia-ammattikorkeakoulun kansainvälisen toiminnan kautta hoitotyön opiskelijat voivat hakeutua opiskelijavaihtoon ulkomaille ja toteuttaa vaihdon aikana sekä tutkintoon kuuluvia teoriaopintoja, että ohjatun harjoittelun jaksoja. Ulkomailla tapahtuvilla harjoittelujaksoilla opiskelija voi tutustua erilaisiin toimintatapoihin ja parantaa samalla omia sosiaalisia taitojaan. Ammattiosaamisen lisäksi tämä kehittää myös opiskelijan kulttuurista kompetenssia. Oppilaitoksen tehtävänä on varmistaa, että harjoittelujaksot tarjoavat riittävästi tarkoituksenmukaisia oppimismahdollisuuksia opiskelijalle ja että ohjaus vastaa opiskelijan tarpeita ja jaksolle asetettuja vaatimuksia. (Koski 2008.)

Development of clinical tutoring-projektin yhteistyökumppanit ovat Suomessa Metropolia- ammattikorkeakoulu Helsingissä ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu Joensuu. Malawissa University of Malawi Lilongwessa, Kamuzu College of Nursing Lilongwessa, Malawi College of Health Sciences ja Sambiasa, Lusakassa School of Nursing/ University Teaching Hospital. Projekti on osa Malawi-Zambia-Finland-projektia, joka on CIMO:n rahoittama. (Koski 2008.)

### 2.2 Malawi

Malawi on valtio, joka sijaitsee eteläisessä Afrikassa. Maan pinta-ala on 118 484 neliökilometriä, joista vettä on 24 404 neliökilometriä. Malawin naapurimaita ovat Mosambik, Tansania ja Sambia. Malawin ilmasto on subtrooppinen. Sadekausi kestää marraskuusta toukokuuhun ja kuivakausi toukokuusta marraskuuhun. Maasto on enimmäkseen ylätasankoa, lisäksi maassa on muutamia harjuja ja vuoria. Malawissa on noin 15 029 000 asukasta. Koko väestöstä alle 14-vuotiaita on 45,8 %, 15- 64-vuotiaita on 51,5 % ja yli 65-vuotiaita on 2,7 %. Väestöstä lukutaitoisia on 62.7 %. Maan virallinen kieli on Chichewa, jota puhuu 57,2 %. Muita yleisiä kieliä Malawissa ovat Chinyanja 12.8 % ja Chiyao 10.1 %. Myös muita kieliä puhutaan runsaasti. Yleisimmät uskonnot Malawissa ovat kristinusko 79,9 %, islam 12,8 % muita uskontoja on 3 % ja uskonto-kuntiin kuulumattomia 4,3 %. (CIA 2010.)

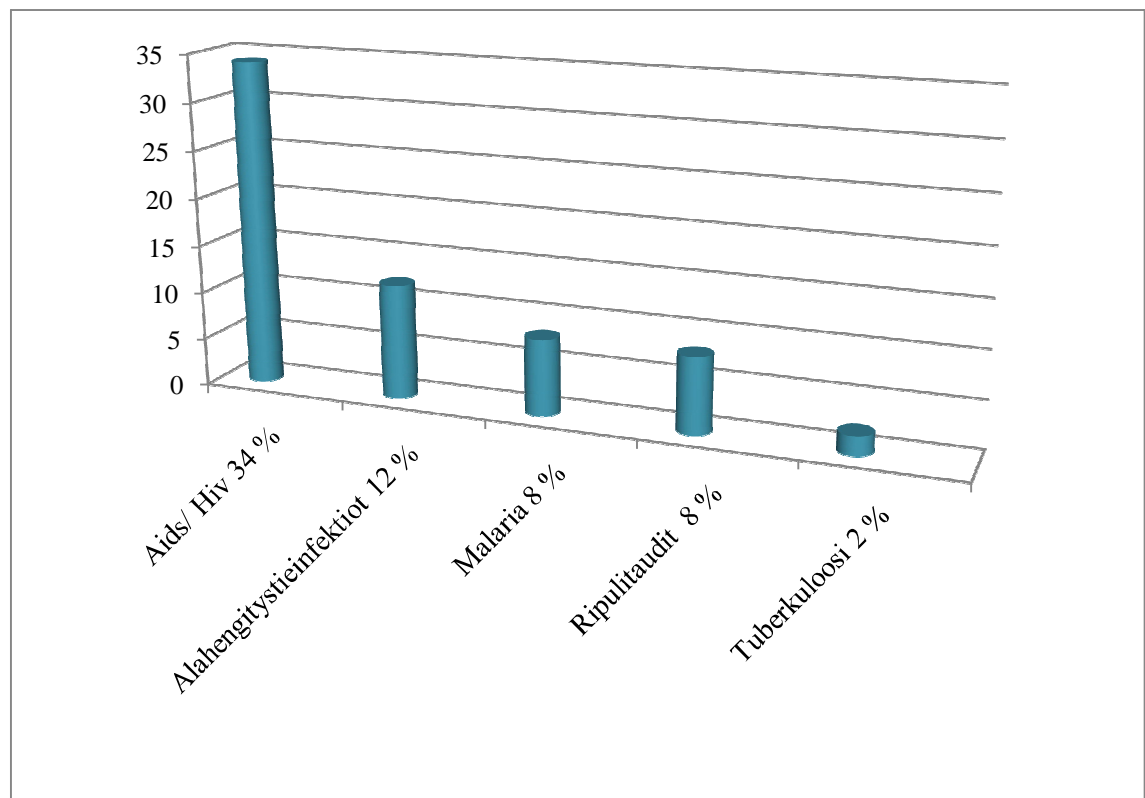
Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2007 Malawissa hiv-positiivisia oli aikuisista 11,9 %. Kaikissa ikäryhmissä aids-kuolemia oli vuoden aikana yhteensä 68 0000. Kaiken kaik-

kiaan hiv-positiivisia oli yhteensä 930 000. Oletettavissa oleva elinikä Malawissa on noin 44 vuotta. (Tilastokeskus 2009.)

Malawin kansallisten tilastotietojen mukaan yleisiä kuolemaan johtavia tartuntatauteja ovat mm. aids, malaria ja tuberkuloosi. Vuonna 2004 uusia hiv-tapauksia oli noin 32 000. Malariaan sairastuneita oli samana vuonna yli 5 000 000 ja siihen kuolleita noin 7000. Uusia tuberkuloositapauksia oli noin 8200 ja tuberkuloosiin kuolleita noin 2100. Lisäksi lapsilla yleisiä infektioitauteja ovat ripuli ja hengitystieinfektiot. (National statistical office of Malawi 2008.)

WHO:n mukaan yleisimmät kuolemaan johtavat tartuntataudit kaikissa ikäryhmissä Malawissa ovat Aids 34 %, alahengitystieinfektiot 12 %, malaria 8 %, ripulitaudit 8 % ja tuberkuloosi 2 % kokonaiskuolleisuudesta.

TAULUKKO 1. Alla olevassa taulukossa on kuvattu, kuinka monta prosenttia mikin tartuntatauti aiheuttaa kaikesta kuolleisuudesta Malawissa. (Lähde WHO 2010.)



Yhdysvaltain väestönlaskentaviraston (US Census Bureau) mukaan Malawin väestön kasvu oli huomattavasti hidastunut hiv:n aiheuttaman kuolleisuuden takia. (Shemeikka

ja Alkio 2005: 17).

### 2.3 Sambia

Sambia on valtio, joka sijaitsee eteläisessä Afrikassa. Sambian pinta-ala on 752 618 neliökilometriä. Maan pinta-alasta on vettä 9220 neliökilometriä. Sambian naapurimaita ovat Angola, Kongon tasavalta, Malawi, Mosambik, Namibia, Tansania ja Zimbabwe. Sambian ilmasto on trooppinen ja sadekausi kestää lokakuusta huhtikuuhun. Sambian maasto on enimmäkseen korkeaa ylänköä sekä muutamia vuoria ja harjuja. Sambiassa on noin 11 863 000 asukasta. Sambian väestöstä alle 14-vuotiaita on 45,1 %, 15–64-vuotiaita on 52,6 % ja yli 64-vuotiaita 2,3 %. Koko väestöstä lukutaitoisia on 80,6 %. Sambiassa puhutaan monia eri kieliä, näistä yleisimpiä ovat Bemba 30,1 %, Nyanja 10,7 % ja Tonga 10,6 %. Näiden lisäksi maassa on myös muita virallisia kieliä. Väestöstä 50–75 % on kristittyjä, muslimeja ja hinduja on 24–49 % ja lisäksi paikallisia uskontoja on 1 %. (CIA 2010.)

Sambian tasavalta itsenäistyi 24.10.1964. Ennen tätä Sambia oli kuulunut Britannian siirtomaahan Rhodesiaan. Eteläisestä Rhodesiasta muodostui nykyinen Zimbabwe. Sambian kuparikaivokset houkuttelivat Eurooppalaista syntyperää olevia ihmisiä muista Afrikan maista Sambiaan. Kuparikaivoksilla työskenteli runsaasti myös Sambiaalaista syntyperää olevaa väestöä. Sambia alkoi pian kaupungistua, sillä ihmiset muuttivat maaseudulta kuparikaivoksille etsimään töitä. Urbanin väestön määrä kasvoi nopeasti kaivosten vaikutuksesta. (Experiences with primary health care in Zambia 1994: 1-2.)

Sambian siirtomaahistorialla on merkittävä vaikutus myös maan terveydenhuoltojärjestelmän kehittymiseen. Kupariteollisuudesta johtuen lähes kaikki Sambian terveydenhuolto on pitkään ollut keskittynyt kaupunkeihin. Maaseudulla on pitkään ollut tarjolla ainoastaan uskonnollisten yhteisöjen ylläpitämiä sairaaloita. (Experiences with primary health care in Zambia 1994: 2-3.)

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2007 hiv-positiivisia oli 15,2 % aikuisväestöstä ja vuoden aikana aidiin kuolleita oli kaikissa ikäryhmissä yhteensä 56 000. Yhteensä hiv-positiivisia oli 1 100 000. Oletettavissa oleva elinikä on Sambiassa noin 39 vuotta. (Tilastokeskus 2009.)

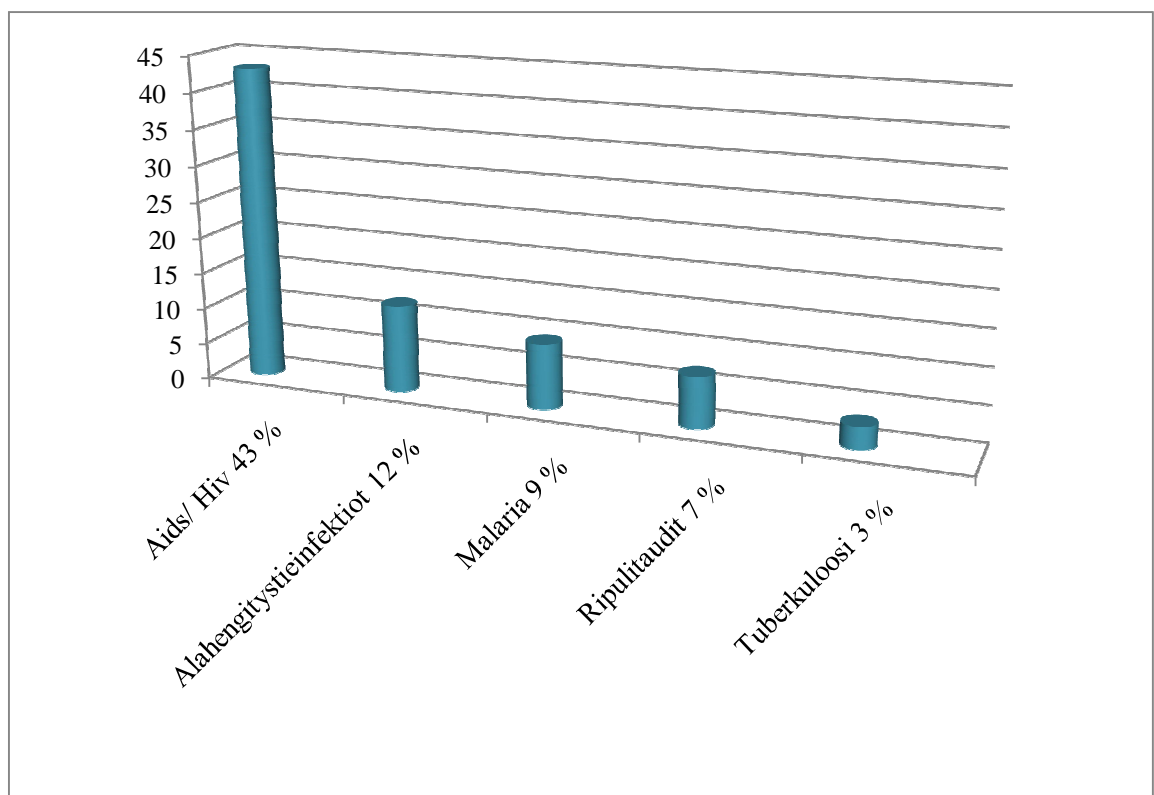
Sambiassa tartuntataudit ovat yleisiä kuolinsyitä. Sambain kansallisten tilastotietojen mukaan vuonna 2006 malaria ja kuume aiheuttivat yhteensä jopa 22,4 % kaikesta Sambian kuolleisuudesta, tuberkuloosi aiheutti 8 % kuolleisuudesta, hengitystieinfektiot



noin 11 % ja ripulitaudit aiheuttivat 12,5 % kuolleisuudesta. (Central statistical office Zambia 2007.) Kaikki kuumeeseen kuolleet potilaat eivät kuitenkaan ole välttämättä sairastaneet malariaa, eli tarkkaa tietoa malarian aiheuttamasta kuolleisuudesta ei ole.

WHO:n mukaan yleisimmät kuolemaan johtavat tartuntataudit Sambiassa ovat aids, alahengitystieinfektiot, malaria, ripulitaudit ja tuberkuloosi. Aids aiheuttaa 43 %, alahengitystieinfektiot 12 %, malaria 9 %, ripulitaudit 7 % ja tuberkuloosi 3 % kokonaiskuolleisuudesta Sambiassa. (WHO 2009.)

TAULUKKO 2. Alla olevassa taulukossa on kuvattu yleisimmin kuolemaan johtavat infektioaudit Sambiassa. (Lähde WHO 2009.)



Sambia on kärsinyt runsaasti hiv-epidemiasta. Vaikka Sambian väestöstä keskimäärin noin 16 % on hiv-positiivisia, luku on korkeampi nuorten aikuisten keskuudessa kaupungeissa. Aids-ongelma kuormittaa Sambian terveydenhuoltoa runsaasti. (Vitols ym. 2007.)

Nykyään Sambia on yksi Afrikan eniten urbanisoituneimmista maista. Sambiassa on tarjolla sekä modernia, että perinteistä lääketiedettä. Terveysministeriö, kirkot ja yksityiset ammatinharjoittajat tarjoavat modernia lääketiedettä ja lisäksi jokaisessa kylässä on todennäköisesti myös erilaisia kansanparantajia. Monien muiden kehitysmaiden tapaan myös Sambiassa terveysongelmat ovat keskeisessä yhteydessä köyhyyteen. Tällä

hetkellä hiv-epidemia kuormittaa sambialaista terveydenhuoltoa kaikkein eniten. Ras-  
kauden seurantaan osallistuvista naisista hiv-positiivisia on kaupungissa 28 % ja maa-  
seudulla 14 %. Huonon taloustilanteen takia hallituksen on ollut pakko esittää uudistuk-  
sia, joilla terveydenhuollon tehokkuutta voitaisiin parantaa. Näissä uudistuksissa tähdä-  
tään terveydenhuollon laadun parantamiseen ja tavoitteena on myös lisätä yhteisön mer-  
kitystä terveydenhuollossa. (Maimbolwa ym. 2001:4.)

### 3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoitus on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, millä keinoilla tar-  
tuntatauteihin pyritään vaikuttamaan Malawissa ja Sambiassa. Opinnäytetyön tavoitte-  
na on tuottaa tarvittavaa tietoa niille opiskelijoille, jotka suunnittelevat lähtevänsä kan-  
sainväliseen opiskelijavaihtoon Malawiin tai Sambiaan. Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Millaisin keinoin tartuntatauteihin pyritään vaikuttamaan Malawissa?
- 2) Millaisin keinoin tartuntatauteihin pyritään vaikuttamaan Sambiassa?

### 4 MENETELMÄT JA AINEISTOT

#### 4.1 Tietokannat ja hakusanat

Kirjallisuuskatsausta varten tietoa on haettu Medic-, Cinalh- ja PubMed-tietokannoista.  
Hakusanoina on käytetty *communicable diseases*, *infections*, *health promotion* ja  
*health?* sekä *Malawi* tai *Zambia*. Yksi lähde on löytynyt manuaalihakulla.

TAULUKKO 3. Analysoitujen tutkimusten ja tutkimusartikkelien ja hakuhistoria on kuvattu seuraavassa taulukossa.

Tietokanta	Hakulauseke	Tuloksia	Valittuja tutkimuksia
MEDIC	Malawi AND health?	3	2
MEDIC	Zambia AND health?	0	0
CINALH	Malawi AND health?	223	1
CINALH	Malawi AND infections	153	1
CINALH	Zambia AND health?	191	3
CINALH	Zambia AND infections	149	0
CINALH	Malawi AND communicable diseases	2	0
CINALH	Zambia AND communicable diseases	3	0
PUBMED	Zambia AND health promotion	80	1
PUBMED	Zambia AND infections	492	3
PUBMED	Malawi AND health promotion	94	2
PUBMED	Malawi AND infections	699	1
	Manuaalihaku	-	1

#### 4.2 Tutkimusten valintakriteerit

Opinnäytetyön aineisto muodostuu viidestätoista aihetta käsittelevästä tieteellisestä tutkimuksesta (Ks. liite 1). Näistä kolmesta on artikkeleita ja kaksi monografiaa. Tutkimusten valintakriteerinä oli, että ne on julkaistu 2000-luvulla. Analysoitavaa aineistoa ei ole rajattu ainoastaan hoitotieteelliseen tutkimukseen, vaan mukana on myös lääketie-

teellisiä tutkimuksia. Useimmat lääketieteelliset tutkimukset on tehty sosiolääketieteellisestä näkökulmasta ja ne on sisällytetty analyysiin, koska ne vastaavat tutkimuskysymyksiin hyvin. Analysoitavaa aineistoa kerättyä artikkeleita löytyi ensin todella runsaasti. Näistä osa valikoitui kuitenkin pois pelkän nimen ja osa tiivistelmän perusteella. Osa artikkeleista jätettiin pois, koska ne eivät tiivistelmästä huolimatta vastanneet tutkimuskysymyksiin riittävän hyvin. Muutama artikkeli jouduttiin myös jättämään pois analyysistä, koska ne eivät olleet tieteellisiä. Valintakriteereinä oli lisäksi, että aineiston tulee olla englannin- tai suomenkielistä. Kaikki analysoidut lähteet ovat englanninkielisiä.

#### 4.3. Aineiston analysointi

Tutkimuskysymyksiä on pyritty tarkastelemaan laajasta yhteiskunnallisesta näkökulmasta sillä yhteiskunnalliset ongelmat liittyvät oleellisesti myös hoitotyöhön. Yhteiskuntaan liittyvillä tekijöillä on väistämättä suuri merkitys ihmisten terveydentilaa tutkitessa ja niiden merkitys korostuu entisestään kehitysmaita tarkasteltaessa. Pelkästään hoitotyön keinoja tutkimalla on mahdotonta saada kattavaa kokonaiskuvaa maan terveydenhuollosta ja tartuntatautilanteesta, sillä taloudellinen niukkuus saattaa olla syynä sinänsä toimivan terveydenhuoltojärjestelmän pettämiseen. Koska tutkimuskysymyksiä on tarkasteltu hoitotyön lisäksi myös laajemmasta yhteiskunnallisesta näkökulmasta, on analyysissä huomioitu myös sellaiset vastaukset, jotka eivät sinällään liity käytännön hoitotyöhön.

Tutkimusmenetelmänä on käytetty sovellettua systemaattista kirjallisuuskatsausta ja induktiivista sisällönanalyysiä, opinnäytetyö on kvalitatiivinen. Laadullisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena, ja sen ajatellaan erittelevän jonkin loogisen kokonaisuuden rakennetta. Toisin kuin tilastollisessa analyysissä, kvalitatiivisessa analyysissä eivät tilastolliset todennäköisyydet kelpaa johtolangoiksi. Kvalitatiivisessa analyysissä ei tutkimusyksiköiden suuri lukumäärä ole yhtä oleellinen, kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, eikä kovin suuri analysoitavien lähteiden määrä ole edes mahdollinen. (Alasuutari 1999:38–39.)

Laadullisessa analyysissä on kaksi vaihetta: havaintojen pelkistäminen sekä arvoituksen ratkaiseminen. Käytännössä nämä vaiheet kuitenkin nivoutuvat toisiinsa. Ensimmäisessä vaiheessa, eli havaintojen pelkistämässä kiinnitetään huomiota siihen, mikä on oleellista tutkimuskysymysten kannalta. Näin analyysin kohteena olevia lähdeaineistoja voidaan pelkistää hieman helpommin hallittavaan muotoon. Havaintojen yhdistämisessä

piilee ajatus siitä, että aineistossa ajatellaan olevan esimerkkejä tai näytteitä tutkittavasta ilmiöstä. (Alasuutari 1999:40.) Tämä on oleellinen ero induktiivisen ja deduktiivisen analyysin välillä. Tämä opinnäytetyö on toteutettu induktiivisella sisällön analyysillä, eli aineistolähtöisesti vastakohtana teorialähtöiselle tutkimukselle. Jos useat toisistaan riippumattomat lähteet antavat saman tiedon, voidaan tietoa yleensä pitää luotettavana. (Alasuutari 1999:44).

Toisessa vaiheessa, eli arvoituksen ratkaisemisessa tehdään tulkinta käytettävissä olevien johtolankojen tai vihjeiden perusteella. Tätä vaihetta kutsutaan myös tulosten tulkinaksi. (Alasuutari 1999:44.)

Kirjallisuuskatsaus on katsaus aiemmin tuotettuun tutkimustietoon. Kirjallisuuskatsauksen alkuvaiheessa ensin kuvataan katsauksen aiheena oleva ilmiö ja määritellään tutkimuskysymykset, joihin tutkimustiedon perusteella vastataan. Aineiston keruuvaiheessa kuvataan, miten analysoitava aineisto on löydetty. Aineiston analysointi voidaan toteuttaa esim. ryhmittelemällä tutkimusten tuloksia taulukon avulla. Lopuksi tulokset esitetään ja niistä tehdään yhteenveto ja pohdinta. (Mattila L-R ym. 2008.)

Tässä opinnäytetyössä on liitteenä taulukko analysoidusta aineistosta. (Ks. liite 1.) Taulukon eri sarakkeissa on luettavissa tutkimuksen tekijä, tarkoitus, kohderyhmä eli otos, aineiston keruu ja analysointimenetelmät ja keskeisimmät vastaukset tutkimuskysymyksiin. Toisessa vaiheessa on analyysin avulla saatuja vastauksia eritelty ja tulkittu. Lopuksi on raportoitu tutkimustiedon perusteella saadut tulokset sekä tehty tiivistelmä tutkimustuloksista. Yhteenvedossa tutkimustulokset on jaoteltu kolmeen eri ryhmään: ennaltaehkäiseviin keinoihin, hoitokeinoihin sekä muihin tartuntatauteihin vaikuttamisen keinoihin.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Tartuntatauteihin vaikuttamisen keinot Malawissa

#### 5.1.1 Hiv:n ja aidsin ehkäisy ja hoito Malawissa

Malawissa terveydenhuollon ammattilaisilla on keskeinen rooli hiv:n ehkäisyssä. Sekä terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät, että kunkin ammattilaisen henkilökohtaiset tekijät saattavat kuitenkin toimia esteenä onnistuneelle väestötason hiv:n ehkäisylle. Talashek, ym. (2007) ovat tutkineet niitä esteitä, jotka haittaavat hoitotyöntekijöiden kykyä ehkäistä hiv:tä sekä heikentävät heidän haluaan toimia hiv:n ehkäisyn johtajina ja kehittäjinä. Tutkimuksen kohderyhmänä oli 9 terveydenhuollon hallinnollisissa tehtävissä toimivaa henkilöä ja 200 muuta terveydenhuollon ammattilaista. Tutkimuksessa on käytetty erilaisia lähestymistapoja, kuten henkilökohtaiset haastattelut ja epävirallinen havainnointi. Tutkimuksen mukaan hiv:n ehkäisyssä on oleellista toimia niin, että hiv:hen liittyvää stigmaa voitaisiin välttää ja lisäksi myös henkilökuntaa tuli kouluttaa niin, että se on mahdollisimman hyvin tietoinen hiv:n ehkäisystä. Osa hoitajista oli tutkimuksen mukaan motivoituneita toimimaan hiv:n ehkäisyn johtajina ja kehittäjinä. Hoitajilla oli myös runsaasti parannusehdotuksia, joilla hiv:n ehkäisyä voitaisiin tehostaa. Ehkäisyä varten toivottiin mm. julisteita ja lehtisiä, joita jakaa potilaille. Hoitajien idea oli, että mahdollisesti myös aids-potilaat itse voisivat osallistua terveysneuvonnan antamiseen ja ennaltaehkäisevään työhön. Useat hoitajat toivoivat lisää tietoa hiv:stä, jotta osaisivat paremmin ohjata potilaita. Hoitajat toivat myös esille näkökulman, että heidän omalla käyttäytymisellään on vaikutusta muiden ihmisten käyttäytymiseen, sillä hoitajia saatetaan pitää esikuvina ja heidän käyttäytymistään voidaan jäljitellä. (Talashek ym. 2007.)

Hiv:n ehkäisyyn liittyvät ongelmat ja haasteet on tutkimuksessa jaoteltu sekä yhteiskunnallisiin, että henkilökohtaisiin tekijöihin. Yhteiskunnallisiksi ongelmiksi nimettiin mm. varusteiden, laitteiden ja apuvälineiden puute, mm. hanskoista on pulaa useissa sairaaloissa. Haastatteluun osallistuneiden hoitajien mukaan varustepula heikensi keskeisesti heidän kykyään toimia hiv:n ehkäisemiseksi. Myöskään käytettyjen instrumenttien sterilointi ei aina ole mahdollista. Myös henkilökuntapula luettiin ongelmaksi, haastattelun mukaan sairaalassa saattaa olla jopa 117 potilasta yhtä hoitajaa kohden ja terveydenhuoltopalvelut ovat muutenkin äärimmäisen kuormittuneita aids-potilaiden suuresta määrästä johtuen. Lisäksi myös henkilökunnan koulutustaso koettiin puutteelliseksi, eikä hoitajilla välttämättä ole riittävästi tietoa hiv:stä. (Talashek ym. 2007.)

Hoitavaa henkilökuntaa koskevat henkilökohtaiset tekijät, jotka haittaavat heidän toimintaansa hiv:n ehkäisyssä olivat mm. yleinen toivottomuus ja leimaavat asenteet. Yksittäinen työntekijä saattoi kokea, että hänen työnsä hiv:n ehkäisemiseksi oli merkityksentöntä hiv-epidemian räjähdysmäisen kasvun vuoksi. Henkilökunnalla saattoi myös olla leimaavia asenteita hiv-positiivisia ihmisiä kohtaan ja esimerkiksi kondomien hankkimista saatettiin pitää epäsiiveellisenä. Nämä tekijät luonnollisesti heikensivät sekä kykyä että halua toimia hiv:n ehkäisyn hyväksi. Lisäksi hoitajat saattoivat kokea, etteivät heidän tietonsa hiv:stä olleet riittävät. Myös henkilökunnan seksuaalinen käyttäytyminen saattaa omalta osaltaan lisätä hiv-tartuntoja. Haastattelussa tulee esille, että hoitajat kokevat olevansa tietynlaisina roolimalleina ja heidän käyttäytymistään saatetaan matkia. Jos hoitotyöntekijällä itsellään on runsaasti avioliiton ulkopuolisia suhteita, on mahdollista että myös muut ottavat hänestä mallia. (Talashek ym. 2007.)

Kaponda ym. (2007) ovat tutkineet, miten kehittää kulttuurisesti hyväksyttävä ohjelma, jolla voidaan ehkäistä alaikäisten nuorten hiv-tartuntoja Malawin maaseudulla. Tutkimuksen kohderyhmänä on 199 aikuista ja 196 10–19-vuotiasta malawilaisnuorta. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tutkijat tunnistivat käyttäytymisen, johon liittyy nuorten keskuudessa kohonnut hiv-tartuntojen riski. Projektin toisessa vaiheessa tutkijat keskustelivat kyläyhteisössä siitä, miten esille tullutta tietoa voitaisiin hyödyntää tehokkaasti ja paikallista kulttuuria sekä arvoja kunnioittaen. Aikaisempia hiv:n ehkäisyyn tähtääviä interventioita muokattiin esille tulleen tiedon perusteella. Malawissa on suuri tarve alaikäisten nuorten hiv:n ehkäisylle, mutta interventioiden kehitys on ollut hidasta, koska kulttuurisista syistä johtuen seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhuminen ei ole hyväksyttävää. (Kaponda ym. 2007.) Jotta hiv:n ehkäisyssä onnistuminen olisi mahdollista, on tärkeää että ehkäisyyn tähtäävät erilaiset interventiot soveltuvat paikalliseen kulttuuriin ja arvoihin. Sinällään hyvä ja hyödyllinen ehkäisykeino saattaa osoittautua hyödyttömäksi, ellei se ole kulttuurisesti hyväksyttävä.

Malawilaisissa kouluissa käytetään *Mzake ndi Mzake*-nimistä kirjaa, jonka avulla nuorille kerrotaan seksuaalisuudesta, nuoren kehityksestä ja hiv:stä. Kirjassa annetaan myös tietoa hiv:n ehkäisystä. Tutkimuksen avulla tätä kirjaa voitiin muokata niin, että se soveltuu paremmin paikalliseen kulttuuriin ja siten palvelee paremmin tarkoitusta. Tutkimuksen perusteella tuli esille, että vanhemmat toivoivat tyttöjä ja poikia opetettavan eri ryhmissä ja myös eri ikäryhmille toivottiin erilaista opetusta, mm. alle 15-vuotiaille nuorille ei kerrottu kondomien käytöstä ja alle 13-vuotiaille ei kerrottu seksuaalisuudesta ollenkaan. Nuorille myös opetettiin kriittistä ajattelua ja päätöksen tekoa. Nuoret itse

toivoivat, että kouluissa voitaisiin terveystieteiden tunneilla käyttää apuna videoita, ryhmäkeskusteluja, draamaa, laulua ja jopa tanssia. Sekä aikuiset, että nuoret toivoivat enemmän tietoa ihmisen biologiasta ja lisäksi kouluihin kaivattiin enemmän liikuntaa. (Kaponda ym. 2007)

### 5.1.2 Malarian ehkäisy ja hoito Malawissa

Kazembe, Appleton ja Kleinschmidt (2007) ovat tutkineet, mitä esteitä kunnollisen hoidon saavuttamiseen liittyy malarian oireista kärsivien lasten parissa Malawissa. Hoitoon hakeutuminen oli jaoteltu neljään ryhmään: kotona tapahtuva malarian hoito, avun etsiminen kauppiailta (esim. lääkkeitä on mahdollista saada kaupoista), avun etsiminen sairaalasta tai muusta terveydenhuollon laitoksesta, sekä muut hoitotavat, kuten luonnonlääkintä tai ei hoitoa ollenkaan. Suurin osa lasten vanhemmista käytti lapsen hoidossa ensin jotakin lääkettä ja tämän jälkeen etsi apua terveydenhuollon ammattilaisilta, jonka jälkeen lääkitystä jatkettiin kotona. Ainoastaan luonnonlääkintää käytettiin 4.3 % tapauksista ja 6,4 % vanhemmista ei etsinyt hoitoa ollenkaan. Tutkimuksen mukaan mm. asuinpaikka vaikuttaa siihen, hakeudutaanko hoitoon, ja millaista hoitoa lapselle etsitään. Maaseudulla asuvat vanhemmat suosivat luonnonlääkintää kaupungissa asuvia useammin. Myös vanhempien koulutuksella oli merkitystä, sillä toisen asteen tai sitä korkeamman koulutuksen saaneet vanhemmat hakeutuivat lapsen kanssa useammin sairaalahoitoon, kuin ainoastaan peruskoulutuksen saaneet vanhemmat. Lisäksi vanhempien ikä vaikutti hoitoon hakeutumiseen. Tutkimuksen mukaan terveydenhuoltopalveluiden hyödyntäminen oli suhteellisen vähäistä. Vain 28 % kuumeisista lapsista tuotiin muodollisesti oikeaan hoitoon. (Kazembe ym. 2007.)

Yksi hoitoon hakeutumisen este oli myös kuljetukset. Ne vanhemmat, joilla oli ongelmia kuljetuksen järjestämisessä, valitsivat useammin luonnonlääkinnän tai ei hoitoa ollenkaan. Terveystieteiden neuvonnassa tulisi jatkossa painottaa sitä, että hoitoon tulee hakeutua riittävän nopeasti. Myös hoitoon pääsyä tulee helpottaa ja terveyspalveluiden käyttöä tulee pyrkiä lisäämään. Malarian kotihoitoon tulisi kiinnittää huomiota ja sen laatua tulisi parantaa, sillä useita malariaa sairastavia lapsia hoidetaan kotona. (Kazembe ym. 2007.)

Espon (2002) tutkimuksessa tulee esille, että lapsen sairastuessa infektiosairauteen tyyppistä oli myös, että apua sairauksiin ei haettu ajoissa, tai niitä ei hoidettu ollenkaan. Lasten yleisimpiä kuolemaan johtavia tartuntatauteja olivat mm. malaria ja akuutti hengitystieinfektio. Lapsen sairastuessa infektio-tautiin on myös yleistä, että apua haetaan



luonnonlääkinnästä ja kansanparantajalta. Tutkimuksen mukaan lapsen sairastuessa infektio tautiin yksi kolmasosa perheistä ei hakenut kodin ulkopuolista apua, 16 % perheistä hakee apua luonnonlääkinnästä ja 55 % etsii apua modernin lääketieteen parista. Infektio tautien hoidossa ja ehkäisyssä tähdätään siihen, että yhteisössä tunnistettaisiin tautien oireet ajoissa ja hakeuduttaisiin hoitoon. (Espo 2002: 96–98.)

Ashorn (2003) on tutkinut ja kuvaillut malawilaisten lasten terveydenhoitoon liittyvää käyttäytymistä. Tutkimuksen tarkoituksena on mm. tutkia mitkä lasten terveysongelmista tunnistettiin ja minkälaista hoitoa niihin käytettiin. Lisäksi on tutkittu lapsikuolleisuuden ja erilaisten terveystyökalujen välisiä yhteyksiä sekä mm. sitä, ketkä osallistuvat sairaan lapsen hoitoon. Tutkimuksessa tulee esille, että malawilaisilla lapsilla yleisiä infektio tautteja ovat mm. kuume ja malaria. (Ashorn 2003: 166–173.)

Ashorn (2003) on haastatellut malawilaisia äitejä mm. siitä, minkälaisia käsityksiä heillä oli lastensa tartuntatautien ehkäisykeinoista. 47 % haastatteluun osallistuneista äideistä oli sitä mieltä, ettei lasten sairauksia ole mahdollista ehkäistä ollenkaan. 27 % oli sitä mieltä, että siivoamisella ja huolenpidolla voidaan ehkäistä sairauksia. 6 % mielestä tartuntataudit olivat yhteydessä ruokaan ja juomaan. (Ashorn 2003: 143.)

Kun äitejä haastateltiin siitä, miten he toimisivat lapsen sairastuessa, 50 % heistä kertoi hakevansa ensimmäiseksi apua terveyskeskuksesta. 30 % kertoi hoitavansa lasta lääkkeillä ja 8 % kertoi hoitavansa lasta perinteisillä afrikkalaisilla lääkkeillä. 6 % äideistä hakisi lapsen sairastuessa apua kansanparantajalta ja 4 % vastaajista kertoi yhdistävänsä sekä modernia länsimaista lääketiedettä, että perinteistä afrikkalaista lääkintää. Niitä infektiosairauksia, joita useimmin hoidettiin terveysasemalla, olivat mm malaria ja kuume. Monet haastatteluun osallistuneista äideistä nimesivät jonkun tietyn lääkkeen, jolla toivoivat lastaan hoidettavan. Näitä lääkkeitä olivat mm. Aspirin ja Panadol. Osa äideistä myös kertoi valmistavansa lääkkeitä itse, mm keittämällä juuria tai kylvettämällä lasta lehdissä. (Ashorn 2003: 147–152.)

Ashornin (2003) tutkimuksessa erilaiset tavat hoitaa lasten tartuntatauteja on jaoteltu viiteen eri ryhmään. Näitä ryhmiä ovat: normaali biolääketieteellinen hoito, perinteinen afrikkalainen hoito, moderni, mutta tehoton hoito, ei hoitoa ollenkaan sekä muut hoitotavat. Malarian hoidossa 25 % äideistä käyttää jotakin tiettyä malarian hoitoon tarkoitettua lääkettä ja 24 % hakee lääkkeitä terveysasemalta. Jotain muuta, kuin varsinaisesti malarian hoitoon tarkoitettua lääkettä, kuten Aspirinia ja Panadolia kertoi malarian hoidossa käyttävänsä 22 % vastaajista. 1 % vastaajista kertoi turvautuvansa paikalliseen

parantajaan lapsen sairastuessa malariaan. Näistä hoitokeinoista 52 % perustuu moderniin lääketieteeseen ja 45 % perustuu moderniin hoitoon, mutta osoittautuu tehottomaksi. (Ashorn 2003: 173- 175.)

Oikeanlaisen hoidon saavuttaminen on vahvasti sidoksissa huoltajien käyttäytymiseen. Tiedot sairauksien aiheuttajista olivat puutteellisia ja äidit saattoivat mainita esimerkiksi oikeanlaisen siivoamisen yhtenä keinona ehkäistä sairauksia. Myöskään omasta mielestään äideillä ei ole paljoa tietoa erilaisten sairauksien aiheuttajista eikä siitä, miten sairauksia voitaisiin ehkäistä, esimerkiksi vain 5 % äideistä nimesi hyttyset malarian levittäjiksi. Heillä oli kuitenkin runsaasti erilaisia keinoja, joita käytettiin lapsen sairastuessa ja vain toisinaan sairaus jätettiin kokonaan ilman mitään hoitoa. (Ashorn 2003: 169–179.) Haastattelun osallistuneiden kertomuksista tulee ilmi, että köyhyyttä pidetään yhtenä syynä lasten terveysongelmiin. Köyhyys imeneekin Malawissa monella tapaa, mm. materiaalisten voimavarojen puutteena (Ashorn 2003:208–210.)

### 5.1.3 Tuberkuloosin ehkäisy ja hoito Malawissa

Simwaka ym. (2007) ovat kirjallisuuskatsauksen perusteella luoneet synteesin siitä, kuinka oikeudenmukaista tuberkuloosin hoito Malawissa on ja mitä jatkossa tulisi tehdä, jotta tuberkuloosin hoitoa saataisiin kehitettyä Malawissa. Tutkimuksessa on käytetty monia erilaisia lähestymistapoja, jolla laajaa tutkimusaineistoa on analysoitu. Tutkimuksen mukaan tuberkuloositartunnat ovat lisääntyneet räjähdysmäisesti Malawissa. Vuonna 1985 Malawissa oli noin 5300 tuberkuloositartuntaa, mutta vuonna 2006 tartuntoja oli 28 000. Tuberkuloosin suuri lisääntyminen on yhteydessä hiv:n lisääntymiseen. 77 % tuberkuloosipotilaista on hiv-positiivisia. WHO:n arvion mukaan kuitenkin vain 48 % kaikista tuberkuloositapauksista diagnosoidaan Malawissa. Tämä tarkoittaa, että 52 % tuberkuloosipotilaista ei saa hoitoa sairauteensa Tuberkuloosin diagnosointiin liittyviä ongelmia ovat, mm. se, että diagnoosin saamiseksi potilaan tulee käydä sairaalassa paikan päällä toistuvasti, jonot ovat pitkiä ja vastausten lähettämässä on viivettä. Tämä vähentää köyhien ihmisten kykyä päästä hoitoon ja sitoutua siihen. Tuberkuloosin hoito on myös kallista. Tuberkuloosin diagnosointi on keskitetty aluesairaaloihin, mutta hoitoa toteutetaan maaseudun terveysasemilla (Simwaka ym. 2007.)

Tutkimustulosten mukaan monet eri tekijät vaikuttavat siihen, että vain osa potilaista saa oikeanlaista hoitoa. Osa näistä tekijöistä on yhteydessä terveydenhuoltopalveluihin ja osa liittyy muihin tekijöihin, kuten köyhyyteen, sukupuoleen, maantieteelliseen sijaintiin tai sosiokulttuurisiin tekijöihin. Köyhyys estää ihmisiä hakeutumasta hoitoon,

sillä köyhä ihminen saattaa menettää kokonaisen työpäivän lähtiessään etsimään oikeaa hoitoa tuberkuloosiin. Vähävaraiselle tuberkuloosin hoito saattaa kaiken kaikkiaan maksaa jopa 240 % kuukausipalkasta, vaikka lääkehoito onkin ilmaista. Osa saattaakin hakea apua terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolelta, esimerkiksi paikallisilta kauppiailta on mahdollista ostaa lääkkeitä suoraan. (Simwaka ym. 2007.)

Malawin kansallinen tuberkuloosin hallintaprojekti pyrkii parantamaan tuberkuloosin hoitoa Malawissa. Yksi keino parantaa hoitoa on helpottaa hoitoon pääsemistä siten, että terveyspalveluita on paremmin saatavilla ja että matkustaminen niihin on helpompaa. Toinen keino on helpottaa niitä esteitä, joita potilaat kohtaavat hoidon aikana. DOTS-ohjelmaa, eli lääkkeen oton suoraa valvontaa käytetään Malawissa yleisesti tuberkuloosin hoidossa. Kolmas keino on keskittää tuberkuloosin hoito yhteen hiv:n ja aidsin hoidon kanssa, sillä monet tuberkuloosipotilaat ovat myös hiv-positiivisia. Kansallinen tuberkuloosin hallintaohjelma on kehittänyt tuberkuloosin ja hiv:n hoitoa siten, että näitä yhdistetään. Tuberkuloosipotilaille järjestetään hiv:n vapaaehtoista testausta ja neuvontaa (voluntary counselling and testing) ja tarvittaessa heidät ohjataan antiretroviraalilääkityksen pariin, mikäli he ovat hiv-positiivisia. Tällainen toiminta on oikeudenmukaista, sillä se parantaa kaikkien tuberkuloosipotilaiden mahdollisuuksia päästä vapaaehtoiseen testaukseen, sekä mahdollisuuksia saada tuberkuloosilääkitystä ja tarvittaessa hiv-lääkitystä. (Simwaka ym. 2007.)

Yksi keino ehkäistä tuberkuloosin ja myös muiden tartuntatautien leviämistä ovat rokotukset. Ashorn, Maleta, Espo ja Kulmala (2002) ovat tutkineet, miksi Malawissa kuolleisuus on suurempaa alle 2-vuotiailla pojilla, kuin saman ikäisten tyttöjen parissa. Tutkimustuloksina oli, että mm. rokotukset ovat yksi tekijä, joka vaikuttaa poikien suurempaan kuolleisuuteen. 12 kuukauden ikään mennessä pojista BCG-rokotteen oli saanut 97 % pojista ja tytöistä 98 %. (Ashorn ym. 2002.) Malariaan ja hiv:hen ei toistaiseksi ole olemassa rokotetta, mutta tuberkuloosia sekä muutamia muita tartuntatauteja voidaan ehkäistä tehokkaasti rokotuksilla.

Malawin kansallisen rokotusohjelman lisäksi maassa toimii myös Unicefin laajennettu rokotusohjelma. (Espo 2002). Espo 2002 on tutkinut niitä tekijöitä, jotka aiheuttavat Malawin maaseuduilla korkeaa lapsikuolleisuutta. Tutkimuksen mukaan lapsista 90 % oli rokotettu tuberkuloosia, jäykkäkouristusta ja poliota vastaan. (Espo 2002: 96–98.)

## 5.2 Tartuntatauteihin vaikuttamisen keinot Sambiassa

### 5.2.1 Hiv:n ja aidsin ehkäisy ja hoito Sambiassa

Sambiassa on lukuisia erilaisia kampanjoita, joilla pyritään ehkäisemään hiv:tä. Gordon ja Mwale 2006 ovat tutkineet PEPFAR`n ABY-mallin mukaisia kampanjoita (lyhenne sanoista US President`n Emergency Plan for AIDS Relief, Abstinence, Behavior Change, Youth). Tämän mallin mukaan on luotu useita erilaisia projekteja. Näille projekteille on yhteistä, että nuoria kehoitetaan ensisijaisesti välttämään seksiä avioliittoon asti. Kampanjoissa pyritään huomioimaan myös veriteitse tapahtuvat tartunnat, sekä äidiltä lapselle tapahtuvat tartunnat. Projekteissa pyritään tekemään työtä, jotta leimaavat ja vahingolliset asenteet hiv-positiivisia ihmisiä kohtaan hälvenisivät, ja että myös kondomeja pidettäisiin neutraaleina ehkäisyvälineinä. PEPFAR`n ABY-mallin projekteissa kondomeja ei kuitenkaan koskaan saa pitää ensisijaisena vaihtoehtona hiv:n ehkäisyssä. (Gordon ja Mwale 2006.) Hiv-positiivisiin ihmisiin sekä kondomin käyttöön kohdistuneet leimaavat asenteet voivat olla haitallisia ja vaikeuttaa hiv:n ehkäisyä. Tavalliset ihmiset saattavat välttää kondomin ostamista, mikäli pelkäävät leimautuvansa esim. huumeiden käyttäjiksi. Huomattavaa onkin, ettei hiv missään tapauksessa ole ainoastaan riskiryhmien, kuten suonensisäisten huumeiden käyttäjien ongelma, vaan se koskee koko väestöä.

Toinen hiv:n ehkäisyyn keskittynyt kampanja on nimeltään HEART (Helping Each Other Act Responsibly Together). HEART on sambialaisten nuorten suunnittelema mediakampanja, jolla he pyrkivät saamaan nuoria omaksumaan käytäntöjä, joilla suojautua hiv:ltä. Mediakampanjaa seuranneet nuoret olivat tutkimuksen mukaan 1,61 kertaa muita nuoria todennäköisemmin pidättäytyneet seksistä, kuin ne nuoret, jotka eivät olleet kampanjaa seuranneet. Kampanjaa seuranneet nuoret olivat myös 2.38 kertaa todennäköisemmin joskus käyttäneet kondomia, kuin muut nuoret. (Underwood, Hachonda, Sarlemitsos ja Bharath-Kumar 2004.)

Yksi Sambiassa käytetty tehokas hiv:n ehkäisykeino on parien vapaaehtoinen testaus. Ruandassa ja Sambiassa tehdyssä tutkimuksessa on tutkittu, kuinka saada ihmiset mahdollisimman hyvin osallistumaan vapaaehtoiseen testaukseen. Tuloksista käy ilmi, että pariskunnat osallistuvat testaukseen todennäköisimmin, jos testaus tapahtuu hienotunteisesti valitussa paikassa ja jos he tunsivat testiin pyytäneen henkilön aikaisemmin. Parit osallistuivat testaukseen todennäköisemmin, jos molempia puolisoita pyydettiin testiin samanaikaisesti. Myös sillä on merkitystä pidetäänkö testausta julkisesti kannan-

tettavana. Tutkimus korostaa sitä, että miehet tulisi huomioida paremmin hiv:n ehkäisyssä. Ehkäisy on myös tehokkaampaa, jos molemmat parit testataan. (Allen ym. 2007).

Myös Coatesin, Richterin ja Cacaressin (2008) artikkelissa tulee esille, että vapaaehtoinen testaus ja neuvonta on tehokas keino ehkäistä hiv:n leviämistä Sambiassa. Hiv:n ehkäisyssä voidaan myös käyttää monia erilaisia menetelmiä, joilla pyritään vaikuttamaan ihmisten käyttäytymiseen. Terveysneuvonnalla ja kasvatuksella tähdätään mm. siihen, että ihmiset eivät harrastaisi avioliiton ulkopuolista seksiä tai käyttäisivät kondomia. On olemassa monia erilaisia aidsin ehkäisyyn keskittyneitä ohjelmia, näitä ovat mm. PEPFAR`n ABY-mallin mukaiset ohjelmat. (Coates ym. 2008.)

Magnani ym. (2001) erittelevät tutkimuksessaan niitä käyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä, jotka altistavat sambialaiset nuoret hiv-tartunnoille. Tutkimuksen mukaan sekä hiv:lle altistavat, että hiv:ltä suojaavat tekijät ovat yhteydessä moniin seikkoihin. Mm. koulunkäynti ja tietoisuus aidsista ovat yhteydessä vähempään seksuaaliseen aktiivisuuteen ja kondomin käyttöön. Tutkimuksessa tulee ilmi, että nuori on suuremmassa riskissä saada hiv-tartunnan, mikäli hänen läheiset ystävänsä käyttäytyvät riskialttiisti. Tutkimuksen mukaan ystävillä on runsaasti vaikutusta nuoren riskikäyttäytymiseen. Vanhemmilla ja sosiaalisilla instituutioilla ei kuitenkaan ole riskikäyttäytymistä vähentävää vaikutusta.

Sambian terveysministeriö on tarjonnut ilmaista antiretroviraaliterapiaa kaikille hiv-positiivisille pääkaupungissa Lusakassa vuoden 2004 alusta. (Murray ym. 2008.) Ilmaisen lääkityksen tarjoamiseen liittyy kuitenkin ongelmia, sillä kaikki eivät halua käyttää lääkitystä. Murray ym. (2008) ovat tutkineet syitä siihen, miksi naiset eivät halua käyttää antiretroviraaliterapiaa. Lääkityksestä kieltäytymisen ja lääkityksen keskeyttämisen syyt ovat tutkimuksen mukaan usein kulttuurisidonnaisia. Naiset mm. pelkäävät, että aviomies saattaisi reagoida kielteisesti, mikäli nainen käyttää ARV-lääkitystä. Lääkitykseen käyttäminen koko loppuelämän ajan saattaa tuntua liian sitovalta, eikä lääkitystä siksi aloiteta olleenkaan. Naiset myös saattavat lopettaa lääkityksen kesken, mikäli heidän vointinsa paranee ja he kokevat olevansa terveitä. Myös fatalistinen asenne ja toivottomuus olivat yleisiä naisten keskuudessa - he kokivat olevansa valmiita kuolemaan. (Murray ym. 2008). Tällaisella käyttäytymisellä on tietenkin vaikutusta Sambian aidskuolleisuuteen. Jatkossa tulisikin kiinnittää enemmän huomiota terveysneuvontaan. Sekä Aidsista, että antiretroviraaliterapiasta tarvittaisiin enemmän asiallista tietoa. Myös

sambialaiseen kulttuuriin liittyvät käsitykset sairaudesta ja lääkityksestä tulee huomioida.

### 5.2.2 Malarian ehkäisy ja hoito Sambiassa

Baume, Helizer ja Kachur (2000) ovat tutkineet niitä esteitä, joita kunnollisen hoidon saavuttamiseen liittyy sambialaisilla lapsilla, joilla on malarian oireita. Tutkimuksen mukaan mm. etäisyys terveysasemasta ja muista terveyspalveluista vaikuttaa siihen, tuodaanko lasta ollenkaan hoitoon vai ei. Myös kuljetus terveyspalveluihin saattaa olla kallista, ja siksi lapsi ei ehkä saa hoitoa ollenkaan. Tutkimuksen mukaan myös perinteistä afrikkalaista lääketiedettä ja luonnonlääkintää käytetään runsaasti. Voimakkaista malarian oireista kärsivät lapset tuodaan todennäköisemmin terveysasemalle, kun taas lievemmistä oireista kärsiviä lapsia hoidetaan luonnonlääkinnällä. Malariaan liittyviä kouristuksia saatetaan myös pitää noituutena ja apua niihin voidaan hakea erilaisilta uskonnollisilta parantajilta. Yleisesti malarian hoidossa Sambiassa käytetään rinnakkain sekä länsimaista lääketiedettä, että perinteistä afrikkalaista lääkintää. (Baume ym 2000.)

Baumen ym (2000) tutkimuksessa malarian hoito on jaoteltu neljään eri ryhmään, Ensimmäinen ryhmä on kotihoito. Tämä voi sisältää joko modernia lääketiedettä tai traditionaalista lääkintää ja hoitoa. Toinen vaihtoehto on, että lapsi viedään terveysasemalle saamaan hoitoa. Kolmas vaihtoehto on kansanparantajaan ja luonnonlääkintään turvautuminen ja neljäntenä vaihtoehtona on kunnallinen, koulutettu terveystyöntekijä (community health worker).

Sambian terveystieteiden ministeriön suositus malarian hoitoon on käyttää ensisijaisesti chloroquinea. Mikäli tämä hoito epäonnistuu, toissijainen vaihtoehto on sulfadoxinepyrimethamine. Chloroquine otetaan kolmen päivän kuuri joko tabletteina tai injektioina. Lisäksi käytetään kuumetta alentavaa lääkettä. Useimmat sambialaiset potilaat eivät kuitenkaan saa täyttä kolmen päivän kuuria, sillä lääkkeiden saatavuudessa on suuria ongelmia. Ihmiset eivät välttämättä ymmärrä täyden lääkekuurin merkitystä, vaan lääkitys lopetetaan usein heti, kun vointi alkaa parantua. Ne, joiden oireet jatkuvat chloroquinekuurista huolimatta saavat vain harvoin terveystieteiden ministeriön suosittelemaa toissijaista vaihtoehtoa, sulfadoxinepyrimethaminea. Myös lääkkeiden väärä annostus on erittäin suuri ongelma. Lääkkeitä käytetään usein puutteellisella annoksella tai vaarallisen korkealla annostuksella. Tutkimuksen mukaan edes hoitotyöntekijät itse eivät välttämättä ymmärrä kuinka tärkeää on huolehtia oikeasta annostuksesta ja sitä, että koko kuuri otetaan loppuun. Sambiassa on myös tapana, että kun äiti antaa lapselle lääkettä ja lap-

sen oireet alkavat hellittää, loput lääkkeestä laitetaan säästöön, siltä varalta, että lapsen oireet palaavat tai joku toinen lapsista sairastuu. (Baume ym. 2000.) Näin lapsi ei koskaan saa kokonaista lääkekuuria, ja taudista paraneminen on hyvin epävarmaa.

Lisäämällä hoitajien koulutusta ja potilaiden terveysneuvontaa voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa siihen, että useammat sambialaislapset saisivat kunnollista ja tehokasta hoitoa malariaan. Koulutuksella voitaisiin vaikuttaa ainakin siihen, että ihmiset osaisivat huolehtia lääkityksestä ja sen oikeasta annostuksesta. Kulttuuriin liittyvät käsitykset myös saattavat toimia esteenä hyvän hoidon saavuttamiselle, mikäli sairautta pidetään noituutena ja apua haetaan ensisijaisesti uskonnollisilta parantajilta, tähänkin olisi mahdollista vaikuttaa lisäämällä koulutusta ja terveysneuvontaa. Myös köyhyys ja pitkät etäisyydet terveyspalveluista heikentävät lapsen mahdollisuuksia saada hoitoa malariaan. Lisäksi lääkkeiden huono saatavuus ja jatkuva lääkepuula ovat suuria ongelmia. Tutkimuksessa lisätään, että malariaan ei toistaiseksi ole olemassa rokotetta, eikä tautia levittävien hyönteisten hävittäminen ole mahdollista useimmilla endeemisillä alueilla. (Baume ym. 2000).

### 5.2.3 Tuberkuloosin ehkäisy ja hoito Sambiassa

Ghandan ja Gosnellin 2006 artikkelissa on kuvailtu Sambian erilaisia tuberkuloosin hallintaohjelmia. Keskeisessä roolissa tuberkuloosin ehkäisyssä on rokottaminen. Sambiassa toimii useita eri rokotusohjelmia, näitä ovat mm. UNICEF:in rokotusohjelma, Japan international cooperation agency eli JICA ja global alliance for vaccine immunizations eli GAVI ja WHO. Näillä rokotusohjelmilla ehkäistään tuberkuloosin lisäksi myös muita tartuntatauteja.

Sambian terveysministeriö on omaksunut WHO:n suositteleman DOTS-ohjelman (Directly observed treatment shortcourse). DOTS-ohjelman viisi tukipilaria ovat poliittinen tahto, tuberkuloosidiagnosointi yskösnäytteistä, tuberkuloosilääkkeiden jatkuva saatavuus, dokumentointi ja raportointi sekä lääkehoidon kontrollointi siten, että hoitaja valvoo lääkenoton (Ghanda ja Gosnell 2006.) Tähän ohjelmaan kuuluu mm. se, että hoitaja on läsnä potilaan ottaessa lääkkeensä ja valvoo jokaisen tabletin oton. Hoito voidaan järjestää esimerkiksi siten, että potilas käy säännöllisin väliajoin terveysasemalla ottamassa lääkkeitä valvotusti. Terveysministeriön mukaan kaikkien tuberkuloosipotilaiden tulisi saada ilmaista hoitoa. (Ghanda ja Gosnell 2006).

DOTS-ohjelman lisäksi Sambiassa on käynnissä runsaasti erilaisia tuberkuloosin hallintaohjelmia, näitä ovat mm. tb-council ja health care package ja home based care givers.

Tuberkuloosiin on saatavilla kuusi eri lääkevalmistetta. Näitä ovat ethambutal, pyrazinamide, isoniazid, rifampicin, rifanah ja streptomycin. Joissakin tapauksissa voidaan käyttää myös kemoterapiaa. Hoitoon liittyviä esteitä ovat mm taloudellinen tilanne, kulttuuriin ja koulutukseen liittyvät esteet ja sairauteen liittyvä sosiaalinen stigma. (Ghanda ja Gosnell 2006)

Sambian aikuisväestöstä 16,5 % on hiv-positiivisia ja tuberkuloosi on hiv-potilaiden yleisin kuolinsyy. Tutkimuksessa tulee ilmi, että myös sosioekonomisilla tukitoimenpiteillä ja koulutuksella voidaan vaikuttaa tuberkuloosiin hoitoon ja ehkäisyyn. Sosioekonomisilla tukitoimenpiteillä on vaikutusta tuberkuloosin lisäksi myös muihin tartuntatauteihin. Esim. tieyhteyksillä on vaikutusta siihen, hakeutuvatko ihmiset ollenkaan hoitoon. Jatkossa huomiota pyritään kiinnittämään erityisesti siihen, miten hoitotyöntekijöiden tuberkuloositartunnat saataisiin ehkäistyä. (Ghanda ja Gosnell 2006.)

### 5.3. Yhteenveto tutkimustuloksista

Tässä yhteenvedossa on kirjallisuuskatsauksen perusteella saadut tutkimustulokset jaoteltu kolmeen eri kategoriaan. Yhteenvedossa luokittelu on tehty erilaisten vaikuttamiskeinojen perusteella, eikä sen perusteella, mihin infektiosairauteen ne kohdistuvat. Näin tutkimustuloksista muodostuu selkeämpi ja helpommin hallittava kokonaiskuva. Tutkimustuloksista on poimittu erilaisia tartuntatauteihin vaikuttamisen keinoja ja ne on luokiteltu ennaltaehkäiseviin keinoihin, hoitaviin keinoihin, sekä muihin tartuntatauteihin vaikuttamisen keinoihin. Yhteenvedon lopuksi on tuloksista laadittu kuvio (Ks. kuvio 1), näin lukijan on helpompi hahmottaa kokonaiskuva. Koska tartuntatauteihin vaikuttamisen keinot ovat saman tyyppisiä Malawissa ja Sambiassa, yhteenvedossa molemmat valtiot on käsitelty yhdessä.

Analysoidun aineiston mukaan tartuntatauteihin voidaan vaikuttaa monella eri tavalla ja keinoja on runsaasti. Tartuntatautien ehkäisyyn ja hoitoon liittyy kuitenkin myös runsaasti ongelmia.

#### 1) ehkäisevät keinot

Tartuntatautien ehkäisyssä käytetään yleisesti erilaisia kampanjoita ja projekteja. Sekä Malawissa, että Sambiassa toimii kampanjoita, joilla pyritään ehkäisemään tartuntatautien leviämistä. (Underwood ym. 2006; Gordon ja Mwale 2006; Kaponda ym. 2007, Coates ym. 2008.) Kampanjoilla pyritään mm. lisäämään tietoa tartuntataudeista ja sitä kautta vaikuttamaan ihmisten käyttäytymiseen. Lisäksi yksi tehokas keino, jolla hiv:n



leviämistä voidaan vähentää, on vapaaehtoinen testaus ja neuvonta. (Allen ym. 2007, Simwaka ym. 2007, Coates ym. 2008). Testausta ja neuvontaa voidaan antaa joko pariskunnille, tai yksittäisille ihmisille. Koululla ja kouluissa annettavalla terveystieteiden kasvatuksella sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamalla terveysneuvonnalla on vaikutusta hiv-tartuntojen ehkäisyssä. ( Kaponda ym. 2007; Magnani ym. 2001; Talashek ym. 2007) Oleellista hiv:n ehkäisyssä on stigmatisoitumista vastaan taisteleminen. (Ghanda ja Gosnell 2006; Talashek ym. 2007; Gordon ja Mwale 2006; Murray ym. 2008.) Hiv:n lisäksi myös tuberkuloosin ehkäisemiseksi on olemassa lukuisia kampanjoita (Ghanda ja Gosnell 2006, Simwaka ym. 2007).

Yksi keino jolla tartuntatauteja voidaan ehkäistä, on rokotukset. ( Espo 2002; Ashorn ym. 2002; Ghanda ja Gosnell 2006.) Hiv:hen ja malariaan ei toistaiseksi ole olemassa rokotetta, mutta rokotuksilla voidaan ehkäistä mm. tuberkuloosia ja muutamia muita infektiosairauksia. Molemmissa maissa on kansallisen rokotusohjelman lisäksi myös muita rokotusohjelmia, kuten UNICEF ja WHO. ( Ghanda ja Gosnell 2006; Espo 2002; )

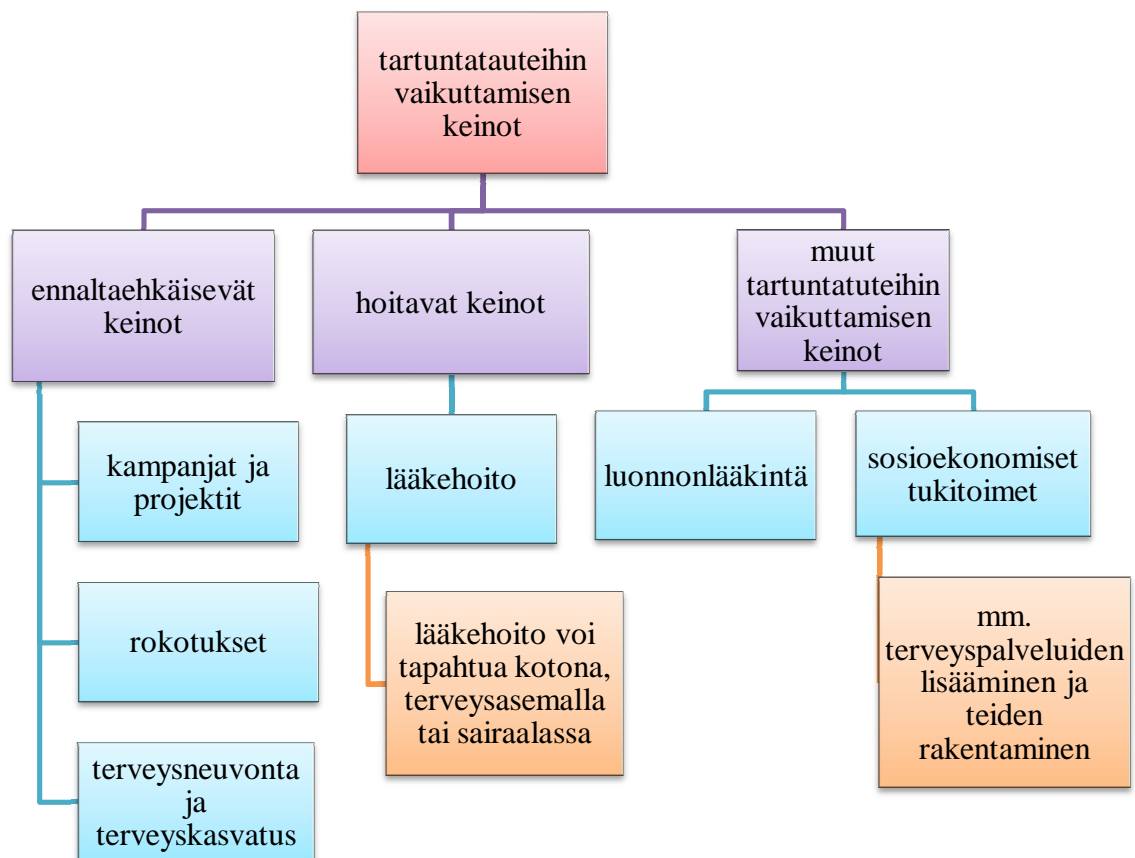
## 2) hoitavat keinot

Tartuntatauteja voidaan hoitaa lääkehoidolla. Hiv:hen on saatavilla antiretroviraalilääkitystä. (Murray ym. 2008; Simwaka ym. 2007.) Antiretroviraalilääkitys on ilmaista Sambian pääkaupungissa Lusakassa. (Murray ym. 2008.) Infektiotautien lääkehoitoon kuitenkin liittyy ongelmia, sillä lääkkeitä on pulaa, eikä lääkkeitä välttämättä osata käyttää oikein. (Ashorn 2003: 166–180.; Baume ym. 2000;) Myöskään kulttuurisista syistä johtuen kaikki eivät halua käyttää lääkitystä. (Murray ym. 2008.) Sekä Malawissa, että Sambiassa tuberkuloosin lääkehoito on ilmaista. Molemmissa maissa käytetään tuberkuloosin hoidossa DOTS-ohjelmaa, eli lääkkeenoton suoraa valvontaa (Ghanda ja Gosnell 2007; Simwaka ym. 2007.)

## 3) Muut tartuntatauteihin vaikuttamisen keinot

Monessa tutkimuksessa tuli esille, että kummassakin maassa käytetään tartuntatautien hoidossa yleisesti kansanparantajia ja erilaista luonnonlääkintää. ( Espo 2002; Ashorn 2003; Baume ym. 2000; Kazembe ym. 2007. ) Tätä käytetään sekä sairauksien ehkäisyssä, että hoidossa. Myös erilaisilla sosioekonomisilla tukitoimenpiteillä voidaan vaikuttaa tartuntatauteihin. (mm. Kazembe ym. 2007; Simwaka ym. 2007; ) Näitä keinoja ovat mm. teiden rakentaminen hoitoon kulkemisen helpottaminen (Kazembe ym. 2007;

Simwaka ym 2007), sekä köyhyiden lievittäminen ja terveyspalveluiden käytön lisääminen (Kazembe ym. 2007; Ashorn 2003; Ghanda ja Gosnell 2006).



KUVIO 1 Yllä olevassa kuviossa on kuvattu tartuntatauteihin vaikuttamisen keinoja Malawissa ja Sambiassa.

## 6 POHDINTA JA TULOSTEN TARKASTELU

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, millaisin keinoin tartuntatauteihin pyritään vaikuttamaan Malawissa ja Sambiassa. Kirjallisuuskatsauksen perusteella löytyi monia erilaisia tartuntatauteihin vaikuttamisen keinoja, jotka on tässä tutkielmassa jaoteltu kolmeen eri yläkategoriaan. Opinnäytetyö on luotettava, sillä analysoitua aineistoa on melko runsaasti ja se on valittu huolellisesti, lähdekritiikkiä käyttäen. Kaikki 15 tieteellistä tutkimusta ovat ilmestyneet 2000-luvulla. Tutkimusartikkelit on myös julkaistu arvostetuissa tieteellisissä lehdissä, ja niitä voidaan pitää luotettavina lähteinä. Tutkimuksista osa on hoitotieteellisiä ja osa lääketieteellisiä tutkimuksia. Eri tutkimuksissa on myös käytetty vaihtelevasti erilaisia tutkimusmetodeja, mm. kirjallisuuskatsausta ja haastattelututkimusta. Tämän ansioista aihetta ei ole tarkasteltu ainoastaan yhdellä tavalla, vaan monipuolisesti useista eri näkökulmista.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa niille opiskelijoille, jotka suunnittelevat lähtevänsä kansainväliseen vaihtoon Malawiin tai Sambiaan. Uskon, että opinnäyte pysyy vastaamaan tähän tavoitteeseen ja sitä voidaan hyödyntää vaihtoon lähtevien opiskelijoiden ohjauksessa. Opinnäytteessä on tullut runsaasti esille sellaista tietoa, jota opiskelija voi tarvita Malawissa tai Sambiassa toimiessaan. Näin ollen opinnäytetyö on saavuttanut tavoitteensa ja voi toimia ikään kuin apuvälineenä vaihtoon lähtöä suunnittelevalle opiskelijalle.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa arvioidaan sekä reliabelisuutta, että validiutta. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa sitä, että mittaustulokset ovat toistettavissa, eivätkä tutkimustulokset ole sattumanvaraisia. Toinen tutkimuksen arvioinnissa huomioitava seikka on tutkimuksen validius. Validius tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä mitä on tarkoitus mitata. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2000: 213.) Uskon, että tämä tutkielma on sekä reliabeli, että validi. Opinnäytteessä on vastattu tutkimuskysymyksiin yksityiskohtaisesti. Analyysiä tehdessä myös muuta tietoa, kuten tartuntatautien hoitoa vaikeuttavia ongelmia löytyi runsaasti. Tutkielmassa on sivuttu myös näitä aiheita, mutta niitä ei kuitenkaan ole nostettu varsinaisiksi tutkimuskysymyksiksi. Ylimääräistä tietoa ei myöskään ole huomioitu varsinaisten tutkimuskysymyksiensä kustannuksella.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan huolellinen kuvaus tutkimuksen suorittamisesta lisää luotettavuutta. Tämä koskee jokaista tutkimuksen vaihetta. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2000: 214.) Tässä opinnäytteessä olen kuvannut jokaisen opinnäytteen teko

vaiheen huolellisesti. Opinnäytteestä on nähtävillä, miten tietoa on haettu ja miten sitä on analysoitu sekä ryhmitelty. Olen pyrkinyt toimimaan mahdollisimman läpinäkyvästi, jotta tutkielma olisi luotettava.

Yksi seikka, joka mahdollisesti saattaa vaikuttaa tutkimustuloksiin on se, että osassa tutkimuksia oli tartuntatauteja käsitelty lasten ja nuorten kannalta. Vaikka pyrin ensisijaisesti löytämään koko väestöä koskevia tutkimuksia, ei niitä lukuisista yrityksistä huolimatta ollut aina helppoa löytää. Toisaalta tämä ei kuitenkaan välttämättä vaikuta koko tutkielman luotettavuuteen. Malariaa käsittelevissä tutkimuksissa oli taas usein tutkittu niitä potilaita, joilla on malarian oireita tai vain kuumetta. On mahdollista, että kaikki nämä potilaat eivät olekaan sairastaneet varsinaista malariaa, vaan jotakin muuta kuumetta aiheuttavaa infektiosairautta. Tämä on saattanut vaikuttaa lähdeaineiston luotettavuuteen.

## 6.2 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimuksen tekoon liittyy erinäisiä tutkimuseettisiä vaatimuksia. Huomiota vaativia seikkoja ovat mm. tutkimusaiheen valinta sekä epärehellisyyden välttäminen tutkimustyön kaikissa osavaiheissa. Epärehellisyyden välttäminen tarkoittaa mm. sitä, että toisen tekstiä ei plagioida, toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä, eikä tuloksia yleistetä kriittömästi tai sepitellä. Myöskään raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2000: 25–28.)

Opinnäytteen aiheen valintaan ei varsinaisesti liittynyt mitään tutkimuseettisiä ongelmia. Tutkielmaa tehdessä olen pyrkinyt noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytettä tehdessä olen myös huolehtinut tutkimuseetiikan toteutumisesta mm. siten, että olen merkinnyt lähteet huolellisesti ja huolehtinut siitä, että kaikki opinnäytetyössä esitetyt johtopäätökset pohjautuvat lähdekirjallisuuteen. Opinnäytteessä on muodostettu synteesi aikaisemmin tulkittua tiedosta.

## 6.3 Jatkotutkimusaiheita

Kirjallisuuskatsausta laatiessa tuli jatkuvasti esille, mitä ongelmia tartuntatautien ehkäisyyn liittyy ja minkä tyyppiset asiat toimivat esteenä onnistuneelle terveydenhuollolle. En kuitenkaan omassa työssäni ole ensisijaisesti tarkastellut tätä. Sen sijaan tästä aiheesta voisi saada hyvän jatkotutkimusaiheen. Jo pelkästään tartuntatautien ehkäisylle sekä hoidolle esteenä toimivien sekä yhteiskunnallisten, että yksilötason esteiden tarkastelusta voisi saada mielenkiintoisen aiheen uudelle opinnäytteelle. Yksi mahdollisuus olisi

esimerkiksi tutkia niitä seikkoja, jotka haittaavat aidsin ehkäisyä ja hoitoa Malawissa ja Sambiassa. Tartuntatautiin lisäksi myös muiden yleisten kuolinsyiden yksityiskohtainen tutkiminen ja erittelemine voi olla hedelmällinen jatkotutkimusaihe.

#### 6.4 Yhteenveto ja tulosten tarkastelu

Tutkimustulokset on raportoitu siten, että kukin tartuntatauti on käsitelty kerrallaan ja siinä järjestyksessä, kuinka yleisiä nämä taudit ovat Malawissa ja Sambiassa. WHO:n mukaan yleisiä tartuntatauteja sekä Malawissa että Sambiassa ovat hiv, alahengitystieinfektiot, malaria, ripulitaudit sekä tuberkuloosi. (WHO 2010 ja WHO 2009.) Hakusanoilla ei kuitenkaan löytynyt varsinaisesti hengitystieinfektioita tai ripulitautia käsitteleviä artikkeleita. Siksi jätin nämä infektioaudit käsittelemättä ja olen omassa tutkielmassani jaotellut tutkimustulokset hiv:n malarian sekä tuberkuloosin ehkäisyn ja hoidon mukaan. Muutamissa tutkimuksissa on kuitenkin saatettu sivuta myös muita yleisiä tartuntatauteja, joten niistä on mainittu tulosten kohdalla. Yhteenvedossa on tutkimustulokset jaoteltu sen perusteelle, mitä keinoja tartuntatautiin vaikuttamiseen käytetään. Kolme eri kategoriaa ovat tartuntatauteja ennaltaehkäisevät keinot, hoitavat keinot sekä muut tartuntatauteihin vaikuttamiseen keinot. Yhteenvedon avulla tutkimustulokset on ryhmitelty ja pelkistetty helpommin hallittavaan muotoon. Tämä parantaa mielestäni tutkielman hyödynnettävyyttä, sillä näin tutkimustulokset ovat selkeämmin nähtävillä ja lukijan on helpompi hahmottaa ne.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoinen ja opettavainen prosessi. Kirjallisuuskatsauksen laatiminen on ollut erittäin työlästä ja aikaa vievää, sillä tiedonhakuvaiheessa löytyi todella paljon artikkeleita, jotka olisivat nimensä puolesta sopineet lähdeaineistoksi. Vaikka tieteellistä tutkimustietoa löytyi runsaasti, ei kaikki ollut sellaista, joka olisi sopinut opinnäytteeseen. Monet artikkelit olivat myös sellaisia, että vaikka tiivistelmä ja otsikko olisivat sopineet opinnäytetyön aiheeseen hyvin, ei tutkimus kuitenkaan kokonaisuudessaan vastannut omiin tutkimuskysymyksiini riittävän hyvin. Osa artikkeleista oli myös sellaisia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin hyvin, mutta eivät olleet tieteellisiä. Tämä on lisännyt työmäärää runsaasti ja hidastanut työntekoa, sillä pitkien tutkimusten lukeminen on ollut hidasta ja aikaa vievää.

Opinnäytetyön teko on muistuttanut kuin suuren palapelin kokoamista. Pikku hiljaa ja vaihevaiheelta on aluksi haasteelliselta tuntuneesta tehtävästä alkanut muodostua selkeämpi ja yksityiskohtaisempi kuva. Opinnäytteen tekeminen on ollut rankkaa, mutta myös palkitsevaa. Työn tekeminen on ollut myös erittäin opettavaista ja olenkin oppinut

mm. hakemaan tietoa eri tietokannoista, analysoimaan ja ryhmittelemään tietoa sekä raportoimaan tutkimustuloksia. Opinnäytteen tekeminen on myös antanut lisää valmiuksia sekä lisännyt mielenkiintoa jatko-opintoja kohtaa. Kaiken kaikkiaan opinnäyte-työprosessi on ollut mielenkiintoinen ja haasteellinen.

## 7 LÄHTEET

- Alasuutari, Pertti 1999: *Laadullinen tutkimus*. Gummerus Oy: Tampere.
- Allen S, Karita E, Chomba E ym. 2007: *Promotion of couples`voluntary counselling and testing for HIV through influential networks in two African capital cities*. BMC Public Health 2007. 7:349.
- Ashorn P, Maleta K, Espo M and Kulmala T (2002): *Male-biased mortality among 1-2 year old children in rural Malawi*. Archives of Disease in Childhood 87:386-387.
- Ashorn, Ulla 2003: *Child health-seeking in Lungwena, Malawi* Tampere: Tampere University Press, 2003
- Baume C, Helizer D and Kachur SP (2000): *Patterns of care for childhood malaria in Zambia*. Social Science and Medicine, 51:1491-1503
- Chanda D. Gosnell DJ: *The impact of tuberculosis on Zambia and the Zambian work force*. Online J Issues Nurs.2003 Jan 31; 11(1):4
- Central statistical office Zambia: republic of Zambia 2007. Verkkodokumentti <<http://www.zamstats.gov.zm/>> Luettu 17.3.2010
- CIA 2010: The World fact book, Malawi. Verkkodokumentti. Päivitetty 4.2.2010 <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mi.html>> Luettu 3.3.2010.
- CIA 2010: The world fact book, Zambia. Verkkodokumentti. Päivitetty 4.2.2010 <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/za.html>> Luettu 3.3.2010.
- Coates Thomas, Richter Linda, Cacaes Carlos 2008: Behavioral strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. Lancet 2008 August 23: 372 (9639): 669-684.
- Espo M 2002: *Infant mortality and its underlying determinants in rural Malawi*. Tampere: University Press, 2002
- Experiences with primary health care in Zambia* / Edited by Joseph M. Kasonde, John D. Martin. Geneva: World Health Organization, 1994
- Gordon G, Mwale V: *Preventing HIV with Young People: A Case Study from Zambia*. Reproductive Health Matters 2006; 14(28) 68–79.
- Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko ja Sajavaara Paula 2000: Tutki ja kirjoita. Tummavuoren kirjapaino. Vantaa 2000.
- Kaponda PN, Dancy BL, Norr KF, kachingwe SI, Mbemba MM, Jere DL: Reseach brief: *Community consultation to develop an acceptable and effective adolescent*

- HIV prevention intervention*. Journal of the association of nurses in AIDS care 2007; 18 (2): 72-77.
- Kazembe L, Appleton C, and Kleinschmidt I: Choice of treatment for fever at household level in Malawi: examining spatial patterns Malaria Journal. 2007; 6: 40. Published online 2007 April 10. doi: 10.1186/1475-2875-6-40.
- Koski P. 2008: *Hoitotyön opiskelijoiden ohjatun harjoittelun kehittäminen Malawissa ja Sambianssa 2008–2010 (DeCliTu-projekti)*. Diaesitys. Metropolia-ammattikorkeakoulu.
- Magnani R, Karim A, Weiss L et al 2001: *Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia*. Journal of Adolescent Health 2002; 30 (1):766-86.
- Maimbolwa MC, Sikazwe N, Yamba B, Diwan V, Ransjö-Arvidson AB: *Views on involving a social support person during labor in Zambian maternities*. Journal of Midwifery Womens Health 2001. Jul-Aug 46(4):226-34.
- Mattila L-R, Rekola L Vuorijärvi A. 2008: *Kirjallisuuskatsaus ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä*. Verkkodokumentti. Metropolia-ammattikorkeakoulu
- Murray LK, Semrau K, Mc Curley E, Thea DM et al: *Barriers to acceptance and adherence of antiretroviral therapy in urban Zambian women*. AIDS care 2009; 21 (1):78–86.
- National statistical office of Malawi 2008: The Malawi Socio-Economic Database. Verkkodokumentti <<http://www.nso.malawi.net/>> Luettu 16.3.2010.
- Shemeikka, Riikka, Alkio Paula 2005: *Aids Afrikassa: tietopaketti HIV/aids-tilanteesta*. Väestöliitto: Helsinki.
- Simwaka B, George Bello, Hastings Banda, Rhehab Chimzizi, Bertel SB Squire, and Sally J Theobald: The Malawi National Tuberculosis Program: an equity analysis. International journal of Equity Health. 2007; 6: 24.
- Talashak ML, Kaponda CP, Jere DL, Kafulafula U, Mbemba MM McCreary LL ja Norr K: *Identifying What rural health Workers in Malawi need to become HIV prevention leader* J Assoc Nurses AIDS Care. 2007 Jul-Aug; 18(4):1-50.
- Tilastokeskus 2009: Kansainvälisen tiedon tietokannat. Verkkodokumentti. Päivitetty 8.6. 2009. <<http://pxweb2.stat.fi/Dialog/Saveshow.asp>> Luettu 16. 32010.
- Underwood C, Hachonda H, Serlemitos E, Bharath-Kumar U: *Reducing the risk of HIV transmission among adolescents in Zambia: Psychosocial and behavioral correlates of viewing a risk-reduction media campaign*. Journal of Adolescent Health 2006 38(1):55e1-55e13.
- Vitols MP, du Plessis E, Ng`andu O: *Mitigating the plight of hiv-infected and –affected nurses in Zambia*. Int. Nurs. Rev. 2007 Dec; 54 (4):375–82.



WHO 2010: Mortality country fact sheet 2006, Malawi. Verkkodokumentti.

<[http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort\\_afro\\_mwi\\_malawi.pdf](http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_afro_mwi_malawi.pdf)> Luettu  
3.3.2010

WHO 2009: Country health system fact sheet 2006 Zambia. Verkkodokumentti.

<<http://www.afro.who.int/en/zambia/who-country-office-zambia.html>> Luettu  
3.3.2010.

## LIITE 1: Taulukko analysoiduista lähteistä

tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi, maa jossa tutkimus on tehty	tarkoitus	kohderyhmä	aineiston keruu ja analysointi	tulokset
Talashak M, Kapon-da C, Jere D, Kafu-fula U, Mbemba M, Mc Creary ja Norr K 2007: Identifying what rural health workers need to become HIV prevention leaders. Malawi	Kuvailla niitä esteitä, jotka haittaavat terveydenhuollon ammattilaisten kykyä ehkäistä hiv:tä sekä heidän haluaan toimia hiv:n ehkäisyn johtajina ja kehittäjinä	9 terveydenhuollon hallinnossa toimivaa henkilöä ja 200 muuta terveydenhuoltoalan ammattilaista	kvalitatiivinen kuvaileva tutkimus. Tutkimuksessa on käytetty erilaisia lähestymistapoja, kuten henkilökohtaiset haastattelut ja epävirallinen havainnointi	Henkilökohtaiset tekijät: hoitohenkilökunta pelkää hiv-tartuntoja (mm. neulanpistotapaturmat), toivottomuus, leimaavat asenteet, aukot tiedoissa, seksuaalinen käyttäytyminen  yhteiskunnalliset tekijät: varusteiden ja laitteiden puute (mm. hanskat), henkilökuntapula, sairaanhoitopalvelut ovat ylikuormittuneet, henkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa hiv:stä.  Hoitajilla on myös runsaasti kehittämissideoita ja halua toimia hiv:n ehkäisemiseksi.
Ashorn P, Maleta K, Espo M, Kulmala T 2002: Male biased mortality among 1-2 year old children in rural Malawi	tutkia miksi kuolleisuus on yleisempää alle 2-vuotiaiden poikien keskuudessa, kuin samanikäisten tyttöjen keskuudessa Malawin maaseudulla	795 raskaana olevaa naista ja 813 lasta, joista 767 syntyi elävinä	yhteiskuntapohjainen kohorttitutkimus. Kohderyhmää seurattiin tiiviisti synnytyksiin asti. Tutkimusassistentit haastattelivat vanhempia ja tutkivat lapset kuukausittain. Rokotteisiin liittyvät tiedot kerättiin vanhemmilta ja terveysasemilta	kuolleisuuden epäillään johtuvan siitä, että pojilla aliravitsemus on yleisempää kuin tytöillä. Pojat myös joutuvat useammin onnettomuuksiin ja heitä on rokotettu vähemmän. Rokotuksilla on tärkeä merkitys lasten infektioautien ehkäisyssä.
Ashorn U 2003: Child health-seeking in Lungwena Malawi. Malawi	kuvailla käyttäytymistä, joka liittyy lasten terveydenhuoltoon	1) avainhenkilöiden haastattelut (mm opettajia ja synnytysavustajia)  2) teemahaastattelu (äitejä)  3) lomakehaastattelu (164 naista, joilla	Tutkimus perustuu Lungwenassa kerättyyn haastatteluaineistoon. Aineisto kerättiin satunnaisotannalla. Avainhenkilöiden ja teemaryhmien haastattelut koodattiin. Lomakehaastattelut osoittivat tulosten suhteellisen merkityksen.	Sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä käytettiin yleisesti perinteistä afrikkalaista lääkintää ja henkiparannusta, (mm lävistettyjen korvien uskotaan suojaavan sairauksilta, hedelmiä ja puun lehtiä saatetaan käyttää lääkkeinä)  Terveysasemilta on mahdollista saada ilmaiseksi malarialääkkeitä, mutta lääkkeet ovat usein loppu, infektioita yritetään hoitaa niillä lääkkeillä, mitä on saatavilla mm parasetamoli ja aspiriini. Fatalistinen asenne yleistä; ajatellaan, että mm. ripulia joitain muita infektioita ei voida hoitaa.  Sosioekonomisilla tukitoimilla voidaan vaikuttaa infektiosairauksiin ja muihin

		yhteensä 552 elossa olevaa lasta) Yhteensä 203 haastattelua.		terveysongelmiin. Terveyskeskuksessa on järjestetty opetusta, jossa mm korostetaan puhtaan juomaveden merkitystä. Köyhyys toimii taustatekijänä monissa infektioitaudeissa, mikäli materiaaliset lähtökohdat olisivat paremmat, myös infektiosairaudet vähenisivät.
Kazembe L, Appleton C, Kleinschmidt I 2007: Choise of treatment for fever at household level in Malawi: examining spatial patterns	Tutkia, niitä esteitä, jota haittaavat oikeanlaiseen hoitoon hakeutumista malarian oireista kärsivien lasten vanhempien parissa	yhteensä 13 220 naista, iältään 15-49 vuotta	Väestötieteellinen terveystutkimus. Haastattelu toteutettiin kyselylomakkeella  Erilaiset hoitovaihtoehdot, (kuten kotihoito, sairaalahoito ym.) huomioitiin moniluokka vastauksina. Päätelmissä käytettiin Bayesian-menetelmää ja se perustuu Monte Carlo-menetelmään.	Paikallista vaihtelua löytyi sen suhteen, minkälaista hoitoa lapselle haettiin ja haettiin hoitoa ollenkaan. Tärkeitä riskitekijöitä olivat mm. asuinpaikka, huoltajan ikä, sekä terveystalveluiden luoksepääsemättömyys. Jotta malariaan voitaisiin vaikuttaa Malawissa, tulisi malarian kotihoidon laatuun panostaa enemmän. Terveiden edistämisessä ja terveysneuvonnassa tulisi painottaa sitä, että hoitoon pitäisi hakeutua mahdollisimman nopeasti. Myös lääkkeiden saatavuutta tulisi parantaa ja oikeaan annostukseen kiinnittää huomiota, jota kotona toteutettava hoito onnistuisi.
Gordon G, Mwale V 2006: Preventing HIV with young people: A Case study from Zambia. Sambia	hahmotella PEP-FAR` s ABY-mallin mukaisten projektien suuntaviivoja ja sitä miten nämä projektit on otettu vastaan Sambiassa ja mitä ongelmia niihin liittyy.	PEPFAR` s ABY-malli , johon pohjataan monia eri projekteja. (Lyhenne tulee sanoista: US President` s Emergency Plan for AIDS Relief ja Abstinence, Behaviour Change, Youth)	tapaustutkimus	ABY-lyhenne tarkoittaa, että nuoria neuvotaan ensisijaisesti välttämään seksiä avioliittoon asti ja olemaan avioliitossa uskollisia. Kondomeista ei kerrota 10–14-vuotiaille ja niitä suositellaan lähinnä riskiryhmille. Kondomeja ei saa pitää ensisijaisena vaihtoehtona HIV:n ehkäisyssä. Hiv: n ehkäisyssä tulisi huomioida veriteitse tapahtuvat tartunnat, äidiltä lapselle tapahtuvat tartunnat, lääkkeellisten injektioiden turvallisuus ja kannustaa nuoria pidättymään seksistä. Tämän lisäksi nuorille voidaan kertoa kondominkäytöstä. projektiin liittyviä ongelmia: kondomin käyttöön ja hiv-positiivisuuteen liittyy leimaavia asenteita. Mikäli kondomeja suositellaan ainoastaan riskiryhmille, lisääntyy sekä kondomien että riskiryhmien stigmatisoituminen.
Baume C, Helizer D, Kachur S 2000: Patterns of care for childhood malaria in Zambia. Sambia	tutkia hoitokäytäntöjä ja kunnollisen hoidon saavuttamiseen liittyviä esteitä sambialaisilla lapsilla, jotka kärsivät malarian oireista	154 sambialaista huoltajaa	Puolistrukturoituhaastattelu toteutettiin 18 kylässä. Tutkijat pyrkivät tavoittamaan kaikki lapset, joilla oli ollut malarian oireita (kuume ja kouristukset) ja haastattelivat heidän huoltajiaan.. Haastattelut nauhoitettiin ja analysoitiin teemoittain.	Hoito oli jaoteltu neljään eri ryhmään: – kotihoito (perinteinen ja moderni lääketiede) – terveysasemalla käynti – kansanparantaja – kunnallinen terveystyöntekijä Etäisyys terveystalveluita vaikuttaa siihen, etsitäänkö niistä apua ollenkaan. Myös kuljetus terveysasemalle saattaa olla kallista ja siksi siellä käymistä vältetään. Kouristuksista kärsivät lapset tuodaan todennäköisemmin terveysasemalle, kuin lapset, joilla on lieviä oireita. Lievistä oireista kärsivät lapset saavat todennäköisemmin luonnonlääkintää. Lääkkeiden väärä annostus on suuri ongelma. Useimmat lapset eivät saa täyttä kolmen päivän kuuria, sillä lääkkeen saatavuus-

				<p>nessa on suuria ongelmia, eikä täyden kuurin merkitystä ymmärretä. Malariaan liittyviä kouristuksia saatetaan pitää noituutena ja hoitona käytetään rinnakkain perinteistä ja modernia lääketiedettä.</p> <p>Sambian terveysministeriön suositus on käyttää ensisijaisesti Chloroquine (CQ). Jos tämä hoito epäonnistuu, toissijainen vaihtoehto on sulfadoxinepyrimethamine (SP)</p>
Ghanda D, Gosnell DJ 2006: The impact of tuberculosis on Zambia and nursing workforce	kuvailu Sambian tuberkuloosin hallinta ohjelmia	Artikkeli on laadittu 27 eri tutkimuksen pohjalta	Artikkeli perustuu useiden eri tutkimusten pohjalta laadittuun katsaukseen. Julkaistu The online Journal of issues in Nursing-lehdessä	<p>Terveysministeriö on omaksunut WHO:n suositteleman DOTS-ohjelman. (Directly observed treatment shortcourse) DOTS:n viisi tukipilaria ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poliittinen tahto</li> <li>– tb-diagnosointi yskösnäytteistä</li> <li>– tb-lääkkeiden jatkuva saatavuus</li> <li>– dokumentointi ja raportointi</li> <li>– DOT eli Directly observed therapy</li> </ul> <p>DOTS:n lisäksi muita ohjelmia mm. tb-counsil, basic health care package, home based caregivers ja district health management team.</p> <p>Kaikilla tuberkuloosipotilailla oikeus ilmaiseen hoitoon</p>
Murray LK, Semrau K, Mc Ourley et al. 2008: Barriers to acceptance and adherence of antiretroviral therapy in urban Zambian women. Zambia ja USA	<p>tutkia:</p> <p>a) miksi HIV-positiiviset naiset eivät aloita anti-HIV-lääkitystä</p> <p>b) miksi HIV-positiiviset naiset eivät jatka anti-HIV-lääkitystä</p>	47 haastateltavaa vapaassa listauksessa ja lisäksi 33 avainhenkilöä.	tutkimuksessa käytettiin kahta kvalitatiivisen aineiston keruu tapaa: vapaa listaus (free listing) ja avainhenkilöiden haastattelut (esim. sairaanhoitajat)	<p>Sambian terveysministeriö on tarjonnut ilmaista antiretroviraaliterapiaa (ART) pääkaupungissa Lusakassa vuoden 2004 alusta.</p> <p>Naiset eivät käytä antiretroviraaliterapiaa useista kulttuuriin liittyvistä syistä. Näitä ovat mm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– naiset pelkäävät aviomiehen reaktiota</li> <li>– lääkitys lopetetaan, kun vointi on parempi</li> <li>– naiset ovat valmiita kuolemaan</li> <li>– naiset eivät halua sitoutua lääkitykseen loppuelämäksi</li> </ul> <p>Jatkossa tulisi kiinnittää huomiota terveysneuvontaan ja valistukseen. Sekä AID-Sista, että ART:sta tarvittaisiin asiallista tietoa. Myös kulttuuriin liittyvät käsitykset tulee huomioida.</p>
Kaponda C, Dancy B, Norr KF, Kachingwe S, Mbemba M, Jere D 2007: Reseach brief: Community consultation to develop an acceptable and effective adolescent HIV	Tarkoituksena on kehittää kulttuurisesti hyväksyttävä ohjelma, jolla voidaan ehkäistä HIV-tartuntoja Malawin maaseudun alaikäisillä nuorilla.	199 aikuista ja 196 nuorta (iältään 10–19 vuotta) Malawin maaseudulla	Ensin tutkijat tunnistivat käyttäytymisen, johon liittyy kohonnut HIV-tartuntojen riski nuorten parissa. (mm. kulttuuriset tekijät). Seuraavaksi tutkijat keskustelivat kyläyhteisössä siitä, miten tätä tietoa voitaisiin hyödyntää tehok-	<p>Kouluissa käytetään kirjaa, jonka avulla nuorille kerrotaan seksuaalisuudesta, nuoren kehityksestä ja Hiv:stä. Nuorille annetaan tietoa hiv:n ehkäisystä tämän kirjan avulla. Vanhemmat toivovat, että tyttöjä ja poikia opetetaan eri ryhmissä ja myös eri ikä ryhmät saavat erilaista opetusta. (Mm. alle 15-vuotiaille ei kerrottu kondomeista)</p> <p>Nuoret toivovat että opetuksessa voidaan käyttää apuna ryhmäkeskusteluja, draamaa, laulua ja jopa tanssia.</p>

prevention intervention. Malawi.			kaasti ja hyväksyttävästi. Aiempaa interventiota muokattiin tämän tiedon perusteella ja se testattiin	Hiv:n ehkäisyssä on tärkeää huomioida paikallinen kulttuuri ja muokata ohjelmasta sellainen, ettei se loukkaa kulttuurisia arvoja.
Underwood C, Hachonda H, Serlemittos E, Bharath-Kumar U: Reducing the risk of HIV transmission among adolescents in Zambia 2004: Psychosocial and behavioral correlates of viewing a risk-reduction media campaign. Zambia ja USA.	Arvioida sambialaisten nuorten suunnittelemaa mediakampanjaa, jolla he kannustavat vertaisiaan omaksumaan käytäntöjä, joilla suojautua HIV:ltä ja muilta sukupuolitaudeilta. (HEART-kampanja eli Helping Each other Act Responsibly Together)	13–19-vuotiaita sambialaisia nuoria. lähtökohtakyselyyn osallistui 368 poikaa ja 533 tyttöä. Seurantakyselyyn osallistui 496 poikaa ja 660 tyttöä.	kaksi erillistä kyselylomaketta: a) lähtökohta kysely ja b) seuranta kysely	Kampanjaa seuranneet nuoret olivat 1.61 kertaa todennäköisemmin pidättäytyneet seksistä, (joko primäärisesti tai sekundaarisesti) kuin ne nuoret, jotka eivät olleet nähneet kampanjaa. Kampanjaa seuranneet nuoret olivat 2.38 kertaa todennäköisemmin, käyttäneet kondomia ainakin joskus, kuin muut nuoret. Kampanjaan osallistuneet nuoret olivat muita 2.1 kertaa todennäköisemmin käyttäneet kondomia edellisellä kerralla.  HEART-kampanja on yksi Sambian monista kampanjoista.
Allen Susan, Karita Etienne, Chomba Elwyn et. al 2007: Promotion of couples' voluntary counseling and testing for HIV through influential networks in two African capital cities. Ruanda ja Sambia.	Tutkia, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, osallistuvatko ihmiset HIV:n vapaaehtoiseen testaukseen ja neuvontaan. (Couples voluntary counselling and testing eli CVCT)	Ruanda: – 721 pariskuntaa  Sambia: -690 pariakuntaa	Eri yhteisöjen toimijoita (mm.terveydenhuolto, uskonnolliset yhteisöt) koulutettiin, kutsumaan pariskuntia vapaaehtoiseen HIV-testaukseen ja neuvontaan. Monitasoisella hierarkkisella analyysillä tunnistettiin keinot, joilla ihmisiä todennäköisimmin saatiin osallistumaan testaukseen.  SAS (statistical analysis software)	Pariskunnat osallistuivat testaukseen todennäköisimmin, jos testaus tapahtui hienotunteisesti valitussa paikassa (esim. kutsujan koti). Tai jos kutsu esitettiin molemmille puolisoille, jos parit tunsivat henkilön, joka pyysi heidät testaukseen ja jos testausta pidettiin julkisesti kannatettavana.  – ehkäisyn merkitys on suuri, kunnes hiv:hen keksitään rokote ja edullinen hoito.  – miehet tulee huomioida hiv: n ehkäisyssä. Ehkäisy on tehokkaampaa, jos molemmat testataan
Magnani R, Karim A, Weiss L et. al 2001: Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka,	a) tunnistaa käyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä, jotka altistavat sambialaisia nuoria hiv-tartunnoille sekä	2328 Sambialaista nuorta, (10–24 vuotiaita) jotka asuvat Lusakassa	Monimuuttuja tilastollinen menetelmä.	Molemmat lopputulokset (tartunnoille altistava ja niiltä suojaava) ovat yhteydessä lukuisiin tekijöihin. Koulunkäynti ja tietoisuus AIDSista olivat yhteydessä vähempään seksuaaliseen aktiivisuuteen ja kondomin käyttöön. Nuori on suuremmassa riskissä saada AIDS, jos hänen läheiset ystävänsä käyttäytyvät riskialttiisti. Ystävillä on runsaasti vaikutusta nuoren riskikäyttäytymiseen, mutta vanhemmillä ja sosiaalisilla instituutioilla ei ole suojaavaa vaikutusta.

Zambia. Sambia.	tunnistaa tartunnoilta suojaavia tekijöitä  b)arvioida sopivatko USA:ssa saadut tutkimustulokset (hiv:ltä suojaavista tekijöistä korkean riskin ympäristössä) myös muihin ympäristöihin.			
Espo M 2002: Infant mortality and its underlying determinants in rural Malawi. Malawi ja Suomi	Tutkia niitä tekijöitä, jotka aiheuttavat korkeaa lapsikuolleisuutta Malawin maaseudulla	760 elävänä syntyntä vauvaa	yhteisöpohjainen syntymäkohorttitutkimus, sosiolääketiede.  assistentti kävi perheissä keräämässä tietoa lapsen terveydentilasta kuukausittain. Tiedot kerättiin Exceliin ja analysoitiin SPSS-ohjelmalla.	Apua haettiin yleensä ensin kansanparantajalta. tyypillistä on, että infektiosairauksia ei hoidettu ajoissa tai ei hoidettu ollenkaan.  Vain 64 % lapsista oli rokotettu tuhkarokkoa vastaan.  Tartuntatautien ehkäisyssä ja hoidossa pyritään siihen, että yhteisössä tunnistettaisiin tautien oireet ja hakeuduttaisiin hoitoon ajoissa. Myös ensi synnyttäjien terveysneuvontaan tulisi panostaa ja hiv-positiivisille naisille tulisi antaa hiv-lääkitys ainakin raskauden ajaksi.
Simwaka B, Bello G, Banda H, Chimizizi R, Squire B, Theobald S 2007: The Malawi national Tuberculosis Programme: an equity analysis. Malawi	Tutkia tuberkuloosin hoidon oikeudenmukaisuutta ja hoitoon pääsyä Malawissa.	lukuisia aikaisempia tutkimuksia.	Kirjallisuuskatsaus, aikaisemmista tutkimuksista, monia erilaisia lähestymistapoja. Tietoa haettiin monista kansainvälisistä tietokannoista ja mm. terveysministeriöstä.	tuberkuloosin hoitoon liittyy paljon ongelmia. Tuberkuloosin diagnosointia haittaavat mm. se, että paikanpäällä joutuu käymään toistuvasti, jonot ovat pitkiä, ja tulosten lähettämässä on viivettä. Tämä heikentää köyhien ihmisten hoitoon hakeutumista ja sitoutumista. kansallinen tuberkuloosin hallintaprojekti on yrittänyt parantaa haavoittuvien ryhmien hoitoon pääsyä mm. hajauttamalla DOT:ia ja liitämällä sitä hiv:n hoidon yhteyteen.
Coates Thomas, Richter Linda, Cacaes Carlos 2008: Behavioral strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. Peru				viisi pääperiaatetta: – hiv:n ehkäisyn kannalta on tärkeää muuttaa riskiryhmiin kuuluvien ihmisten käyttäytymistä radikaalisti ja pysyvästi – koska hiv:n ehkäisy ei ole yksinkertaista käytetään monia eri menetelmiä yhdessä – hiv:n ehkäisyohjelmat voisivat toimia tehokkaammin, käytetään monia eri lähestymistapoja mm. perheet ja sosiaaliset yhteisöt – tiedettä tulee hyödyntää paremmin. Käyttäytymistiedettä käytetään hiv:n ehkäisyssä, mutta sellaisinaan käyttäytymistieteeseen perustuvat interventiot ovat te-

				<p>hottomia – hiv:n ehkäisyn perusasiat tulee olla selvillä. Perusasioista tulee olla samaa mieltä ja ne tulee rahoittaa, toteuttaa, mitata ja saavuttaa.</p>
--	--	--	--	---