



# Terveyspalvelutarvekartoitus Somalian Widh- Widh-kylään



Mohamed, Fadumo

2010 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Tikkurila

## Terveyspalvelutarvekartoitus somalian widh-widh kylään

Fadumo Mohamed  
Hoitotyö  
Opinnäytetyö  
joulukuu, 2010

## Laurea-ammattikorkeakoulu

## Tiivistelmä

Laurea Tikkurila  
 Hoitotyön koulutusohjelma  
 Sairaanhoidaja amk

Fadumo Mohamed

Terveyspalvelutarpeenkartoitus Somalian Widh-Widh-kylään

Vuosi	2010	sivumäärä	32+3
-------	------	-----------	------

---

Tässä opinnäytetyössä kartoitan asiantuntijalähtöisestä näkökulmasta kotikyläni Widh-Widhin terveyspalvelutarpeita. Terveyspalvelutarpeet ovat kartoitettu haastattelemalla Widh-Widh-kylän hoitotyönasiantuntijoita (sairaanhoidaja ja kätilö). Pohjois-Somaliassa sijaitsevan Widh-Widh-kylän terveystarpeet ja terveyspalvelujen kysyntä on tullut esille väkivaltaisten konfliktien myötä. Kylässä ei ole paikkaa, missä väkivaltaisten konfliktien aiheuttamat traumat ja vammat hoidetaan. Kylän terveyspalvelujentarpeiden ymmärtämiseksi olen kuvannut kylän väestöä ja elinkeinoa sekä alueen ilmasto.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa Widh-Widh-kylän terveyspalvelutarpeista. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata asukkaiden terveyteen kohdistuvia uhkia ja kuvata Widh-Widh-kylän tämän hetkisiä terveyspalveluita. Veden merkitys hoitotyölle selviää myös tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistujat valittiin eliittitottamalla. Haastattelu toteutettiin puhelinhaastatteluna puolistrukturoidulla kyselykaavakkeella.

Opinnäytetyössä yhteisöllisyydellä tarkoitetaan elämäntapaa, joka luo perusta hyvälle elämälle. Yhteisöllisyys luo pohjaa somalialaiselle kulttuurille. Yhteisöllisyyttä voidaan pitää elämänmuotona. Widh-widh-kyläyhteisö on maantieteellisesti rajoittuva yhteisö, joka sijoittuu Somali- ja Puntmaan rajalle. Terveyspalvelujen rajallisuuden vuoksi yhteisöllisyyden hoitoprinteen merkitys korostuu. Naisten kouluttaminen on avainasemassa sekä terveyspalvelujen kehittymiselle, että yhteisöllisyyden rakentumiselle. Widh-Widh-kylässä naisten ja lasten osuus väestöstä on merkittävä.

Widh-Widh-kylässä toimi noin kolme vuotta sitten pieni terveyskeskus. Terveyskeskuksen toiminta on kuitenkin tyrehtynyt resurssipulan takia. Nyt asukkaat joutuvat hakemaan terveyspalveluita, kuten lääkärinpalveluita, lähimmästä kaupungista, joka sijaitsee 70 km päästä. Kylästä saa sairaanhoidajan ja kätilön palveluita. Naisten aseman koettiin hyväksi, vaikka nainen liitetään kotiin. Nainen on kotiyhteisön muodostaja. Naisella on mahdollisuus kouluttautua, mutta perheen asenteilla sekä varallisuudella on suuri merkitys tytön kouluun lähettämispäätöksessä. Kansainväliset sekä paikallinen Kalkaal yhdistys järjestävät naisille maksutta kouluttautumismahdollisuuksia.

Haastateltavat (2) kokivat puhtaan veden välttämättömäksi hoitotyölle. Puhtaan veden merkitys hoitotyölle koettiin merkityksellisenä, eikä hoitotyötä ei ole mahdollista toteuttaa ilman puhdista vettä. Syysateiden ansiosta tällä hetkellä kyläläisillä on riittävästi vettä. Tulevaisuutta on kuitenkin vaikea ennustaa ja vesipulan ehkäisemiseksi tarvitaan pysyvämpiä ratkaisuja.

Kylän terveyspalvelujen edistäminen edellyttää kehitystä sekä elinolosuhteiden parantamista. Yhteisön oma aktiivisuus on avain asemassa ongelmien ratkaisussa ja kehittämistyössä. Tulokset soveltuvat kyläpäättäjien ja terveyspalvelua suunnittelevien tahojen käyttöön. Tuloksista hyötyvät myös maailmanlaajuiset järjestöt, joiden tavoitteena on viedä osaamista Widh-Widh-kylään ja osallistua sen kehittämiseen. Jatkotutkimuksena voidaan selvittää, millaisia resursseja tarvitaan Widh-Widh-kylän terveyskeskuksen terveyspalveluja elvyttämiseksi.

Asiasanat: kyläyhteisö, terveyspalvelutarve, Widh-Widh-kylä, yhteisöhoitotyö

Laurea Tikkurila  
Nursing Degree Programme  
Bachelor of Health Care

Fadumo Mohamed

Mapping of Need of Healthcare Services in Widh-Widh Village in Somalia

Year	2010	pages	32+3
------	------	-------	------

---

My thesis is about mapping the need of healthcare services in my home village Widh-Widh from an expertise-based perspective. Healthcare service needs have been mapped out by interviewing the nursing care experts (nurse and midwife) in the Widh-Widh village. The healthcare needs and healthcare service demand of the Widh-Widh village located in Northern Somalia have come out due to violent conflicts. The village has no place for treating the trauma and injuries caused by violent conflicts. To better understand the healthcare service needs of the village, I have described the population and livelihood of the village as well as the climate of the area.

The goal of the thesis is to produce information about the healthcare service needs of the Widh-Widh village. The goal of the study is to describe the threats to the health of the people in the village and to describe its current healthcare services. The significance of water to nursing is evident in the study. The participants in the study were chosen by elite sampling. The interviews were carried out as telephone interviews using a semi-structured questionnaire.

In the study, community spirit refers to a lifestyle, which is the basis of good life. Community spirit is the basis of Somali culture. Community spirit can be considered a lifestyle. Widh-Widh village community is a geographically defined community on the border of Somaliland and Puntland. Due to the limited scope of healthcare services the significance of the treatment tradition based on community spirit is emphasised. Educating women is key both in developing healthcare services and building community spirit. In the Widh-Widh village, a significant quota of the population is women and children.

About three years ago, there was a small healthcare centre in the village. The operation of the healthcare centre has withered due to lack of resources. Now, for healthcare services such as doctor or dentist the villagers have to go to the nearest town 70 km from the village. The village has the services of a nurse and a midwife. Women's position was considered good, although the woman is associated with the home. Woman forms the home community. Women have a possibility to be educated, but the attitudes and wealth of the family impact greatly the decision to send a girl to school. International organisations and the local Kalkaal association organise education for women free of charge.

The interviewed persons (2) considered clean water essential for nursing. The significance of clean water was considered so necessary that nursing could not be done without it. Due to autumn rain, the villagers have enough water at the moment. However, it is difficult to predict the future and permanent solutions are needed to fight water shortage.

Developing the village's healthcare services requires progress and improvement in living conditions. The active attitude of the community is key in solving problems and in development.

The results are applicable to be used by decision-makers and those planning healthcare services in the village. The results will also benefit the global organisations, whose goal is to introduce knowhow into the Widh-Widh village and participate in developing it. Further re-

search could study what resources are needed to revive the healthcare services of the Widh-Widh healthcare centre.

Key words: village community, healthcare service need, Widh-Widh village, community nursing

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	7
3	ALUEKUVAUS WIDH-WIDHISTÄ .....	8
	3.1 Paimentolaisten elämä.....	9
	3.2 Widh-Widhin väestörakenne.....	10
4	WIDH-WIDHIN TERVEYSONGELMIA.....	10
	4.1 Vedenpuute suurin ongelma.....	10
	4.2 Sanitaatio.....	11
	4.3 Koulutuksen merkitys.....	12
	4.4 Turvallisuus.....	13
	4.5 Naisten ja lasten terveys .....	13
5	YHTEISÖKUVA JA YHTEISÖHOITOTYÖ.....	15
	5.1 Yhteisöllisyys somalialaisessa kulttuurissa.....	17
	5.1.1 Perhe ja suku.....	17
	5.1.2 sosiaalisenverkoston tuki .....	18
	5.2 Terveyden edistäminen Widh-Widhin kyläyhteisössä .....	20
6	TERVEYSPALVELUJEN TARVE .....	20
	6.1 Tarpeiden arvioinnin merkitys .....	22
	6.2 Tarve, kysyntä ja tarjonta.....	22
	6.3 Tarpeen mallintaminen .....	23
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	23
	7.1 Tutkimukseen osallistujien valinta.....	24
	7.2 Aineiston hankinta .....	24
8	AINEISTON ANALYSOINTI JA TULKINTA .....	25
	8.1 Tulosten tarkastelu .....	25
	8.1.1 Vesi ja sanitaatio .....	26
	8.1.2 Koulutusta kaikille .....	27
	8.1.3 Toivoa turvallisuudesta ja terveyspalveluista .....	28
9	OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	29
10	KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA ITSEARVIOINTI .....	30
	LIITE 1. Somalian kartta .....	36
	Liite 2. Haastattelurunko.....	37
	Liite 3. Tutkijan taulukko .....	39

## 1 JOHDANTO

Yhteisöhoitotyötä voidaan pitää keinona terveyden edistämiseksi. Terveyden edistäminen voi olla haastavaa, jollei yhteisöä ja sen terveystarpeita tunneta. Kuvaan opinnäytetyössäni yhteisöä ja yhteisön hoitotyötä, koska somalialaisessa kulttuurissa yhteisöllä on suuri merkitys ja sen toiminta ulottuu pitkälle koskettamaan jokaisen asukkaan elämään. Paikallisen yhteisön toiminta perustuu kulttuuristen normien lisäksi kylän omiin toimintamenettelyihin.

Opinnäytetyössä selvitän mitä terveyspalveluita Widh-Widhissä on tällä hetkellä tarjolla. Terveyspalvelujen tarpeen määrittäminen on aiheellista tulevaisuutta ajatellen. Terveyspalvelujen kartoitusten jälkeen terveyspalvelujen suunnittelu on helpompaa. Opinnäytetyölle on ollut tarvetta, koska opinnäytetyön tuloksia voivat hyödyntää erilaiset yhdistykset, jotka ovat maailmanlaajuisia ja joiden toiminta kohdistuu Widh-Widh-kylän kehittymiseen. SUDO on yksi esimerkki näistä yhdistyksistä. Tarpeiden arvioinnin yhteydessä voidaan puhua myös tarveanalyysistä. Tarveanalyysi on systemaattinen keino tarkastella tarpeita.

Terveyspalvelutarpeiden ja yhteisöhoitotyön merkityksen lisäksi opinnäytetyössä selviää Widh-Widh-kylän terveysriskit, jotka ovat terveyspalvelujen kehittymiselle este. Yhteisöanalyysistä nousi selvästi neljä terveysongelmaa. Widh-Widh-kylän terveysongelmien pohjalta olen kehittänyt puolistrukturoitu haastattelukaavake. Tarkastelen näitä aiheita opinnäytetyössäni naisten ja lasten näkökulmasta, koska naiset ovat kehityksen avaintekijöitä. Naisten kouluttaminen Somalialian pienessä Widh-Widh-kylässä ei ole panostettu. Kotia pidetään naiselle sopivana paikkana. Naiset ja lapset muodostavat kotiyhteisön ytimen.

Puhtaan veden ja sanitaation puute ylläpitävät tartuntatautien kierrettä. Puhtaalla vedellä, asianmukaisella sanitaatiolla ja henkilökohtaisella hygienialla olisi ehkäistävissä vatsataudit; erityisesti ripuli. Tyttöjen kouluun lähettäminen ja naisten kouluttaminen on voimavara terveyspalvelujen kehittymiselle. Koulutus myöhästyttäisi tyttöjen naimisiin menoa. Kouluttanut äiti edistää lapsensa terveyttä. Hänellä on myös tietoa ja taitoa huolehtia paremmin perheensä hyvinvoinnista.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata Somaliassa sijaitsevan kotikyläni Widh-Widhin terveystarpeita, kotikylää ja sen ongelmia naisten ja lasten näkökulmasta. Tämä työ tukee kotikylän kehittymisen luomalla siitä tarkkaa paikkakohtaista tietoa. Tietoa voivat hyödyntää maailmanlaajuiset yhdistykset, jotka ovat Widh-Widh-kylän entisten asukkaiden perustamia. Sudo on yksi esimerkki näistä yhdistyksistä. Nuorten Sudo (Somali Unity and Development Organisation) yhdistyksellä on monia projekteja ja myös moninaisia tavoitteita. Yhdistyksen



tavoitteisiin kuuluu muun muassa Pohjoisen somalialaisten nuorten opiskelun tukeminen, somalikulttuurin ylläpitäminen ja Somalian kehitykseen osallistuminen. Tällä opinnäytetyöllä pyritään tuottamaan tietopohjaa yhdistyksille. Yhdistykset voivat hyödyntää opinnäytetyössä tuotettua tietoa yhteisöanalyysistä omiin projekteihinsa.

Tarkoituksena on laatia kirjallisuudessa esiintyvien tarpeiden; veden, turvallisuuden, julkisen organisaatiopalveluiden ja koulutuksen tarpeiden pohjalta ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Näiden neljän tarpeen pohjalta syntyi kyselylomake. Kysely on suunnattu Widh-Widh kylässä työskentelevälle hoitohenkilökunnalle, jotta saadaan kartoitettua terveyspalvelujen todellinen tarve kylästä käsin.

Tavoitteena on osallistua Somalian Widh-Widh kylän terveyspalvelujen kehittämiseen tuottamalla alueellista tietoa. Ponnistelut ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden puolesta ovat yhteiskunnallisen vakauden saavuttamisen jälkeen välttämättömiä.

Yksityiskohtaiset tavoitteet opinnäytetyölle ovat:

1. Kuvata kotikylän (Widh-Widh) terveyteen kohdistuvia uhkia
2. Kartoittaa terveyspalvelujen tarvetta paikallisten hoitotyönasiantuntijoiden haastattelujen pohjalta.
3. Kuvata puhtaan veden merkitystä hoitotyölle

### 3 ALUEKUVAUS WIDH-WIDHISTÄ

Widh-Widh sijaitsee Pohjois-Somaliassa noin 70 km Buuhoodlesta Itään (LIITE 1). Alue kuuluu Sool- kuntapiiriin. Widh-Widh sijaitsee Somalimaan ja Puntmaan rajamailla, siksi se on kiisteltyä aluetta. Puntmaa on Pohjois-Somalian itäinen alue, jolla on oma itsehallinto, kuten Somalimaallakin. Maantieteellisesti alue kuuluu Somalimaahan, mutta klaanijaottelun mukaan ”ihmiset kuuluvat” Puntlandiin. Tämä jakaa asukkaiden mielipiteitä kahtia. Aluekiista luo jännitteitä ja levottomuutta alueelle. Widh-Widh julistautui kunnaksi kuusi vuotta sitten. Kuitenkaan alueella ei ole tapahtunut rakenteellista edistymistä. Yksityisiä kaupallisia firmoja löytyy alueelta, mutta ei terveyskeskusta. Alueella ei ole mitään valtion omistamaa tai ylläpitämää palvelua. Widh-Widhin pieni terveyskeskuksen toiminta on tyrehtynyt sisällissodan aikana. Tällä hetkellä terveyspalvelut rajoittuvat sairaanhoitajan vastaanottoon ja kättilön palveluihin. Muut tarvittavat terveyspalvelut löytyvät 70 km päästä Buuhoodle:sta. Alueella ei ole kaupunkialoa, kahta huonetta lukuun ottamatta. Widh-Widhin turvallisuutta valvoo kahdeksan poliisia. (”Mitä tiedät Widh-Widh kylästä?”).

Alueella puhutaan somalian kieltä. Sen lisäksi kouluissa opetetaan arabiaa ja englantia. Widh-Widhissä pääuskontona on islam, kuten muuallakin Somaliassa. Ihmiset ovat lähes 100 % sun-

nimuslimeja. Kylän länsi alueella asustaa ”xer” vähemmistö, joka harjoittaa valtaväestöstä poikkeavia rituaaleja. Vähemmistöryhmien edustajiin voi kohdistua syrjintää sekä kyläyhteisöstä pois sulkemista. (Hassinen-Ali-Azzani 2002,34). Islamilaisen kulttuurin lisäksi alueella vallitsee afrikkalainen kulttuuri. Kulttuurit ovat juurtuneet toisiinsa ja niiden erottelu toisistaan on vaikeaa.

Somaliassa on neljä vuodenaikaa. Näistä kaksi on sadekautta ja kaksi kuivaa aikaa. Ensimmäinen sadekausi alkaa huhtikuussa. Sadetta saadaan Pohjois-Somalian vuoristoisella alueella vain 50-150mm vuosittain. Sadekautta seuraa kuiva kausi, joka alkaa heinäkuussa ja kestää syyskuuhun asti. Ankarin kausi paimentolaisille ja karjalle on ”talvikausi” jolloin on kuivaa lokakuusta marraskuuhun asti. Korkein lämpötila vaihtelee somaliassa +30- 40 °C . Keskimääräinen päivän minimilämpötila vaihtelee +20- 30 °C välillä. (Velho 2001.)

### 3.1 Paimentolaisten elämä

Widh-Widhin asukkaista 95 % ovat paimentolaisia, joiden elanto on riippuvainen karjataloudesta. Loput 5 % väestöstä saa elantonsa markkinoista. Paimentolaiselämä liikuttaa paikasta toiseen, sateiden perässä, etsien karjalleen laidunalueita. Suurta paimentolaisuutta selittää Pohjois-Somalian kuuma, kuiva ja karu savanni-ilmasto, jossa maanviljely on lähes mahdotonta. Paimentolaiset vaeltavat perhe-ryhmissään pitkiäkin matkoja. Miehet saattavat joutua erilleen perheestään lähdettyään laiduntamaan kameleita tasangolle. Naiset laiduntavat lemmiä, lampaita ja vuohia, joita ei voi viedä kovin kauas juomapaikoista. Kamelit pärjäävät kauemmin ilman vettä kyttyräsä ansiosta. Naisten laidunyksikköä kutsutaan (*reer godeed*) pieneksi taivalleeksi kun taas miesten laidunyksikkö on iso taival (*reer nugaal*) (Velho 2001.)

Paimentolaisten elämään vaikuttaa suuresti luonnonolosuhteet ja politiikka. Sää, vesi, ruoho, suolakivet ja taudit ovat muuttuvia ja oleellisia elementtejä paimentolaisten elämässä. Paimentolaiset seuraavat sääennustajien ennustusta, jotka ennustavat sateen ja tuulien liikettä tähdistä. Kahden kuivan kauden aikana paimentolaiset asustavat kaivojen, lähteiden ja jokien lähetyillä. Heidän vaelluspäätökseen voivat vaikuttaa mm. muiden klaanien liikkuminen tai olinpaikat sekä heidän väliset suhteet. Klaanit voivat sopia laidunmaiden käytöstä. Näin voidaan säästää osa laitumesta myöhemmäksi kuivimman kuukauden loppupuolelle. (Velho 2001.)

Elämä on sopeutettu jatkuvaa muuttoa vastaamaan. Paimentolaiset käyttävät majaa kotinaan. Rakennettu maja on kupolin muotoinen, joka kulkeutuu näppärästi kamelikuorman selässä. Maja kiinnitetään köysien ja pystypuiden avulla kamelin selkään. Tällöin maja ei ole tilapäinen eikä satunnaisista materiaaleista valmistettu. Majan rakentamiseen tarvittavat välineet saadaan luonnosta. Paimentolaisnaiset ovat majansa rakentamisen asiantuntijoita sillä maja kestää 10 -20 vuoteen. Majan rakentaminen ja pystyttäminen on naistentyötä. Taito siirtyy sukupolvelta toiselle; äidiltä tyttärelle. (Velho 2001.)

Jatkuvasta sopeutumisstressistä huolimatta paimentolaiset elävät terveellistä elämää. Elämä on luonnonmukainen ja luonnonvalo toimii päivän rytmittäjänä. Riittävästi liikuntaa saadaan päivittäin laiduntamisesta. Oman ravinnon riittävyyden takaamiseksi karjan rehuista ja terveydestä on huolehdittava. Terveyttä heikentää riittämätön ravinto ja puhtaan veden puute yhdistettynä kovaan paimentolaiselämään. Naiselle verkostoitumisella on suuri merkitystä, koska sen kautta nainen saa tukea esimerkiksi synnytykseen, vaikka jäisi julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle. Verkoston ydin muodostuu naisen suvusta sekä ystäväistä. Naisen asema yhteisössä sekä elämän kaareen vaikuttavat naisen kyky käyttää ja saada eri tukijärjestelmiä terveydenhuollon tarpeisiinsa. (Hampshire 2002, 1025).

### 3.2 Widh-Widhin väestörakenne

Widh-Widhissa asuu noin 1500 asukasta, joista suurin osa on naisia ja lapsia. Asukkaista 25 % ovat alle kouluikäisiä lapsia. Somaliassa ei ole tehty tarkkaa väestölaskentaa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 32). Tällaisessa ikärakenteisessa kehitysmaassa ongelmat eivät ole samankaltaisia kuin teollisuusmaissa. Terveysongelmina ei ole sepelvaltimotauti, sydämenvajaatoiminta tai aivoverenkiertohäiriö, kuten täällä Suomessa (Reunanen 2005.) Lapsia menehtyy perustauteihin, kuten ripulin aiheuttamaan kuivuuteen ja muihin ehkäistävissä oleviin infektioitauteihin.

## 4 WIDH-WIDHIN TERVEYSONGELMIA

### 4.1 Vedenpuute suurin ongelma

Widh-widhissä on kova pula puhtaasta vedestä, sillä muutamista kaivoista ovat pumput menneet rikki. Tämä voi aiheuttaa tuhoa sekä ihmisten että eläinten keskuudessa, koska veden saannista joudutaan taistelemaan. Putlandin sisäasiainministerit ovat vierailleet alueella ja käyneet keskustelua kylänvanhimman ja päämiesten kanssa. Kyläläiset ovat tuoneet tarpeensa esille ja pyytäneet kiireellistä apua kaivopumppuineen. (SBC international New Desk.)

Veden ja sanitaatio ongelmien ratkaiseminen kuuluvat YK:n vuosituhsien tavoitteisiin. Sanitaatio ja puhtaan veden ongelmat liittyvät tiiviisti moneen muuhunkin ongelmaan suorasti tai epäsuorasti. (Rautanen & Kajan 2006, 37.) Veden riittämättömyys liitetään usein kuivuneeseen jokeen, patoon tai hanaan. Veden hakeminen kuuluu naisten tehtäviin. Nainen toimii myös veden käsittelijänä, mutta moni heistä eivät osaa käsitellä vettä oikein; vesi säilytetään muoviasioissa suorassa auringon paisteessa. Suurin osa yhteisöstä kokevat vesisäiliöastian puhtauden tärkeäksi ja kannen välttämättömäksi, jotta vältettäisiin eläinten juomista samasta astiasta. Näin vältetään eläinten veden kontaminoitumista. (Phaswana-Mafuya 2006.)

Veden puute johtuu köyhyydestä, vesivarojen hallinnasta ja valtasuhteista (Inhimillisen kehityksen raportti 2006.) Tavoitteen saavuttamiseksi vuonna 2015 kehitysmailla edellytetään 1,8 miljoonan ihmisen saavan puhdasta vettä ja asiallet käymälät. Tavoitteiden saavuttamisen

esteenä ovat väestönkasvu ja teollisuuden jätevedet, sekä kaupunkien viemäreiden aiheuttamat ongelmat. (Rautanen & Kajan 2006, 37.) Vesi luo perustan terveydelle ja ihmisarvolle. Puhtaan veden lisäksi terveyteen ja hyvinvointiin liitetään toimiva sanitaatio (Huuhtanen & Laukkanen). Hygieenistä käymälää ja toimivaa viemäriä kutsutaan sanitaatioksi. Sanitaatio on myös keino kerätä ihmisen ulostetta ja virtsaa ympäristöstä, ihmisen terveyttä pilaamasta. (UNICEF 2006.) Veden saannin lisäksi, täytyy miettiä jäteveden käsittelyä, jotta jätevettä ei johdettaisiin saastuttamaan vähäisiä vesivaroja. Tällä tavalla vettä saataisiin säästettyä muihin käyttötarkoituksiin, kuten ruuanlaittoon ja hygieniaan. (Kajalanti ym. 2009).

Hoitamattomiin terveysongelmiin on monia syitä. Terveyssektori ei saa riittävää julkista rahoitusta terveysmenoihin, jolloin itseään ruokkiva oravanpyörä on valmis. Ihmisillä ei ole varaa terveyspalveluihin, lääkkeisiin, riittävään ja monipuoliseen ravintoon, joka on välttämätön terveyden ylläpitämiseen (Tarttuvat taudit tappavat kehitysmailla 2010.) Tulevaisuus näyttää huolestuttavalta, silloin ennustuksen mukaan noin 40 % väestöstä jää ilman puhdasta vettä. Veden riittämättömyydestä aiheutuu konflikteja ihmisten välillä. (Kajalanti ym. 2009.)

#### 4.2 Sanitaatio

YK:n vuosituhattavoitteissa seitsemäntenä päämääränä on veden lisäksi kehittyneiden sanitaatioiden lisääminen. Sanitaatio palveluita voidaan ajatella laitokseksi, joka huolehtii eritteistä niin, ettei ne joudu kosketukseksi ihmisten, eläinten ja hyönteisten kanssa. Asianmukaisten sanitaation määrän lisääminen on tavoite, joka näyttää jäävän, jollei ryhdytä radikaaliin muutoksiin. Vain harvalla Widh-Widhin asukkailla on asianmukaista sanitaatiota. Käymäläratkaisut vaihtelevat kuitenkin paljon, ja siihen vaikuttaa rakennustarvikkeiden lisäksi kulttuuri. Käymälät oikealla tavalla suunniteltuina, rakennettuina ja käytettyinä toimivat ja antavat terveyshyötyjä. Näillä keinoilla ihmisen terveyttä parannetaan eristäen ulosteet, koska ne sisältävät patogeenejä eli taudinaiheuttajia. Pelkkä teknillinen rakentaminen ei riitä terveyshyötyjen saavuttamiseksi vaan tarvitaan myös sanitaatio- ja hygieniakoulutusta. (Tumwine, Thompson, Katui-Katua, Mujwahuzi, Johanstone & Porras 2003.)

Yhteisön ei pidä altistua ulosteille, esimerkiksi avoimen tai saastuneen juomaveden kautta. Haittaeläimet kuten kärpäset, jotka ovat yhteydessä ulosteeseen ja ihmisiin, tulee tuhota. Uloste tulee peittää, esimerkiksi jalalla avattavalla huussikannella, tai saada taudinaiheuttajat tuhottua. Phaswana-Mayayun tutkimuksessa käy ilmi se, että yli 78 % kuoppaa jätteensä, kun ei ole wc:tä käytössä. Lapsista 5-12 vuotiaat eivät käytä yleensä käymälöitä lainkaan (yli 71 %). Vessan käynnin jälkeen yli 92 % pesivät kätensä. Viime vuosikymmenen aikana on korostettu henkilökohtaisen hygienian merkitystä. Kuoppakäymälä on yleisin sanitaatio ratkaisu Widh-Widhissä. Se on helppo, yksinkertainen ja yleisin ratkaisu myös muualla kehitysmaissa. Tällainen kuoppa tehdään kaivamalla maahan kahden metrin pituinen ja metrin levyinen

kuoppa. Kansi, johon tulee reikä tehdään puusta tai betonista. Puuta on saatavissa paremmin, joten suurin osa Widh-Widhin kuoppakäymälät ovat puukantisia. Kuopan täyttymisen jälkeen siirrytään kaivamaan uutta kuoppaa jättäen edellinen sellaisenaan. Kuopan sisältö on käytettävissä maanparannusaineena, jolloin jätteiden ravintoarvoa hyödynnettäisiin. (Huuhtanen & Laukkanen 2005.)

#### 4.3 Koulutuksen merkitys

YK:n toisena vuosituhattavoitteena on mahdollistaa lapsille peruskoulutusta. Tavoitteiden tarkoituksena on taata kaikille lapsille, tytöille ja pojille, mahdollisuuden suorittaa peruskoulun loppuun asti. Tyttöillä ja pojilla tulee olla yhtäläinen pääsy koulutuksen eri tasoihin. (Rautanen & Kajan 2006, 38.) Koulutuksen lisääminen on keino poistaa köyhyyttä ja hillitä väestönkasvua. Turvattomuus, terveydenhuollonhoitomahdollisuuksien puuttuminen ja yhteiskunnan vaikuttamismahdollisuuden ulkopuolelle jääminen on myös köyhyyttä, jota pyritään poistamaan koulutuksella. (UNICEF 2010, Koulutus.)

Koulussa lapset oppivat paljon muutakin kuin lukemaan ja kirjoittamaan. Koulun käyneet lapset osaavat pitää paremmin huolta itsestään ja koulu antaa suojaa hyväksikäyttöä vastaan. Koulua käyneet tytöt osaavat paremmin huolehti itsestään sekä perheestään, menevät myöhemmin naimisiin ja saavat vähemmän lapsia. Koulutuksen saaneet naiset jakavat tietonsa muille eivätkä ole riippuvaisia miehensä elatuksesta. He lähettävät myös tyttäriään kouluun. (UNICEF 2010, Koulutus.)

Widh-Widhi:ssä on peruskoulu ja lukio. Kaikilla ei ole kuitenkaan varaa maksaa koulun lukuvuosimaksua ja muita kustannuksia. Kouluissa on suuri pula opetusvälineistöistä. Paikallisen Kalkaal-naisyhdistyksen perustamassa koulussa varattomat saavat oppia maksutta. Koulutukseen osallistuu yli 190 naista ja lasta. Järjestölläkään ei ole varaa hankkia koulutustiloihin pulpetteja eikä tuoleja. Siksi opetus tapahtuu lattialla. ("Mitä tiedät Widh-Widh-kylästä?").

Naisten koulutus ei ole vain inhimillinen oikeus. Se toimii talouden katalysaattorina ja tukee ihmiskehitystä. (Shabaya, Knadu-Agyemang 2004). Caldweyn mukaan äidin koulutuksen avulla lapsella on paremmat selviytymisen mahdollisuudet. Koulutettu nainen tekee ponnisteluja tehden terveellisiä valintoja lapsensa hyvinvoinnin eteen. (Hobcraft 1993.) Naisten koulutusta ei ole koettu kovin merkityksellisenä Somalian pienissä kylissä ja Widh-widh kuuluu näihin kyliin. Kouluun pääsyyn vaikuttaa moni asia; perheen varallisuus, asumispaikka, matka kouluun, lasten lukumäärä, vanhempien koulutus jne. Kouluttautuneet naiset takaavat myös koulutusta lapsilleen (Glick & Sahn 2000.) Naisten koulutuksen ja osaamisen myötä on ehkäistävissä lasten aliravitsemus ja lapsikuolleisuus. Koulutus lisää myös naisten työllistymismahdollisuutta. Huolimatta siitä, että molempien sukupuolen koulutukseen on Afrikassa panostettu, tyttöjen koulutus laahaa jäljessä poikien koulutukseen verrattuna. (Glick & Sahn 2000.)

#### 4.4 Turvallisuus

Alueelliset konfliktit, sodat ja yleinen turvattomuus johtavat uhkaa terveydelle ja hyvinvoinnille (Mäkelä P. 2005). Mäkelän mukaan elintasoerot johtavat tyytymättömyyteen ja katkeruuteen. Tämä purkautuu konfliktina, alueellisena tai globaalisenä. Terveyden edistämisen perusedellytyksenä ovat rauha, turvallisuus, ravinto, tulot, vakaat ekologiset olosuhteet, koulutus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus. Turvallisen ja terveellisen ympäristön osa-alueita ovat vesi, ilma, tapaturmat, ilmastonmuutos, elintarvikkeet, jätteet, pilaantunut maaperä, säteily, ympäristömelu ja kemikaalit (Ideakortti 5/07). Turvallisuus on saanut globaalisesti inhimillisen ja yhteisöllisen ulottuvuuden, kun se on aiemmin ymmärretty valtion puolustautumiskykyä diplomaattisesti tai sotilaallisilla keinoin. Nykyinen turvallisuuden käsite linkittää kehityksen ja ihmisoikeuden toisiinsa. Työttömyys, rikollisuus, saasteet ja ihmisoikeudet ovat uhkia ihmisen terveydelle. Näihin seuraaviin kategorioihin voidaan luokitella inhimillisen turvallisuutta uhkaavat tekijät; terveys-, talous-, ruoka-, ympäristö-, yhteisö-, henkilökohtainen ja poliittinen terveys. (Mitä on turvallisuus 2006.)

#### 4.5 Naisten ja lasten terveys

Kehitysmaiden lapsikuolleisuuteen voidaan vaikuttaa, siksi lapsen terveydelle annetaan suurta painoarvoa kansainvälisissä terveysohjelmissa. Tästä huolimatta moni kehitysmaiden lapsi kärsii huonosta terveydestä verrattuna hyvinvointimaiden lapsiin. 15-20 % lapsista kuolee ennen viiden vuoden iän saavuttamista. Lapsi kuolleisuutta aiheuttaa usein ripuli, tuhkarokko, malaria, aliravitsemus, anemia ja hengitystieinfektiot. Suomessa kaikki nämä ovat ehkäistävissä esimerkiksi rokotusohjelmaan kuuluvilla rokotuksilla tai muuten hoidettavissa. (Lumio 2009). Nämä sairaudet voivat olla Widh-Widhissä asuvalle pienelle lapsille hengenvaarallisia. Köyhyys on yksi syy, miksi lapset menehtyvät näihin tauteihin, jotka ovat hoidettavissa.

#### LAPSIKUOLLEISUUTTA ON PYRITTÄVÄ VÄHENTÄMÄÄN SEURAAVILLA KEINOILLA

- Koulutettu henkilön läsnä olo ja avustaa synnytyksessä ja vastasyntyneen hoidossa
- Alipainoisista lapsista huolehditaan tarkoituksenmukaisella tavalla
- Hygienian neuvontaa äideille ja perheille
- Puhtaan veden ja sanitaation saatavuuden parantaminen
- Imetykseen kannustaminen ja terveellisen ravinnon merkityksen korostaminen
- ”lapsi rokotetaan kuutta tappavaa lastentautia vastaan”
- Ripulitilan korjaaminen suola-sokeriliuksella ja sinkillä
- Keuhkokuumeeseen sairastuneen lapsen antibioottihoitoa

Taulukko 1: Tehokkaita keinoja lapsikuolleisuuden vähentämiseen Saarista mukailten.

Vuosittain raskauteen tai synnytykseen kuolee maailmassa 500 000. Tästä määrästä 90 % tapahtuu kehitysmaissa. Asiantuntevan hoidon saaminen ongelmatilanteissa on ratkaisu äidin-kuolleisuuden vähentämisessä kehitysmaissa. (Aarnio P. & Klemetti M 2005.)

Vuonna 2005 somaliassa tehdyn tutkimuksen mukaan 63 % äideistä synnyttää maalla ilman ammattitaitoisen henkilön (kättilön) läsnäoloa, joskus jopa yksin. 39 % naisista synnyttää kaupungilla, mutta vain pieni osa heistäkin sairaalassa. Yli 68 % naisista ei käy minkäänlaisessa seurannassa raskauden aikana. 17 % käy pari kertaa kättilön tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Vain 6,4 % käy 3-4 kertaa seurantakäynnillä. (World Health Organisaation 2006 Department of making pregnancy safer.)

Widh-Widh-kylä tarvitsee ensiavun erityisesti sijainnin vuoksi. Jännitteet ja yhteyden otot ovat yleisiä kiistellyllä alueella. Resursseja potilaiden kuljettamiseen sairaalaan ei ole. Ihmisiä menetetään matkan varrella. Naiset menehtyvät synnytyksen aiheuttamaan verenvuotoihin. Väestörakenteen perusteella ensiavussa tulee erityisesti huomioida pienet alle kouluikäiset lapset sekä raskaana olevat naiset. Näin ollen ensiavussa voidaan hoitaa vaikeat lasten ripulit, kuivumat ja hätäsynnytykset. Muut asiakkaat/potilaat, joiden tilanne ei ole niin vakava voidaan ohjata hoitoon Las-Anodin, Hargeisan tai Bosason sairaaloihin terveysongelman mukaan. Myös hoidettavien potilaiden jatkohoidonsuunnittelu ja sen järjestäminen voisi kuulua ensiavun henkilökunnan keskeisimpiin tehtäviin.

Lasten ripulit ovat yleensä virusperäisiä gastroentiteettejä, jotka johtuvat kehitysmaissa pitkälti saastuneesta ja epähygieenisestä ruuasta. Esitiedot ja kliininen tutkimus riittää lasten ripulin toteamiseen eikä laboratorio kokeita tarvita. Tästä on etua Widh-Widhissä, jossa laboratorioita ei ole lainkaan. Kuivuman arviointi on tarpeellista. Ammatillinen hoitohenkilö näkee oireet jotka viittaavat lapsen kuivumiseen. Lapsen kuivumiseen tarvitaan ammattihoitoa, kun kyseessä on keskivaikeasta kuivumisesta (8 %) ja vaikea kuivuminen (12 %). Kuivumaa voidaan arvioida prosentteina tai grammoina. Hoitomaton lastenripuli kehittää Widh-Widhissä vaikean kuivumisen tilan. Vaikea kuivuminen näkyy lapsesta ja lapsen paino laskee. Ripulin aiheuttamaa kuivumaa tulee korjata ennen tavalliseen ruokavalioon siirtymistä. (Ashorm 2009.) Lasten ripulia esiintyy Widh-Widhissä runsaasti. Widh-Widhilaisella lapsella on 520-kertainen suurempi riski kuolla ripuliin kuin vantaalaisella lapsella. Ripuli on pienten lasten ongelma ja 90 % ripuliin menehtyvistä on lapsia. Vetinen ripuli liittyy ravinnon lisäksi ilmaston muutoksiin. Vuoden aikojen muutokset altistavat huonokuntoisia ja aliravittuja lapsia ripuliin. Likainen vesi ja hygienian puute altistavat myös lapsia herkemmin ripulille.

Pelkällä kotikonstilla voidaan vähentää ripulin määrää lähes 40 %. Helppoja konsteja juomaveden laadun parantamiseen on mm. kannen pitäminen vesiastioissa, asianmukainen säilyttäminen ja veden puhdistustablettien käyttäminen. Kylän tiedon lisääminen veden aisanmukai-

sesta säilyttämisestä ja puhdistustablettien jakaminen parantaisi tilannetta. Kyläläisiltä ei voi odottaa puhdistustablettien hankkimista, koska suurin osa on vähätuloisia ja saavat hädintäkin veden ostettua. Ripulitapauksia voidaan puolittaa asianmukaisen vedensäilytyksen lisäksi saniteettihygienialla ja puhtaalla vedellä ja saippua-käsipesulla. (UNICEF2010.) Vanhempien epävarmuus lastensa sairauksista, tiedon ja taloudellisten resurssien puutteella on estäviä tekijöitä lasten hyvinvoinnin edistämiseksi. Ripuli aiheuttaa taloudellista menetystä sekä perheelle, että kansantaloudelle, siksi ennaltaehkäisyyn tulee panostaa. Ripulin vähentäminen tuottaa 700 miljoonaa dollaria, mikäli YK:n vesi- ja sanitaatio tavoitteet toteutuvat. (Junttila 2006).

Lapsille aiheutuu rotaviruksesta suurta uhkaa, vaikka se on ehkäistävässä rokotuksella. Widh-Widh-kylän asukkailla ei kuitenkaan ole mahdollisuutta eikä varallisuutta rokotteeseen. Rokote toteutetaan rokotussarjana ja se maksaa noin 140 -160 euroa. Rotaviruksen arvioidaan aiheuttavan maailmalla vuosittain puolimiljoonaa lastenkuolemaa ja eniten kehitysmaissa. Kehitysmaan lapsi sairastuu neljä tai viisi kertaa ripuliin kun taas hyvinvointivaltioiden lapset sairastuvat keskimääräisesti kaksi kertaa vuodessa. Ripuli, aliravitsemus sekä terveyspalvelujen puute lisää lapsikuolleisuuden määrää. Lapset, jotka ovat ripulin heikentämä ja aliravittuja sairastuvat helposti tulehdussairauksiin. Lapset välittävät virusta ulosteen lisäksi käsien välityksellä. Nämä moninaiset ja yhdistyneet ongelmat johtavat usein kuolemaan.

## 5 YHTEISÖKUVA JA YHTEISÖHOITOTYÖ

Pienemmiltä alueilta tulee kerätä entistä enemmän tietoa varsinkin, kun Widh-Widh kyläyhteisöstä ei ole juurikaan aikaisempaa tietoa. Kerättyä ja käsiteltyä tietoa tarvitaan, jotta alueiden erityispiirteet saadaan esille. Muodolliseen ja viralliseen aluearviointiin tarvitaan aikaa ja suunnittelua, jolloin tietoa kerätään systemaattisesti. Systemaattisesti kerätty tieto analysoidaan. Ennen työn aloittamista asetetaan selkeät tavoitteet ja toiminta suunnitelma, minkä mukaan toimitaan.

Yhteisöllä on oikeus määrittää omat tarpeensa. Yhteisölähtöinen tarve lisää yhteisön sitoutumista, jolloin terveyden edistäminen monialaisella sovittelulla tehostuu. (Community-based initiatives 2009.) Yhteisöanalyysin antaa todellisen ja laajan kuvan alueen omista tarpeista sekä jo olemassa olevista voimavaroista. Yhteisöanalyysin avulla voidaan tehdä johtopäätöksiä esille tulleen informaation pohjalta terveystarpeista. Olemassa olevien terveyspalvelujen toimivuuden ja vaikuttavuuden arviointi yhteisöanalyysin avulla on mahdollista. se myös mahdollistaa rajallisten voimavarojen suuntaamisen oikeisiin kohteisiin. (kekomäki 2005,4). Aloitteilla ja yhteisön organisaation johtamisella saavutetaan kehitys. Yhteisöanalyysi on pitkä prosessi, jossa kerätään, kuvataan, analysoidaan ja jaetaan tietoa yhteisön terveydestä, hyvinvoinnista ja niiden ehdoista. Sen pohjalta voidaan tehdä yhteisödiagnoosia. Morrissa pide-



tään yhteisödiagnoosin isänä hänen luotuaan yhteisödiagnoosin Ilosa-Britanniassa vuonna 1950. Yhteisöanalyysi on lähtöisin Amerikasta juurta juurensa yhteiskuntatieteeseen.

Yhteisökuvan voi toteuttaa monella eritavalla ja monitasoisena. Yhteisökuva muodostuu erilaisista profiileista kuten yhteisö-, terveystekijä-, terveys-, ja palveluprofiilista. Yhteisöprofiili sisältää tietoa yhteisön eri toimintasektoreista. Terveystekijä- ja terveysprofiilit kattavat tietoa ihmisten elämäntilanteista, elinympäristöstä, terveyden ja hyvinvoinnin jakautumisesta. Terveystekijäprofiiliin kootaan tietoa kolmesta eri tekijästä, jotka ovat elintavat, sosiaaliset riskitekijät ja biologinen, kemiallinen tai fyysinen riskitekijä. Ruokatuotteet, päihteiden käyttö, syyt, joiden takia terveyspalvelu ei käytetä, vaihtoehdot hoitomenetelmien käyttö ja itsehoitomenetelmät kuuluvat elintapoihin. Sosiaalisiin tietoihin kuvataan sosiaaliverkostot; siviilisääty, ystävyys-suhteet ja harrastukset. Veden laatu, maaperätekijät, ilmasto ja ilmanlaatu kuuluvat biologisiin, fysiologisiin tai kemiallisiin riskeihin. (Kekomäki 2005,4).

Yhteisö sana ei ole uusi ja tuntematon. Aristoteles määritteli hyvän elämän perusteisiin kuuluvan yhteisöllisyys, perhe, ystävyys-suhteet ja valtiollisen elämän osallistumisen (Juosila 2000, 4). WHO maailmanlaajuinen kansanterveysohjelmassa on yhteisönäkökulmia terveyden edistämisen. Otawassa ja Jakartassa pidetyt kokoukset terveyden edistämiseksi täsmennettiin terveyden edistämisen suuntaviivat 2000-luvulle asti. Kokous toi esille yhteisön terveyden edistämistä (Huittinen 2006, 8). Aikaisempi tutkimuksia ja teorioita on kritisoitu yksilökeskeiseksi, jossa perhe ja ympäristö jäävät lähes huomiotta. WHO:n terveyttä vuoteen kaikille vuorostaan korostaa yhteisönäkökulmaa (Hiller-Ikonen 1999, 9). Yhteisö mielletään maailmanlaajuisena systeeminä ja abstraktina. Yhteisö asiakkaana voidaan nähdä instanssina eli esiintymänä, joilla yhteys toimii asiakkaisiin, jotka koostuvat kuntalaisista. Perheitä tai ryhmiä voidaan nähdä myös yhteisöinä (John W. 1998). Yhteisöllisyyttä voidaan määrittellä väestöjoukoksi, jolla on yhteinen ominaisuus tai päämäärä. (Marjomaa & Pirola 2002.) Joukko, josta yhteisö muodostuu tuntevat toisensa hyvin. McMurrain mukaan määritelmä on epämääräinen.

Englannin kielen sanoista community nursing, community health nursing ja public health nursing vastaavat suomenkielistä yhteisöhoitotyötä. Suomen kielessä seuraavat sanat ovat vakiintuneet kuvaamaan yhteisöön liittyvää hoitotyötä: väestö- ja yhteisökeskeinen hoitotyö, väestövastuinen terveydenhoito, yhteisöhoito, yhteisöhoitotyö, perhe- ja yhteisökeskeinen hoitotyö ja yhteisökeskeinen terveydenhoitotyö. Yhteisökeskeistä hoitotyötä on liitetty terveydenhoitotyöhön (Huittinen 2006, 9-10). Caring -käsitettä on laajennettu tutkimuksien myötä käsittämään yksilöstä yhteisöön. Silloin tähän käsitteeseen liitetään moraalinen käsitys, vuorovaikutus, vaikutus sekä toiminta yhteisötasolla (Smith-Campbell 1999).

Yhteisöllisyyttä voidaan pitää elämänmuotona, joka perustuu ihmisten taloudelliseen tai aatteellisiin päämääriin yhteenliittymään. Uskomus, maailmankatsomus, tunteet, sukulaisuus tai intressit ovat ominaisuuksia, jotka luovat yhteisölle pohjan. (Pirjomaa ym. 2002.) Mitä hyvänsä ihmisten yhteen liittymää ei voida kutsua yhteisöksi (Kangaspunta 2006, 77). Sosiologisesta

tutkimusnäkökulmalta tarkasteltuna yhteisö on maantieteellisesti rajattuna oleva yksikkö; kuten kyläyhteisö, sosiaalisen vuorovaikutuksen yksikkönä ja yhteenkuuluvuuden yhteisyys, jota osoitetaan tunteiden ja muiden symbolien avulla (Hiller-Ikonen 1999, 7). Hoitotietessä yhteisöllisyyttä voidaan ymmärtää laajana ihmisten välisenä kanssakäymisenä, jossa on yhteyden ja yhteen kuuluvuuden kokemus. Yksilöllisyys ja yhteisyys on sovitettavissa vapaaehtoisuudella kanssakäymisellä (Hiller-Ikonen 1999, 7). Yhteisöhoitotyön periaatteena on (yksilön, perheen,) asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Tämä näky asiakkaan voimaantumisenä ja sosiaalisena vahvistumisena. Yhteisöhoitotyöllä vahvistetaan asiakkaan sekä sisäisiä että ulkoisia voimavaroja, jolloin hän pärjää elinympäristössään ja viettää mahdollisimman itsenäistä elämää. (Hämäläinen, Kuitunen & Marttinen 2010, 12.)

Yhteisöllisyyttä on kritisoitu kontrollista ja siitä, että yhteisökäsitteellä ei ole paikkaa tämän päivän modernisessa maailmassa. Yhteisö on traditionaalisen yhteisön käsityksen alkuperää sosiologin käsityksessä. Ihmiset liittyvät luonnollisesti toimivaan kokonaisuuteen hengissä säilymisen kannalta. (Hiller-Ikonen 1999, 7). Ihmiset kokevat valtiollisten interventoiden tunkeutuvan ihmisten välisiin suhteisiin. Yhteisöllisyyteen on kohdistunut kritiikkiä myös siitä, että se on naisen tehtävä muodostaa yhteisöllisyyttä (Juosila 2000,4).

## 5.1 Yhteisöllisyys somalialaisessa kulttuurissa

### 5.1.1 Perhe ja suku

Yhteisöllisyys luo pohjaa somalialaiselle kulttuurille. Yksilön identiteetti peilautuu yhteisön kautta. Perhekäsite on erilainen kuin suomalaisessa yhteiskunnassa, jossa ydinperhe käsittää vanhemmat, lapset ja mahdolliset kotieläimet. Somalialainen ydinperhe koostuu vanhempien ja lasten lisäksi isovanhemmista, tädeistä, sedistä, enoista, serkuista ja joskus myös kasvattilapsista (Hassinen-Ali-Azzani 2002, 36). Somalialainen perhekäsitys on suuri ja se pitää sisälleen lähes kaikki lähisukulaiset. Sukulaisuuden merkityksen korostaminen näkyy perimän puhautta tähdentämällä ja suosimalla somalialaisten keskinäisiä avioliittoja. Tämän vaalimiseksi vanhemmat ja sukulaiset sopivat keskenään osan avioliitoista. Islamin laki sallii miehelle neljä vaimoa. Yleensä jokainen vaimo asuu omassa taloudessa. (Velho 2009.)

Perhe muodostaa somaliyhteisön perusyksikön. Se luo myös pohjaa yhteisölliselle hoitoperinteelle, jossa hoitaminen on maallikon tasolla. Kunnioitus ja suojelu ovat luonteenomaisia maallikkohoitamislle. (Junttunen 2001.) Äitikeskeinen perhe juontaa juurensa islamista. Nainen säilyttää sukunimensä avioitumisenkin jälkeen, jottei tulisi erehdystä tai epäselvyyttä

naisen sukulaisverkostossa. Avioitumisen jälkeen nainen kuuluu isänsä sukuun. Tällöin puhutaan patriaalinearisesta sukuperinteestä. Mies, hänen vaimonsa ja lapset muodostavat laajan ja monimutkaisen sukulaissuhdeverkostoa, jossa on velvollisuuksia ja ristiriitoja. Lapset oppivat tunnistamaan, kunnioittamaan ja elämään laajassa sukulaisverkostossa. (Velho 2009.)

Yhteisöllisyyden ihannoinnin kuviteltiin kadonneen joistakin länsimaista kokonaan maailman rationalisoitumisen myötä (Lehtonen 1995). Widh-Widhi-kylässä kuitenkin kukoistaa vanha heimokeskeinen yhteisöllisyys, johon liitetään tiivis verkosto, paikallisuus ja naapurusto. Paikallisuuteen liittyvä identiteetti on kadonnut Suomesta, jossa vallitsee yksilöllisyyttä ihannoiva kulttuuri. Yhteiskunnallinen palvelujärjestelmä korvaa perheiden ja paikallisyhteisöjen tarjoamaa hoivaa ja turvaa. Pohjoismaiden individualistisen kulttuurin rinnalla on kuitenkin ruvettu puhumaan yhteisöllisyydestä. Michel Maffesolin ranskalaisen sosiologin mukaan yhteisöllisyys antaa mahdollisuuden liittyä yhteen samankaltaisten ihmisten kanssa. (Saastamoinen 2000.)

### 5.1.2 Sosiaalisen verkoston tuki

Yhteisöissä perhettä nähdään alasysteeminä, joka on riippuvainen muista yläsystemeistä. Ihminen suhteuttaa itseään ympäristöön, jolloin yhteisön jäsenenä oleminen on syntynyt suhteesta ympäristöön. Tähän voidaan sisäistää suhde yhteiskunnan lisäksi yksilön sosiaaliset suhteet muihin. Yhteisön tarjoaman huolenpidon vastikkeeksi yksilö pyrkii sopeutumaan ympäristön kulttuuriset olosuhteet, poliittiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat terveyteen edistävänä tekijöinä. Widh-Widhilaista lasta kasvatetaan isänmaallisuuden lisäksi luomaan hyvää suhdetta yhteiskunnan eri tahoihin, jolloin suku ja klaani voivat olla ylpeitä jäsenestään. Vaikka Widh-Widhin on maantieteellisesti alueelle rajoittuva yhteisö, se ei sulje pois muita yhteisöjä ja yhteistyökumppaneita. Widh-Widhistä kotoisin olevat asukkaat, jotka ovat ulkomaille muuttaneet muodostavat laaja sosiaalisia verkostoja. Verkostot muodostuvat maailmanlaajuisista yhdistyksistä. Näin ollen maan ja mantereiden rajat eivät ole este yhteisöille eivätkä yhteen kuulumuudelle.

Ihmiset muodostavat yhteisöjen lisäksi sosiaalisia verkostoja. Yhteiset kokemukset ja ongelmat luovat pohjaa sosiaaliverkoston synnylle. Sosiaaliverkosto on lähikäsite yhteisölle. Tutkimuksilla on osoitettu yhteisön antaman sosiaalisen tuen merkitystä terveydelle. Läheisimmiltä ja perheeltä saatu emotionaalinen ja henkinen tuki edistävät terveyttä. Perheen, läheisten ja yhteisön antamaa sosiaalista tukea ei voida korvata millään yhteiskunnan järjestelmällä. Yhteisö tarjoaa jäsenilleen yhteenkuuluvuutta, ystävyyttä, toveruutta, läheisyyttä, tukea, apua ja huolenpitoa. Näitä etuuksia kutsutaan sosiaalisiksi tuiksi. Yksilö määrittelee identiteettiään peilaamalla itseään yhteisöön. Sosiaalipsykologian tutkimus on osoittanut elämän hallinnan ja sosiaalisen tuen välistä yhteistyötä. Henkilökohtainen asioiden hallinta lisääntyy, kun yksilön

tukena on sosiaalinen ympäristö, joka tukee selviytymään. Yksilön sairastettuaan ja erilaisten haasteiden kohdatessa sosiaaliverkostosta on hyötyä. (Hiller-Ikonen 1999, 22.)

Yhteisön terveyttä voidaan tarkastella kahdelta eri näkökulmasta. Subjektiivisessa perspektiivissä on kyse yhteisön omista kokemuksista. Objektiviivisessa määrittelyssä kyse on resurssista. (Huittunen 2006,85.) Yhteisön terveyttä voidaan myös suhteuttaa sen ympäristöön, yhteisötason kansanterveyteen, terveystyöskäytymiseen, terveystalvelujen saatavuuteen ja yhteisön taitoihin sekä yhteistyöhön. Sosiaali-ekologinen terveystyöskäytymisen pohjautuu ympäristöön. Tunnuslukuina tai määrällisinä kuvauksina ilmaistut kansanterveys ja terveystyöskäytymisen edustavat biolääketieteellistä ja kansanterveystieteellistä näkökulmaa (Huittunen 2006,85). Yhteisö voi olla sairas tai hyvinvoiva kuten ihminenkin. Terveestä ja hyvinvoivasta yhteisöstä saa tukea, ratkaisuja ristiriitatilanteisiin ja jännitteisiin. Se pitää myös jäseniään mukana sosiaalisissa siteissä. Sosiaalinen side on hyvin vahva Widh-Widh-kylä yhteisössä. Yksilöstä puhuminen on harvinaista. Yksilö liitetään aina suurempaan kokonaisuuteen; perheeseen ja klaaniin. Pahoinvoivassa ja sairaassa yhteiskunnassa korostuu yhteisöllisyyden negatiiviset puolet; kontrolli, syrjäytyminen, leimaaminen, huono ja painostava ilmapiiri. (Juosila 2000,4).

Yhteisöt ovat kuolleet tai voivat huonosti, koska elämme postmodernisessä ajassa, jossa ihannoidaan yksilöllisyyttä. Julkiset järjestelmät hoitavat tehtäviä, joita aikaisemmin yhteisö on hoitanut. Somalian julkisen hallinnon romahtamisen lisää yhteisöjen vastuuta ja siten elvyttää yhteisöjä. Julkinen hallinta siirtää vapaaehtoisille tehtäviä. (Huittunen 2006,15). Klainiyhteisön merkitys korostuu esimerkiksi ristiriitojen sovitteluissa. Yhteisöjen elvytys ei tapahdu ainoastaan sosiaali- ja terveyden huollon toimialoilla. Kiinnittämällä huomiota ympäristön viihtyvyyteen, arkkitehtuuriin, palvelujen saatavuuteen ja vapaa-ajan viettomahdollisuuden rakennetaan sosiaalisesti toimivia ja kestäviä yhteisöjä (Juosila 2000, 5). Yhteisöhoiton kannalta sosiaali- ja terveysalan koulutuksen edistäminen ja toiminnan kehittäminen yhteisökeskeisempään suuntaan on asiakkaan kannalta perusteltua (Ojala 1997.)

Terveydelle annetaan monenlaisia merkityksiä, koska terveyttä koetaan yksilöllisesti eikä se merkitse aina vain sairauden puuttumista. Terveyttä voidaan kokonaisvaltaisemmin määrittää sisäisten ja ulkoisten voimavarojen dynaamiseksi ja harmoniseksi tasapainoksi. Yleisasenne ja elämäntyyli ovat merkittävimpiä voimavaroja. Ulkoiset voimavarat yhdistetään ihmisiin ja sosiaaliseen tukeen. (Hiller-Ikonen 1999, 22.) Somaliaalaisten terveystyöskäytymisen muodostuu koraanista. Terveystyöskäytymisen koetaan Jumalan lahjana. (Alitolppa-Niitamo, Söderling & Fågel 2005,96).

Yhteisön tarjoama sosiaalinentuki edistää positiivisesti mielenterveyttä. Kuitenkin merkitystä on sillä, että kokee henkilö saavansa riittävästi sosiaalista tukea. Yksinäisyys ja syrjäytyminen ovat vieraita käsitteitä Widh-Widhissä, vaikka ne ovat teoriassa mahdollisia sielläkin. Itseluot-

tamus on yksi merkittävä osa mielenterveydessä. Se on psykologinen resurssi, joka luo perustan henkiselle hyvinvoinnille. (Mäenpää 2008.)

## 5.2 Terveyden edistäminen Widh-Widhin kyläyhteisössä

Ihmisen fyysisen terveydentilan lisäksi terveyteen vaikuttaa lähiyhteisöjen, yhdyskuntien sekä valtioiden toiminta. Tämä ajatus luo pohjaa yhteisökeskeisyydelle hoitotyölle. Lähiyhteisön vaikutus välittyy sosiaalisena tukena, joka vaikuttaa terveystyöskäytymisenä. hallinnon eritasoilla tehdään suunnitelmia ja päätöksiä, joilla vaikutetaan ihmisen terveyteen. Tahto ja ihmisen omat valinnat ovat ratkaisevia terveellisten valintojen kannalta. Huolehtimalla itsestään ja toisistaan edistetään terveyttä perhe sekä yksilötasolla. Terveyden edistämistä on myös yksilön tai ryhmän selviytymisen tukeminen psykososiaalisista stressitekijöistä. (Hillerlkonen 1999, 22.)

Yhteisöllisyys on voimavara, jota voidaan hyödyntää yhteisöhoitotyön kehittämiseen. Hoitotieteellisillä yhteisöllisiä malleja kehitetään yhteisön aktivoinnin pohjalta.

Maailmalaajuiset hoitotyöyhteisöt tarvitsevat erilaisten vertailututkimuksista tutkimus tuloksia. Monimuotoisuudesta on mahdollisuus oppia ja kehittyä, siksi yhteisön ponnistuksia ja yhteisöjen laajentumista pidetään ensiarvoisen tärkeänä. (Ketefian, Redman, Masterson & Neves 2001.) Yhteisökeskeinen hoitotyön kehittymisen myötä ovat opettajat tehneet ponnisteluja oppilaittensa eteen, jotta he saisivat oppinsa erilaisissa hoitoyhteisöissä. Yhteisöhoitotyö edellytyksenä on yhteisön tuntemusta. (Freenstara 2000.) Myös Riportella-Mullerin ja kumppaneiden tekemässä tutkimuksessa identifioidaan opiskelijoille harjoitteluun sopivia väestöryhmiä, terveystilanteita ja yhteisöjä. Kohderyhmää löytämällä pystytään vastaamaan muuttuviin hoitotarpeisiin (Riportella-Muller, Shelby, Salmon, Quade 1991.)

Ihminen kuuluu aina, johonkin toimivaan kokonaisuuteen eli yhteisöön, vaikka ei itse sitä tiedostaisikaan. Tutkimuksissa on todettu, että uskonnolliseen yhteisöön kuuluvat kokevat itseään muita terveemmäksi. Tämä on perusteltua sillä, että kirkko kokoaa kaikki yhteisön tasot, jolloin terveystarpeiden kohtaaminen on mahdollista ja terveyden eriarvoisuus yhteisössä pienenee. (Simpson, King MG 1999.)

## 6 TERVEYSPALVELUJEN TARVE

Terveyspalvelujen tarvetta voidaan määrittellä monella eritavalla ja myös eritieteidenalojen kautta. Kansainvälisessä kirjallisuudessa terveyspalvelujen tarvetta on määritelty tarveopin kautta kun taas tutkimuslähtökohdilla ja terveyspalvelujen suunnittelijoilla on omat lähtökohdansa (Mäntyranta ym. 2004,86.)

Käsitettä voidaan määrittellä sairauslähtöisestä, tarvelähtöisestä, tarjontalähtöisestä tai asiantuntijalähtöisestä näkökulmasta. Sairauslähtöisen määritelmän mukaan tarve on olemassa, kun

tulee esille terveysongelma, joka vaatii hoitoa. Widh-widhin asukkaille on tullut vuosien varrella terveysongelmia, joihin he tarvitsevat hoitoa. Asukkaat joutuvat hakemaan tarvitsemiinsa terveyspalveluita 70km päästä Buuhoodlesta tai elämään terveysongelmien kanssa. Terveyspalvelujen tarve on terveyden tai hyvinvoinnin häiriö, joka edellyttää lääketieteellistä hoitoa. Laajemmin määriteltynä tarve on puute tai häiriö terveydessä tai sosiaalisessa hyvinvoinnissa, joka vaatii ehkäiseviä, hoitavia tai kuntouttavia toimenpiteitä (Mäntyranta ym. 2005,3281).

Tarjonnanlähtöisessä tarvemääritelmässä keskeisin ajatus on siinä, ettei kaikkiin terveystarpeisiin voida vastata. Tämän näkökulman mukaan terveyspalvelujen tarve on olemassa vain silloin kun sairauten tai terveyspalveluun on olemassa ratkaisu. Ratkaisu voi olla parantavan hoidon lisäksi lievittävä, ehkäisevä menetelmä tai jopa saattohoitoa kuolevalle potilaalle. Toimivasta menetelmästä on näyttöä ja se lisää elinvuosia tai parantaa elämänlaatua. Jos terveysongelmiin ei ole ratkaisua, tällöin ei myöskään ole tarvetta olemassa. Tarjontalähtöinen lähestymistapa on äärimmilleen pelkistettynä sitä, että löydetylle vaikuttavalle menetelmälle etsitään käyttäjä esimerkiksi uudelle astmalääkkeelle (Mäntyranta ym. 2005,3282). Tarjontalähtöinen tarvemääritelmä ei sovi Widh-Widh-kylään, koska vaikka ihmisillä on kylässä terveydellisiä ongelmia joihin he eivät ole saaneet hoitoa. Se, ettei ole palveluita alueella, ei poista tarvetta.

Terveyspalvelujen tarvetta voidaan jaotella lääketieteellisesti määritettyyn tai asiantuntijan arvioimaan tarpeeseen ja koettuun tarpeeseen. Objektiiivisesta tarpeen havaitsemisesta puhutaan myös silloin, kun yhteiskunnan tai lähiympäristö määrittää tarpeen. Subjektiiivisesta tarpeesta on kyse silloin kun potilas kokee tarpeellisuuden. (Mäntyranta ym. 2005,3282.)

Asiantuntijanäkökulma antaa merkitystä objektiiiviselle arvioinnille terveyspalvelujen tarpeen määrittelyssä. Tätä asiantuntijalähtöistä määrittelyä ja näkökulmaa kutsutaan normatiiviseksi. Palvelujen tuottaja tai ostaja käyttää hyväksi asiantuntijan osaamista palvelutarpeen määrittämisessä tietyn sairauden tai hyvinvointiongelmaan. Arvioivan asiantuntijan näkemyksen mukaan tarve palvelulle on aiheellinen sairauden tai hyvinvointiongelman hoitoon. Asiantuntijan palvelutarpeen määrittelyä tarvitaan pohdittaessaan palvelutarpeen yhdistämistä kansalaisen oikeuksiin saada palvelua. (Mäntyranta ym. 2005,3282).

Asiantuntijalähtöisessä tarvemäärittelyn huono puoli on se, että se sivuuttaa kokonaan potilaan näkemyksen terveyspalvelujen tarpeesta. Palvelujen käyttäjän kokemuksia, näkemyksiä, odotuksia ja arvoja huomioidaan käyttäjälähtöisessä terveyspalvelujen tarpeiden arvioinnissa. Potilas pääsee ilmaisemaan kokemuksensa kautta subjektiiivista tarvettaan. Asiakkaan tarpeet voidaan jaotella koettuihin ja ilmaistuihin tarpeisiin. Koetun tarpeen kautta potilas ilmaisee millaista hoitoa tai hoivaa hän tarvitsisi terveysongelmaansa, kun taas ilmaistussa tarpeessa potilas pyytää tai vaatii terveyspalvelua palvelujen tuottajilta. Potilaan kokemuksiin ja ilmai-

sutarpeeseen vaikuttaa käytännön menetelmät terveydenhuollossa; potilaan saama tieto ja niiden saatavuus. Kulttuurilla ja maantieteellisellä sijainnilla on merkitystä koettuun ja ilmaistuun tarpeeseen (Mäntyranta ym. 2005, 3282).

### 6.1 Tarpeiden arvioinnin merkitys

Maantieteellinen sijainti vaikuttaa terveystalvelujen eriarvoisuuteen paikkakunnissa. Widh-Widh-kylä sijaitsee syrjäisellä seudussa ja lähellä naapurimaan Etiopian rajaa, siksi alueen terveydenhuollon kehittämiseen ei ole panostettu. Terveystalveluontutkimuksien ja arvioinnin avulla tarkastetaan paikallisten terveystalvelujen tarjonnan vastaavuutta todelliseen tarpeeseen (Mäntyranta T, Elonheimo O, Brommels M. 2005;60:3281). Vastaavatko yhden kättilön ja sairaanhoitajan tarjoamat talvelut koko kylän todellisiin tarpeisiin? Ilman tarpeiden ja resurssien arviointi todelliset tarpeet jäävät huomiotta ja suuntaamatta oikeaan kohteeseen. (Mäntyranta ym. 2004, 131.)

Pelkillä systemaattisilla tutkimuksilla ja asiantuntijoiden arvioinnille ei kuitenkaan tehdä päätöstä (Mäntyranta, Elonheimo, Brommels, Mattila, Viitala 2004;131.) Suomessa potilaille kuuluu osallistumisen mahdollisuus talvelujen järjestämistä koskevissa päätöksissä. Osallistumisen järjestäminen voi kuitenkin olla hyvin vaikeaa. Somaliassa potilaalla ei ole mahdollisuutta osallistua terveystalvelujen järjestämiseen koskevissa päätöksistä, koska osallistumisen järjestäminen on mahdotonta. Sen sijaan potilaalla on mahdollisuutta osallistuma oman hoitoon koskeviin päätöksiin.

Paikallisella tasolla arvioidessaan talvelujen tarvetta vaaditaan arvioijalta tieteellinen ja ammatillinen pätevyys. Epidemiologinen tuntemus, tilastotietojen käsittely ja tutkimustulosten soveltamistaito sekä hoidon tehokkuuden ja kustannusten arviointi ovat taitoja, joita myös tarvitaan arvioidessaan talvelujen tarvetta. (Mäntyranta ym. 2004, 131.) Yhden henkilön on vaikeaa hallita kaikkia näitä osa-alueita, siksi talvelutarpeiden arviointi tehdään yhteistyönä Somaliassa.

### 6.2 Tarve, kysyntä ja tarjonta

Terveystalvelujen suunnittelussa on tärkeää erottaa näiden sanojen merkitystä toisistaan sillä sanojen riippuvuussuhteet ovat tiiviit ja se on kuin veteen piirretty viiva. Potilaiden ja väestön ilmaisemaa tarvetta nimitetään kysynnäksi (Mäntyranta, Elonheimo & Brommels 2005;60:3282). Kysynnästä on kyse, silloin kun potilaat ilmaisevat mitä haluavat. Tarjonta on sitä, mitä talvelujärjestelmällä on tarjota menetelmien ja voimavarojensa puutteissa. (Mäntyranta ym. 2004, 48.)

Faktaa on, ettei kaikkia olemassa olevia tarpeita voida tyydyttää, siksi voimavaralähtöisestä lähtökohdasta, jossa huomioidaan sekä menetelmät että voimavarat. Yhteiskunnalla erityises-

ti kehitysmaassa ei ole varaa tyydyttää kaikkia tarpeita. Siksi kaikki terveysongelmia ei pystytä ratkaisemaan eikä poistamaan (Mäntyranta ym.2004,48 ). Kuitenkin jokaisen maan tulee luoda terveystieteeseen, joka perustuu väestönsä tarpeisiin (McMurray 1993).

### 6.3 Tarpeen mallintaminen

Palvelujen tarpeen mallinnusta käytetään alueellisen hoidontarpeen arvioinnin ja valtakunnallisen terveysseurannan kehittämiseen (Mäntyranta, Elonheimo, Brommels, Mattila, Viitala 2004;49.) Terveyspalvelujen tarvetta on kuvattu erilaisilla kaavioilla, jotta terveyspalvelujen tarvetta, käyttöä ja voimavarojen suunnittelun hallitsemisessa onnistuttaisiin(Liite 1). Mallien avulla havainnollistetaan mm. tarpeiden, kysynnän ja tarjonnan päällekkäisyyksiä. Tästä hyvä esimerkki on jonot ja palvelujen ylitarjonta (Mäntyranta ym. 2005,3283). Widh-Widhissä ei ole terveyspalvelujen ylitarjontaa vaan päinvastoin, terveyspalveluista on huomattava pula. Terveyspalvelut rajoittuvat yksityisen sairaanhoitajan vastaanottoon ja kättilön palveluihin. Suomessa pidämme itsestään selvänä kunnan tarjoamia terveyspalveluita kuten lääkäri-, neuvala-, ja koulun terveydenhuolto palveluita. Widh-Widh kylässä näitä palveluita ei ole lainkaan.

## 7 OPINNÄYTEYDEN TOTEUTUS

Tiedonhaku opinnäytetyötä varten aloitettiin maaliskuussa 2010. Tietoa haettiin Laurean ammattikorkeakoulun tietokannoista. Tiedon etsintä aloitettiin suomalaisista tietokannoista Lauruksesta, Lindasta ja Medicistä. Myöhemmin siirryttiin ulkomaalaisiin tietokantoihin Ebsco Cinahl ja Ovid fulltext. Ulkomaalaisten tietokantojen tutkimukset vastasivat paremmin opinnäytetyön teoriaviitekehukseen. Moni hyvä tutkimus jäi käyttömahdollisuuksien ulkopuolelle maksullisten tietokantojen takia. Tiedonhakua tapahtui yksittäis- ja yhdistelmähaulla. Erilaiset yhdistelmähaudet katkaisumerkinneen tuottivat runsaasti tuloksia, joita rajattiin peilaten tutkimuskysymyksiin. Tiedonhankintaa tuki koulun informaattikko. Opinnäytetyöhön hyödynnettiin myös manuaalista tiedonhakua perehtyen tutkimusten lähdeluetteloihin. Tutkimusten lisäksi opinnäytetyössä on käytetty aiheen liittyviä artikkeleita. Tutkimusten aineisto analysoitiin tutkijan taulukon avulla ennen teoreettisen viitekehysten luomista (Liite 3).

Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari esitettiin Laurea ammattikorkeakoulussa 15.lokakuuta 2010. Suunnitelmaseminaarissa käytiin läpi ohjaavan opettajan ja vertaisarvioijan kanssa opinnäytetyön aihe, tiedonhakuprosessi, tiedonkeruumenetelmä, opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitusta. Syys- ja lokakuun aikana tapahtui myös aineiston hankinta ja raportin kirjoittaminen aloitettiin saman tien. Arvioivaseminaari pidetään marraskuussa.

Terveystarpeita kartoitetaan Widh-Widh-kylästä puolistrukturoidulla puhelinhaastattelulla. Puhelinhaastattelu toteutui hieman suunniteltua myöhemmin. Haastattelu toteutui lokakuussa



kun suunnitelmien mukaan sitä olisi pitänyt toteuttaa elokuussa 2010. Ongelmaksi muodostui haastateltavien tavoittaminen huonojen linjojen takia. Opinnäytetyön aikataulu oli tiivis ja painottui syksyyn. Haastattelu tapahtui somalian kielellä. Haastattelun aikana tehtiin mahdollisimman tarkkoja muistiin panoja somaliaksi. Niiden pohjalta haastatte kirjoitettiin auki somaliaksi. Auki kirjoitettua tekstiä käännettiin suomeksi. Suomenkielisen aineiston pohjalta tehtiin induktiivinen sisältöanalyysi ja tulkinat.

### 7.1 Tutkimukseen osallistujien valinta

Tutkimukseen osallistujat valittiin tietoisesti harkitusti ja tarkoitukseen sopivat henkilöt. Valittujen henkilöiden perusteella saadaan parasta mahdollista tietoa, jolloin puhutaan eliittiotannasta (Tuomi ym. 2009, 86.). Valintakriteerinä olivat hoitoalan koulutuksen lisäksi Widh-Widh kylän tuntemus sekä hoitotyön kokemus Widh-Widh-kylässä. Kriteerit luovat osallistujille yhdistäviä tekijöitä. Nämä yhdistävät tekijät ovat oleellisia yleistettävyyden kannalta (Haataja & Hänninen 2008). Nämä kriteerit supistavat paljon mahdollisten haastateltavien määrää. Kylän asukkaista vain kaksi täyttivät näitä osallistumisen kriteereitä. Haastatteluajankohdan lähestyttyä osallistujille lähetettiin sähköpostitse somaliankielinen suostumuslomake, kyselykaavakkeen runko sekä ehdotus haastatteluajoja (Liite2). Sähköpostitse saatiin sovittua haastatteluajaa.

### 7.2 Aineiston hankinta

Opinnäytetyön aineiston vähyteen vaikutti se, ettei opinnäytetyö kuulu mihinkään projekti-hankeeseen. Tämä supistaa käytössä olevia resursseja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 168.) Opinnäytetyön aineisto on laadullisella eli kvalitatiivisella tiedonkeruumenetelmällä koottu. Ihminen on laadullisen tutkimuksen keskipisteessä, jolloin hän luo merkitystä elämäpiirinsä ja siihen liittyviin seikkoihin. (Kylmä & Juvakka 2007, 16.) Haastattelijan tehtävänä on tuoda tiedonantajan viesti perille, jolloin hän välittää maailmalle heidän ajatuksia, käsityksiä ja tunteita tutkittavasta asiasta. (Hirsjärvi & Hurme 2001: 40, 61.) Induktiivisuus luo laadulliselle tutkimukselle lähtökohdan. Induktiivisessa päättelyssä yksittäisistä havainnoista päädytään yhdistelyn avulla suurempaan kokonaisuuteen. (Kylmä & Juvakka 2007, 22.)

Haastattelu on yksi laadullisen aineiston keruumenetelmä, jossa tutkittavat saavat itse tuoda esille asiansa. Haastattelun etuihin kuuluu joustavuus, haastateltavan subjektiivisuus ja mahdollisuus selvittää saatuja vastauksia. Puhelinhaastatteluiden määrä on kasvussa. Puhelinhaastattelu säästää tutkijan aikaa, kun ei tarvitse matkustaa haastateltavien luokse aineiston hankkimista varten. Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna, jolloin haastateltavan on helpompaa puhua asioistaan vapaasti (Hirsjärvi & Hurme 2001: 40, 61.)

Haastattelu toteutettiin puolistrukturoidun haastattelukaavakkeen pohjalta. Opinnäytetyön teoriaviitekehystä nousi neljä perustarvetta, jotka ovat vesi ja sanitaatio, koulutus (naisten koulutus), turvallisuus sekä julkisen terveysterveysorganisaation terveyspalvelut. Puolistrukturoitu haastattelu syntyi näiden neljän perustearpeen pohjalta. Puolistrukturoidussa haastattelussa aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille samanlaiset. (Hirsijärvi & Hurme 2001, 48.) Ennen varsinaisen haastattelun suorittamista haastattelun kyselykaavake pilotoitiin yhdelle lääkärille, jolle Widh-Widh-kylä terveyspalvelujärjestelmään on tuttu. Muita esihaasteltavia ei löytynyt.

## 8 AINEISTON ANALYSOINTI JA TULKINTA

Laadullisen tutkimuksen sisältöanalyysillä käsitellään opinnäytetyön aineisto. Yleensä ihminen ja ihmismaailma ovat laadullisen tutkimuksen kohteena (Varto 1992, 23.) Sisältöanalyysin avulla voidaan kuvata ja analysoida systemaattisen aineiston tekstiä. Se on perus työvälinen laadulliseen aineistoon. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.) Aineistoanalyysissä käydään läpi kolme erilaista vaihetta; aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrhointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 108.) Opinnäytetyössä käytän induktiivista sisältöanalyysia. Aineistolähtöistä aineiston kuvaavien luokat ovat ohjautuneet aineistosta. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.)

Haastatteluaineisto litteroitiin eli kirjoitettiin auki sana sanalta. Litteroinnin jälkeen aineisto käännettiin suomen kielelle. Sen jälkeen aineistoa on käsitelty aineistolähtöisen sisältöanalyysin vaiheiden kautta. Ensimmäisenä aineisto pelkistettiin ja luokiteltiin, jolloin samanlaiset ilmaukset yhdistettiin. Yhdistelyn jälkeen luokat nimettiin, jolloin saatiin aikaiseksi ylä- ja alakategoriat.

Opinnäytetyön tulokset esitetään aineistosta nousseen ala- ja yläkategorian avulla. Aineista nousi kaksi keskeistä asiaa, joista muodostui yläkategoriat; 1. Asukkaiden perustarpeet ja 2. asukkaiden asema. Yläkategoria 1. (asukkaiden taloudellinen asema) muodostui alakategorioista vesi, sanitaatio, naisen koulutus ja julkinen terveysterveysorganisaatio. Yläkategorian 2. Käsite (asukkaiden perustarpeet) muodostui alakategorioista turvallisuus ja terveyspalvelut. Asukkaat voivat vaikuttaa omaan asemaan tietoisilla valinnoilla ja toiminnalla. Toisessa yläkäsitteen alla on sellaisia alakäsitteitä, kun turvallisuus ja julkisen organisaation terveyspalvelut, joihin asiakkaat eivät voi suoraan vaikuttaa. He eivät voi omaisuudellaan vaikuttaa onko kylässä rauhaa tai julkisia terveyspalveluita.

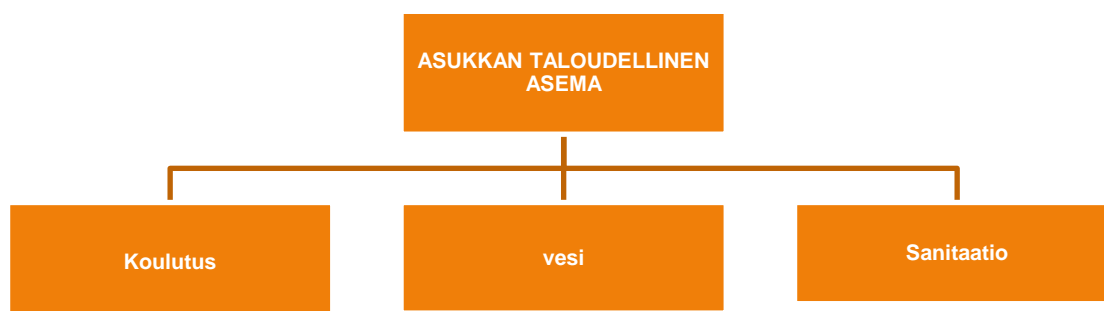
### 8.1 Tulosten tarkastelu

Kylän terveystarpeiden asiantuntijoina haastateltiin mies puoleinen sairaanhoitaja ja naiskättilö. Sairaanhoitaja on työskennellyt Widh-Widhissä kolme vuotta. Kättilön palveluja on saatu

kylässä pidemmän ajan, yhdeksän vuotta. Kummallakin on yli viiden vuoden työkokemus terveysalalla. Heillä on työkokemuksen lisäksi erilaiset koulutustaustat. Sairaanhoidajan koulutus on kestänyt Pohjois-Somaliassa kolme vuotta, kun taas kättilöksi valmistuu neljässä vuodessa. Haastateltavat olivat yksityisiä yrittäjiä. Kättilön työympäristö on monipuolisempi kuin sairaanhoidajan, koska hän lähtee tarvittaessa avustamaan synnytystä kotiin. Sairaanhoidajan toiminta rajoittuu vastaanottohuoneeseen. Kummallakin on välttämättömät työvälineet, että tulee juuri toimeen. Verenpainemittari, kuumemittari, Hb -mittari ja vaakaa koettiin välttämättömäksi hoitovälineeksi.

*”Teoriassa konsultoitavaa lääkäriä on, mutta saako häntä kiinni silloin kun häntä eniten tarvitsee.”* Haastateltavat vastasivat näin, kun heiltä kysyttiin konsultointimahdollisuuksistaan. He kokivat ettei konsultoitava lääkäri, jota ei edes aina tavoita, korvaa omaa lääkäriä. Kättilön suurin asiakasryhmä koostuu raskaana olevista naisista, joilla on tulehdus tai epämääräinen vuoto. Sairaanhoidajan asiakkaiden kirjo on suurempi. Lasten yleisimmät syyt sairaanhoidajan vastaanotolle ovat hengitystieinfektiot sekä vatsan vetovaikeudet. Iäkkäimmillä haikautuvat vastaanotolle ”ikävaivojen” kuten näköongelmien takia.

### 8.1.1 Vesi ja sanitaatio



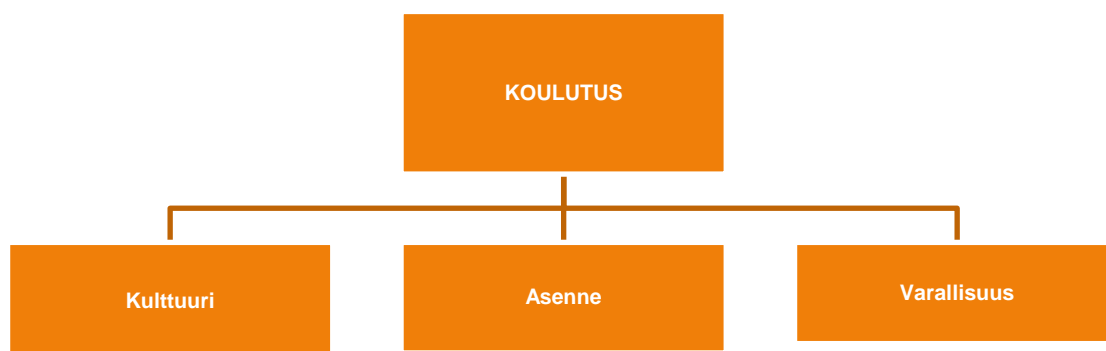
Kuva 1: Asukkaiden taloudellinen aseman vaikuttaa koulutukseen, vedensaantiin ja sanitaatiotilanteeseen.

Kyläläisillä on tällä hetkellä riittävästi vettä hyvien syysateiden ansioista. Sateet saavat paimentolaiset pysymään pois kylästä, kun heidän juomapaikatkin täyttyvät. Rikkinäiset kaivot on suurelta osin korjattuja, tosin niistä ei riitä juomavettä koko kylän asukkailla. Asukkaat eivät ole samanarvoisessa asemassa veden saannin suhteen. Asukkaiden käyttävät puhdistamatonta kaivovettä ja tämä näkyy heidän hampaissa. Erilaiset mineraalit värjäävät etuhampaat punertaviksi. Kylässä työskentelevä sairaanhoitaja ja kättilö kykenevät hankkimaan puhdasta, vettä hoitotyötä varten. Toimivaa vesiverkostoa ei kylässä kuitenkaan ole. Veden saanti on järjestetty niin, että talon katon korkeudelle asetetaan iso vesikanisteri, jota täytetään tietyin aikavälein. Puhdas vesi on välttämätön hoitotyön kannalta.

*”Puhtaan veden saanti hoitokäyttöön on välttämätön. Tiedämme, ettei epäpuhtaasta vedestä ole muuta kuin haittaa eikä tule kuuloonkaan että niitä voi käyttää mihinkään hoitotilanteeseen.”* Tämä lause kuvaa mitä merkitystä puhtaalla vedellä on hoitotyöhön. Haastattelijat kokivat puhtaan veden olevan yhtä tärkeää juomavedeksi kuin hoitotyön käyttöönkin. He kokivat myös, ettei hoitotyötä ei ole mahdollista toteuttaa ilman puhdasta vettä.

Sanitaatio ja veden tilanne ovat verrattavissa toisiinsa, sillä vain ne joilla on varaa rakentaa käymälöitä ja vessaa rakentavat sen. Mitään julkista käymälää kylällä ei ole. Osa kyläläisistä ei omista minkään asteista käymälää, jolloin he käyvät vieläkin puskissa hoitamassa tarpeitaan.

### 8.1.2 Koulutusta kaikille



Kuva 2: Naisen koulutusmahdollisuuden vaikuttavat tekijät ovat varallisuus, asenne ja kulttuuri.

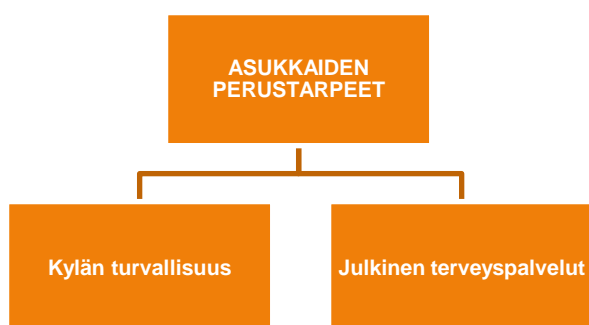
Haastateltavat olivat koulutuksen saaneita ja asiantuntijoita, joilla on monen vuoden työkokemus. Heillä molemmilla oli samansuuntaisia käsityksiä naisten kouluttautumismahdollisuuksista. Naisilla on mahdollisuus kouluttautua, mutta kulttuuriset asenteet, taloudellinen tilanne ja asenteet ovat este naisten kouluttautumiselle. Kumpikin haastateltava tuo vahvasti esiin kulttuurisen näkemyksen naisen kouluttautumiseen.

*”olkoon tyttö talossa tai haudassa.”*

Toinen haastateltava toi esille tämän sanonnan, joka on ääri suhtautuminen naisen koulutukseen ja yleisesti vapauteen. Kulttuurisesta kontrollista huolimatta haastateltava toi esille tytön ja naisen asemaa yhteisössä. Tyttöä arvostetaan somalialaisessa kulttuurissa ja hänen

isän on hänestä vastuussa. Vastuu siirtyy hänen mentyä naimisiin, jolloin mies on vastuussa vaimostaan. Jollei koulutusta mahdollisteta lapsuudessa, kouluun pääseminen aikuisiässä on vaikeampaa eikä yksinkertaisesti jää aikaa opiskeluun. Naisen aika kuluu kotitalouden hoitamiseen.

### 8.1.3 Toivoa turvallisuudesta ja terveystalvueluista



Kuva 3: Asukkaiden perustarpeet

Asukkaat kokevat kylänsä nyt turvallisemmaksi, koska kriisi, joka aiheutti konflikteja ja turvattomuutta on ratkeamassa. Turvallisuuutilanne on parempi kuin vuoden alkupuolella. Widhin turvallisuus tilanne on huomattavasti parempi, kuin maan eteläosissa ja Mogashigupääkaupungissa. Turvallisuuutilanteen oletetaan paranevan neuvottelujen ja poliittisten ratkaisujen myötä.

Haastateltavat ja kylän asukkaat eivät itse suoranaisesti pysty vaikuttamaan kylän turvallisuuteen sekä julkisen terveydenhuollonorganisaation palveluihin. Varallisuus ei mahdollista päätöksen tekemistä näihin asioihin. Vaikka kylän päämiehet päättäisivät ja sopivat kylän turvallisuuden lisäämistä se aina toteudu, siksi asukkaat kokivat turvallisuuden ja terveystalvuelujen olevan heidän vaikutus vallan ulkopuolella. Tästä huolimatta tutkimushaastattelu valaa heihin toivoa. Tutkimushaastattelu osoittaa kiinnostusta heidän asioistaan. Toivo oman terveystalvueluksen toiminnan elvyttämisestä tai uuden perustamisesta lisää myös viereiseen kaupunkiin rakennettu uusi terveystalvuelukeskus.

## 9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen erivaiheessa esille nousevia eettisiä kysymyksiä tai tutkittavan kohteen erityislaatuksikysymyksiä kutsutaan tieteen etiikaksi. (Niiniluoto 2002,46.) Eettinen pohdinta on olennainen osa opinnäytetyöprosessissa. (Laurea-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohje 2007:9). Haastatteluun osallistuneille on selvitetty saatekirjeessä, joka on lähetetty sähköpostitse, mitä, miksi ja milloin tehdään. Näin haastateltaville selvitettiin tarkasti opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitteita. Osallistujille oli kerrottu oikeuksistaan; tutkimushaastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja heillä on oikeus kieltäytyä tai keskeyttää mukanaolonsa milloin tahansa. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 131.) Haastateltaville oli lähetetty myös suostumuslupa opinnäytetyön haastattelun osallistumiseksi.

Haastateltaville oli kerrottu tutkittavien suojasta, jolloin mitään henkilötietoja ei kysytä, eikä heitä tunnisteta haastattelun aineiston perusteella. Heille on myös selvitetty, ettei haastatteluilla saatua tietoa luovuteta ulkopuolisille. Tieto on luottamuksellinen ja sitä käytetään vain opinnäytetyöhön. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 131.) Haastattelu suostumuslomakkeeseen on laitettu haastattelusta vastaavat henkilöt ja heidän yhteystiedot.

Haastateltaville oli kerrottu aineistokeruun kertaluonteisuudesta. Varmistaakseen ihmisten osallistumista tutkimukseen on hyvä kertoa mitä aihetta haastattelussa käsitellään ja milloin haastattelu tapahtuisi mahdollisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009,73.) Haastattelu runko oli lähetetty myös sähköpostitse, jotta haastateltavat olisivat paremmin tietoisia ja osaisivat valmistautua tulevaan. Haastattelu ei ole tietovisa vaan tärkeää on saada mahdollisimman paljon tietoa haastateltavalta, siksi haastattelurunko on lähetetty etukäteen tiedonantajille. Haastattelurungosta saattaa olla apua päätöksenteossa, osallistuuko haastatteluun vai ei. (Kuula 2006,105.) Haastatteluun tutustuminen etukäteen säästää myös aikaa. Haastattelu toteutettiin parin päivää haastattelurungon lähettämisestä.

Haastattelu toteutettiin puhelimitse yksilöhaastatteluna. Haastattelun alussa haastateltavaa pyrittiin rohkaisemaan muistuttamalla anonymitteetistä eli ”kasvottomuudesta”. (Kuula 2006, 106-108.) Puhelinhaastattelu valittiin aineistokeruumenetelmäksi, koska tällöin haastattelijalle ei koidu matkakuluja. Puhelinhaastattelussa virhetulkinnat ovat mahdollisia puuttuvan oheisviestinnän takia (Kylmä & Juvakka 2007,89.)

Haastattelu tehtiin vasta lokakuussa eli paljon myöhemmin kuin oli suunniteltu, koska ongelmaksi koittui haastateltavien tavoittaminen. Linjat eivät toimineet, mutta monen yrityksen jälkeen lopulta haastateltavat saatiin linjojen päähän. Haastatteluista yksi venyi kahteen tuntiin, koska linja katkesi ja haastattelu keskeytyi. Hetken päästä haastateltavaan saatiin muodostettu yhteys. Haastattelu jatkettiin siitä mihin jäätiin. Ensimmäinen haastatteluista sujui helpommin ja kesti 1 h 15 min.

Uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden perusteella voidaan arvioida tutkimuksen luotettavuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Tulokset ovat toistettavissa eivätkä ole sattumavaraiset tekijät vaikuta tulosten toistettavuuteen (Hirsjärvi ym. 2005, 216). Aineiston puremisen jälkeen aineisto käännettiin somalian kielestä suomeksi. Kääntämiin ei ole käytetty virallinen auktorisoidun kielenkääntäjää, koska haastateltavien tutkimusluvassa ei ole asiasta huomioitu, jolloin pidettiin kiinni siitä, ettei aineisto joudu ulkopuolisten tietoon. Tätä tulee huomioida tulevaisuudessa käännöksen luotettavuuden lisäämiseksi. Kääntäjän tekemät käännösratkaisut voivat vaikuttaa aineiston analyysiin ja tuloksiin. Käännöstä ei tehdä sanatarkasti, vaan luodaan mielekäs käännöskokonaisuus. Lähdekritiikin lisäksi lähteissä tulee myös huomioida miten osaa tulkita vieraan kielen tutkimusta. Mittarin luotettavuutta on tarkastettu pilottihaastattelulla. Laadulliseen tutkimukseen voidaan kohdentaa kritiikkiä osallistujien määrään, subjektiivisuuteen ja yleistettävyyteen (Kylmä & Juvakka 2007, 133). Tutkimuksen luotettavuutta vähentää osallistujien määrä, joita oli vain kaksi. Eliittinen otantamenetelmä vaikutti oleellisesti haastateltavien määrään.

## 10 KEHITTÄMISEHDOTUKSET JA ITSEARVIOINTI

Pelkkä veden lisääminen ei ole ratkaisu, sillä olemme jo todenneet puhtaan veden ja sanitaatioon kulkevan käsi kädessä. Ratkaisua on löydettävä kumpaankin ongelmaan; veden saantiin sekä sanitaatioon, jotta Widh-Widhin asukkaiden yleistilannetta saadaan kohennettu. Vesi ja sanitaatio ovat perusedellytyksiä terveelle elämälle. Asukkaat ovat pitkälti riippuvaisia luonnon ilmiöstä, kuten sateista. Pysyvemmän ratkaisun myötä asukkaat saivat vettä ja paikan, jossa hoitavat tarpeensa. Asukkaiden veden saantia voidaan turvata yleisillä kaivoilla. Vähävaraisille Widh-Widhin asukkaille voidaan jakaa kortteja, jotka oikeuttaa yleiskaivojen käyttöön. Tämä voi olla myös toimia askel oikeaan suuntaan; sosiaaliturvan perustamiseen. Kaivojen rakentaminen vähävaraisille ei ole pysyvä ratkaisu, sillä kaivovedetkin loppuvat aikanaan. Kyllään tarvitaan toimiva ja pysyvämpi ratkaisu. Jäteveden huolto, puhdistus ja uudelleen käyttäminen on pysyvämpi ratkaisu. Se on myös ympäristöystävällinen ratkaisu. Vesihuolto ja jätevedenhuolto ovat oleellinen osa YK:n vuosituhtavoitteita. (Euroopan Unioni 2006). Jäteveden käsittely ja uudelleen käyttö on lisääntynyt Itä-Afrikassa 40%. Jäteveden käsittely vaatii runsaasti resursseja ja kustannukset ovat korkeita. (Al-Karadsheh, Bahri, Sato & Qadir 2009).

Naisten koulutusta on pyrittävä parantamaan korostamalla yleistä koulutusvelvollisuutta. Sukupuolten välisestä epätasaista jakautumisesta erikoulutustasoille on pyrittävä vähentämään. Kiistatonta on se, että itse kouluttautneet ja koulutukseen mieltyneet vanhemmat investoivat lapsensa koulun käyntiin. (Glick & Sahan 2000). Peruskoulutuksen tulee olla kaikille ilmaista, jolloin kaikki olisivat tasavertaisessa asemassa katsomatta sosiaalista asemaa. Erilaisilla

projekteilla ja kampanjoilla voidaan vaikuttaa asukkaiden asenteeseen ja sitä kautta korostaa naisen koulutuksen tärkeyttä.

Moninaisten ongelmien ratkaiseminen ei ole yksinkertainen tai yhden henkilön ratkaistavissa vaan poliittisilla päätöksillä on suurta merkitystä terveystarpeiden ratkaisuisissa ja niiden kehittämisessä. Haastattelututkimuksen pohjalta voidaan päätellä, että kyläläiset tarvitsevat oman terveyskeskuksen toiminnan elvyttämistä. Elvyttämiseen tarvitaan päätöstä, pääomaa sekä työvoimaa.

Keinoja Widh-Widh-kylän ongelmien ratkaisemiseksi:

1. Yleiskaivot (Väliaikainen ratkaisu) -> Toimivan veden- ja jätevedenhuoltojärjestelmä
2. Hygieenin julkinen käymälät -> veloitetaan jokaista rakennuttajaa rakentamaan toimiva käymälä taloonsa.
3. Yleisen kouluvelvollisuuden julistaminen
  - 3.1. Projektit ja kampanjat tukemaan naisen kouluttautumista.
  - 3.2. Mahdollisuus maksuttomaan peruskouluun
4. Julkisen terveysorganisaation perustaminen.

Opinnäytetyön Widh-widhin terveyspalvelujen kartoittamisen pohjalta, jatkotutkimuksena voidaan selvittää, millaisia resursseja tarvitaan terveyskeskuksen palvelujen elvyttämiseksi tarvitaan.

Opiskelijat osoittavat ammatillista kasvua opinnäytetyöllä. Itsearviointi ja reflektio-osaaminen on yksi osa ammatillisen kasvua. (Kautonen 2001,20.) Osoitetaan Kehittämisosaaaminen kuuluu Laurean yleisiin kompetenseihin ja opiskelijalta edellytetään kykyä arvioida tietoa, kokonaisuuksien hahmottamista sekä uuden tiedon luomista (Arene 2006.) Olen mielestäni onnistunut luomaan uutta tietoa, joka on merkityksellinen Widh-widh-kylälle.

Opinnäytetyö on mahdollistanut asioiden tarkastelua laajoina kokonaisuuksina. Kokonaisvaltaisiin ongelmiin on löydettävä kokonaisvaltaisia, kattavia ja realistisia ratkaisuja. Opinnäytetyön myötä opiskelijan päätöksentekovalmiudet lisääntyvät. Päätöksenteko ja itsenäinen toiminta ovat oleellisia hoitotyö prosessin eri vaiheissa. (Liimatainen 2009,15). Opinnäytetyön tekemisessä on tullut niin suuria kuin pieniäkin päätöksenteko tilanteita. Lähdekriittisyys ja reflektiivisiä ajattelu ovat tärkeitä työvälineitä aineiston valikoimisessa. Olen kehittynyt reflektiivisessä ajattelussa sekä lähdekritiikissä. Ora-Hyytiäinen avaa reflektiivisyyttä ja se on toimintatapojen analysointia.(Ora-Hyytiäinen 2004, 28).

Opinnäytetyön työstämisen myötä olen päässyt harppaus eteenpäin tieteellisen tiedon lukemisessa. Opinnäytetyö on antanut mahdollisuuden syventyä oman kulttuurin erityispiirteisiin



sekä kotikyläni vähemmistöön. Vahvistunut kulttuuri-identiteetti mahdollistaa transkulttuuri hoitotyön ymmärtämistä. Transkulttuurista hoitotyö on laaja käsite, joka kattaa hoitamiskäyttäytymistä, sairautta koskevat arvot, uskomukset ja käyttäytymismallit. (Marriner-Tomey 1994, 413).

## LÄHTEET

- Alitolppa-Niitalo A., Söderling I., & Fågel S. 2005. Olemme muuttaneet: näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotouttamiseen ja ammatillisen työn käytäntöihin.
- Arene 2006. Ammatikorkeakoulun suorittaneiden yleiset kompetensit.
- Aromaa A., Keskinen S., Koskinen S., Koponen P., Lehtonen O-P. & Vuorma S. 2008. Menetelmämalli väestön hoidontarpeen ja hoidon riittävyyden mittaamiseksi. Suomen Lääkärilehti 63.
- Asikainen P. 1999. Yhteisön aktivointi. Tampere: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Barton M. 2007. Äitiys kahden kulttuuri välissä. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala.
- Freenstra C. 2000. Public Health Nursing 17 (3). 155-159.
- Glick P., Sahn E. 2000. Schooling of girls and boys in West Africa country: the effect of parental education, income, and household instructure. Economic of education Review 19, 63-87.
- Haapamäki, Kaipio, Keskinen, Kouksa & Uusitalo 2000. Yhteisö kasvattaa. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hampshire K. 2002. Negotiating access to health resources among pastoralist women in Chad. Social Science & Medicine 54 (7), 1025-1037.
- Hautamäki A., Lehtonen T., Sihvola J., Tuomi I., Vaaranen H., Veijola S. 2005. Yhteisöllisyyden paluu. Tampere: Tammer-Paino.
- Hiller-Ikonen A. 1999. Yhteisökeskeisyys terveydenhoitajan työssä. Tampere.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hobcraft J. 1993. Health Transition Review 3.
- <http://www.unicef.fi/koulutus>
- Huittinen L. 2006. Yhteisö Asiakkaana hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Irrig Drainage Syst. 24/2010 (37-51) Wast
- John, W. 1998. Just what do we mean by community? Health & Social Care in Community 63-70.
- Juith S. & Kwadwo K. Compare. 2004. Unequal access, unequal participation. Compare 34 (4).
- Junttila K. Vesi ja terveys. [WWW-dokumentti].  
<[http://maailma.net/artikkelit/vesi\\_ja\\_terveys](http://maailma.net/artikkelit/vesi_ja_terveys)> (Viitattu 26.7.2010).
- Kalalahti J., Kangaskesti J., Nevalainen L-M., Puustjärvi E., & Vesterinen H. 2009. Veden käyttö ja sen ympäristölliset yhteiskunnalliset vaikutukset.
- Kangaspunta S. 2006. Yhteisöllinen digi-tv. Tampereen yliopisto. Tampere University press.

Ketefian S., Redman R.W., Masterson A. & Neves E.P. 2001. International Council of Nurses, International Nursing Review 48, 152-163.

Kautonen, M. 2001. Itsearviointi osana ammatillista kasvua sairaanhoitajakoulutuksessa. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kylmä, J.& Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy. Laurea-ammattikorkeakoulu. 2006. Opinto-opas 2006-2007. Edita Prima Oy.

Lehtonen H. 1995. Postmodernia yhteisöä etsimässä. Filosofinen & aikakauslehti 4. [WWW-dokumentti]. <[http://www.netn.fi/495/netn\\_495\\_otaj2.html](http://www.netn.fi/495/netn_495_otaj2.html)>. (Viitattu 27.9.10) .

Liimatainen A., 2009. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa, tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta. Lisensiaatintutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Lumio J. 2009. Infektiotautien tartunta ja ehkäisy. [WWW-dokumentti]. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00569](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00569)> (Viitattu 28.10.2010.)

Maarit M. 2009. Digitaalinen voimistaminen paikallisten yhteisöjen kehittämisessä. Tampereen Yliopisto.

Marjomaa P & Pirola P.2002. Kotikallion matkalla kohti yhteisöllisyyttä. Diakoni.

McMurray A. 1993. Community health nursing. Churchill Livingstone.

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

Mulama J.2000. [WWW-dokumentti]. <[http://maailma.net/artikkelit/khathuume\\_nakertaa\\_rauhankehitysta\\_somaliassa](http://maailma.net/artikkelit/khathuume_nakertaa_rauhankehitysta_somaliassa)>. (Viitattu 24.9.2010).

Mäntyranta T., Elonheimo O., Mattila J., Viitala J. 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäntyranta T., Elonheimo O., SBrommels M. 2005. Mitä on terveyspalvelujen tarve? Lääkäri-lehti 34.

Ovaskainen P. 2005. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta. Turun Yliopisto.

Rautanen S-L. & Kajan M. 2008. Näkökulmia kehitysmaiden sanitaatiotilanteisiin. Ympäristö ja Terveys 37.

Saari Riitta 2008. Koulutetut kättilöt avainasemassa lapsikuolleisuuden vähentämisessä. . [WWW-dokumentti]. <<http://global.finland.fi/public/download.aspx?ID=30237&GUID=%7BB2B55286-92F9-492E-B5EE-144EDC2D0374%7D>> (Viitattu 24.08.2010.)

SBC International News Desk 2009. Veden avunhuuto Nugaal Kunnasta. (Viitattu 15.7.10) <<http://sbclive.net/>>

Simpson MR. & King. 1999. God brought all these churches together: issues in developing religion-health partnership in an Appalachian community.

Somalia: Kehityksen mittarit. 2010. [WWW-dokumentti].  
<<http://global.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=33709&culture=fi-FI&contentlan=1>>. (Viitattu 24.9.2010).

Sosiaali- ja Terveyshuollon toimiala C:3:2000. Yhteisöstä hyvinvointia Vantaan yhteisöterveysprojektin laoppuraportti 1995-1999.

Sosiaali- ja Terveysministeriön työryhmämuistioita, Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaaminen Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta 2003:33. Tampere.

Stakes Ideakortti (3)2000. Yhteisöanalyysillä työ alkuun.

Suomen Punainen risti. 2009. VIITATTU 15.06.10  
[http://www.redcross.fi/punainenristi/kansainvalinenapu/maat/fi\\_FI/somali/](http://www.redcross.fi/punainenristi/kansainvalinenapu/maat/fi_FI/somali/)

Tarttuvat taudit tappavat kehitysmailla. 2010. [WWW-dokumentti]. (Viitattu 25.8.2010.)  
<<http://global.finland.fi/public/>>.

UNDP 2006. Inhimillisen kehityksen raportti Niukkuuden syyt. [WWW-dokumentti]. (Viitattu 24.9.2010). <<http://www.undp.fi/assets/Inhimillisen-kehityksen-raportit/hdr06suomi.pdf>>.

UNICEF 2003. Vesi on oikeus. [WWW-dokumentti]. (Viitattu 26.7.2010).  
<[http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/vesiopus\\_web\\_su.pdf](http://www.unicef.fi/files/unicef/pdf/vesiopus_web_su.pdf)>.

UNICEF 2010.Koulutus. [WWW-dokumentti]. (Viitattu 24.9.2010).<  
<http://www.unicef.fi/koulutus>>.

Varto J.1992.Laadullisen tutkimuksen metodologia.

Velho A. 2001. Tasanko, Kaupunki ja joki - kolme elämäntapaa Koor 2.

Widh-Widh maxaad ka ogtahay[Mitä tiedät Widh-Widh kylästä.]2007. (Viitattu 24.9.10)  
[WWW-dokumentti]. <[http://www.radiolaascaanood1.com/page\\_view.php?articleid=2605](http://www.radiolaascaanood1.com/page_view.php?articleid=2605)>.

World Health Organisation. 2006. Department of making pregnancy safer. [WWW-dokumentti].

LIITE 1. Somalian kartta



Widh-widh kylä sijaitsee n. 70km Buunoodlesta Itään.

Liite 2. Haastattelurunko

HENKILÖTIEDOT:

1. SUKUPUOLI:            1 nainen        2 mies
2. KOULUTUS:            1 Sairaanhoitaja            2 Kätilö            3 Lääkäri
  - a) Missä olet saanut koulutuksen ?
  - b) Kuinka kaun koulutus on kestänyt?
  - c) Kauanko olet tehnyt koulusta vastaavaa työtä ?
3. Teetkö töitä valtiolle vai erilliselle organisaatiolle?
4. Miten pitkään olet työskennellyt widh-widhissa?
5. Kuvaa tarkasta työympäristöäsi?
  - a) Millaisia työvälineitä on käytössä?
  - b) Millaiset ovat konsultointimahdollisuudet?
6. Millaisia asiakkaita/potilaita kohtaa useimmiten?
  - a) mitkä ovat heidän yleisimmät ongelmat?
7. Saatteko riittävästi puhdata vettä?
  - a) Miten puhtaan veden saanti on alueella järjestetty?
  - b) Miten puhtaan veden saanti vaikuttaa hoitotyöhön?
  - c) Millainen on alueen sanitaatio on järjestely?
8. Onko Widh-Widhissä turvallista?
  - a) Mikä luo Widh-Widhissä turvallisen tunteen?

- b) Mikä luo turvattomuutta?
9. Miten terveystalvelut on järjestetty Widh-Widh kylässä?
  10. Millaiset ovat naisen kouluttautumismahdollisuudet Widh-Widhissä?
  11. Millainen on naisten asema Widh-Widh yhteisössä?
  12. Miten koulutus näkyy terveystäyttyymisessä?
  13. Hakeutuvatko koulutuksen saaneet naiset helpommin hoitoon kuin kouluttautumattomat?

## Liite 3. Tutkijan taulukko

<u>Tutkimusartikkeli: kirjoittajat, julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi, lähde:</u>	<u>Tutkimustehtävä / tut- kimusongelma:</u>	<u>Tutkimusmenetelmä: -tiedonkeruu (mittari, perus- joukko, otos)</u>	<u>Tutkimus aineiston analysointi</u>	<u>Keskeiset tulokset</u>	<u>Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimuseetti- set kysymykset</u>
Mäntyranta T., Elonheimo O., Brommels M. 2005, Mitä on terveyspalvelujen tarve?  Asikainen P. 1999, Yhteisön aktivointi	Aktivoida yhteisö sosiaali- ja terveystoimen työntekijöiden työssä.	Toimintatutkimus	Tilastollinen analyysimenetelmä (Tutkimus- ja vertailuryhmäasetelma kovarianssianalyysi)	Yhteistyö, väestön tunteminen pidettiin tärkeinä ja vähiten tärk. Aluepohjaista työskentelymallin kehittämistä.	Luotettavuutta vahvista a tutkimus- ja vertailuryhmän parannettu sisäinen validiteetti väliin tulevien muuttujien kontrollilla.
Vuomaa S., Aromaa A., Laakso A. & DONAU-työryhmä 2006 Miksi terveyspalvelujen tarvetta arvioidaan	Tuottaa tietoa kansanterveyslaitokselle kehittää menetelmää erikoissairaanhoidon tarvearvioinnille				
Keskinen S., Kattainen A., Koponen P., Lehtonen O-P., Koskinen S. & Aromaa A. 2008, Menetelmämalli väestön hoidon tarpeen ja riittävyyden mittaamiseksi	Kehittää väestötason menetelmä hoidon tarpeen ja hoidon riittävyyden arviointiin	kyselylomake	sisältöanalyysi	Henkilöistä, joilla oli todettu sepelvaltimotauti, 85 % oli hoidossa (astma 77 %, nivelrikko 64 % ja masennus 62 %). Vajaalla puolella (48 %) henkilöistä, jotka olivat hoidossa astman vuoksi, hoito oli riittävää (nivelrikko 37 %, sepelvaltimotauti 34 % ja masennus 25 %)	
Aromaa A. 2006 Miksi ja miten arvioimme terveyspalvelujen tarvetta	Keinot terveyspalvelujen tarpeen arvioimiseen	Kliiniset tutkimukset väestökisteritietojen hyödyntäminen (esim. hoidossa olevien osuus)			
Hiuttunen L., 2006 Yhteisö asiakkaana hoitotyössä	Tuottaa tietoa yhteisökeskeisen hoitotyön tutkimuksesta	Meta-analyttinen tutkimus	Tilastollinen analyysimenetelmä		Aineiston kattavuus, Laadullinen tutkimus johon valittiin 121 yhteisökeskeisen hoitotyön tutkimusta, tutkimusten homogeenisyys? Tutkimusten käsittely sama.



<u>Tutkimusartikkeli: kirjoittajat, julkaisu- vuosi, tutkimuk- sen nimi, lähde:</u>	<u>Tutkimustehtävä / tutkimus- ongelma:</u>	<u>Tutkimus- menetel- mä:</u>	<u>Tutkimus aineiston analysointi</u>	<u>Keskeiset tulokset</u>	<u>Tutkimuksen luotettavuus ja tutki- museettiset kysymykset</u>
McMurray A. Yhteisökeskeinen hoitotyö 1993	Kuvata yhteisökeskeisen hoitotyön prosessia				
Juusila M. Yhteisöistä hyvinvointia Vantaan yhteisöterveysprojektin loppuraportti 1995-1999	Yhteisötasoisien tiedon lisääminen kuntalaisen terveydestä ja hyvinvoinnista, yhteisöllisten terveyden edistämisen työmenetelmien kehittäminen alueellisissa kokeiluhankeissa, kunnallisen hyvinvointistrategian edistäminen	Kyselytutkimus		Uusia ajattelutapoja, kokemusperäistä tietoa, yhteistyökumppaneiden työn parempaa tunteista ja uusia toimintatapoja	vastausprosentti 52 Luottamuksellinen aluehankkeiden tuloksia tarkasteltiin kokonaisuuksina.
Simpson MR, King MG 1999. Public Health Nursing	Uskonnollisten Appalachian yhteisössä ja yksilöiden kulttuurisia kysymyksiä uskonnollis-terveydellisen kumppanuuden kehittämisessä				Kirkon tehtävä uskonnollis-terveyden kumppanuuden kehittämisessä - se kokoaa yhteisön kaikki tasot jolloin terveysongelmat on kohdattavissa. Appalachian yhteisölle erillisiä terveys- ja organisatiolähtöisiä ongelmia myös kuvataan.
Hautamäki, Lehtonen, Sihvola, Tuomi, Vaaranen & Veijola. Yhteisöllisyyden paluu 2005.					
Mäkisalo M. Yhteisöllisyys parantaa hoitotyön laatua 2001					
Barton, Äitiys kahden kulttuurin välissä 2007	Miten äidit kokevat kahden kulttuurin äitiyden suomalaisessa yhteiskunnassa?	kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä puolistruktoidulla haastattelulla	Aineiston sisältöanalyysi teemoittain		Reliabelinen ja validiteettinen tutkimus

<u>Tutkimusartikkeli: kirjoittajat, julkaisu- vuosi, tutkimuk- sen nimi, lähde:</u>	<u>Tutkimustehtävä / tutki- musongelma:</u>	<u>Tutkimusme- netelmä: -tiedonkeruu (mittari, perusjoukko, otos)</u>	<u>Tutkimus aineiston analysointi</u>	<u>Keskeiset tulokset</u>	<u>Tutkimuksen luotettavuus ja tutki- museettiset kysymykset</u>
Mäkinen M. Digitaalinen voimistaminen paikallisten yhteisöjen kehittämiseen 2009	Mikä aiheuttaa eriarvoisuutta suhteessa osallisuuteen ja vaikuttamiseen	Empiirinen tutkimusaineisto, toimintatutkimus	induktiivinen analysointi		
Ovaskainen P., Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytäntö seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta 2005	Terveyspalvelujen profiili, joka helpottaa kuntien erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämistä.	Deskriptiivinen tulevaisuuden tutkimus	terveyskeskus-ikännit-suhteutetaan väestöön	Perusterveydenhuollon + erikoissairaanhoidon käytön seuranta tietokantojen avulla antaa kunnille apuvälineitä palvelujen suunnitteluun	Tietojen luotettavuus vaihtelee eri rekisteröinti tavoista riippuen
St. John W. 1998. Just what do mean by community? Health & Social Care in Community	Kuvaa yhteisön käsitteen ymmärtämiseen hoitajien keskuudessa			Maailmanlaajuinen systeemi, abstrakti, maantieteellinen alue, verkosto ja kohderyhmä. Yhteisö asiakkaana muodostui kuntalaisista tai perheestä tai ryhmäsät	
Ojala A. Asiakkuus ja toimintatavat yhteisössä	Opiskelijoiden ja opettajien käsityksien pohjasta kuvata yhteisöhoitotyötä			Yhteisöhoitotyön asiakkuus on tilansidonnainen ja käsittää perheen, yksilön ja ryhmää. Koulutuksen kehittäminen yhteisöhoitotyön suuntaan.	
UNDP 2009, Inhimillisen kehityksen raportti		raportti		2 miljoonaa lasta kuolee vuosittain puhtaan veden ja sanitaatio puutteen takia, Yli 1 milj. vailla puhdasta vettä ja 2,6 vailla perushygieniaa. Riittämätön vedensaanti aiheuttaa köyhyyttä ja haavoittuvuutta	
Kangaspunta 2006, Digitaalisen television uusi yhteisöllisyys.	Millaista on digitaalisen television uusi yhteisöllisyys.	Haastattelu		Yhteisön synnyttäminen digitelevision avulla ei onnistu vaikka luotaisiin	

syys, yhteisöllisyyden tuotteistaminen ja yhteisötelevisio vaihtoehto				terveyteen keskittyvä kanava	
Lehtinen H. 1995. Postmodernia yhteisöä etsimässä					
Glick P., David E. Sahn 2000	Sukupuolten välisiä eroja koulukäyntiin ja siihen vaikuttaviin tekijöihin	Tilastollinen analyysi		Kotitalouksien koostumus(Lasten määrä, ikä, opiskeluhinnat) uskotaan vaikuttavan erityisesti tyttöjen koulun käyntiin. Äidin koulukäynnillä on vaikutus vain tyttären koulutukseen kun isän taas kumpaankin.	Monen muuttujan kontrolloiminen - muuttujien vääristyminen
Hassinen-Ali-Azzi T. 2002 Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja	tuottaa hoitotieteellistä teoria tietoa somialialaisen terveydestä	Etnografia, yksilö ja ryhmähaastattelu	sisältöanalyysi	Terveys on somialialaisille monitasoinen käsite, alkuvaiheessa vähäinen terveyspalvelujen käyttö.	
Alitolppa-Niitamo A., Söderling I., Stina 2005. Olemme muuttaneet: näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammatilliseen työn	etnisyys, monikulttuurisuus teoria ja muutoksen haasteet.				
Liimatainen A., 2009. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa, tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta.	Kuvata tehtäväkuvan edellyttämää koulutuksen suunnitelmaa, sisältöä, ja toteutusta sekä yksilöllisen osaamisen kehittymistä ja siihen liittyvää työjakso.	tapaustutkimus interventiot	deduktiivinen sisältöanalyysi	Työelämälähtöinen ammatillisen lisä- ja täydennyskoulutus asuunnittelu systemaattinen, tiivis, työyhteisöön sidottu aktiivinen rekrytointi ja koulutus organisaation välillä. asiantuntijahoitajaopinnot nostivat sairaanhoidajan/terveydenhoitajan osaamista.	