

# **FARMASISTIEN ROOLI EHKÄISYNEUVONNASSA JA PERHESUUNNITTELUSSA KENIASSA**

Anne Maria Kristiina Aalto  
Pro gradu -tutkielma  
Proviisorin koulutusohjelma  
Kuopion yliopisto  
Sosiaalfarmasian laitos  
Helmikuu 2008

KUOPION YLIOPISTO, farmaseuttinen tiedekunta

Proviisorin koulutusohjelma

Lääke ja yhteiskunta

AALTO, ANNE M K: Farmasistien rooli ehkäisyneuvonnassa ja perhesuunnittelussa Keniassa.

The role of the pharmacists in contraceptive counseling and family planning in Kenya.

Pro gradu -tutkielma, 108 s., 4 liitettä (9 s.)

Ohjaajat: professori Riitta Ahonen ja proviisori Leena Lindell-Osuagwu

Tammikuu 2008

---

Avainsanat: farmasisti, ehkäisyneuvonta, asenteet, Kenia, teemahaastattelu

Kenialaisen terveydenhuollon suurimmat ongelmat ovat resurssien ja henkilökunnan puute ja terveydenhuollon jakautuminen epätasaisesti. Henkilökuntapulaa lisäävät koulutetun henkilökunnan maastamuutto, HIV/aids-kuolemat ja nopea väestönkasvu. Kenialainen terveydenhuollon toimipisteet on jaettu viidelle tasolle ja eri tasoilla on eri tehtävät. Apteekki on merkittävä osa terveydenhuoltojärjestelmää.

Perhesuunnittelussa parit yrittävät vaikuttaa lapsilukuunsa ja syntymien ajoittumiseen. Keniassa perhesuunnittelupalveluja on saatavilla perhesuunnitteluklinikoilta, joita on kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä. Apteekki on kuitenkin merkittävä ehkäisyvälineiden hankintapaikka tarjoamansa yksityisyyden takia. Kaikki kenialaiset eivät hyväksy perhesuunnittelua, eikä siitä aina voida keskustella avoimesti. Kenialaisilla on myös harhaan johtavia uskomuksia perhesuunnittelusta.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kenialaisten farmasistien asenteita ja roolia ehkäisyneuvonnassa ja perhesuunnittelussa, kuvata kenialaisen apteekin toimintaa ja paikallisten elämää tutkimuksen viitekehyksessä. Tutkimusmenetelminä käytettiin teemahaastatteluja ja havainnointia. Aineisto kerättiin kesäkuussa 2007 Länsi-Keniasta, ja se koostuu yhdeksästä farmasistin tai perhesuunnitteluhoitajan teemahaastattelusta ja havainnointipäiväkirjasta. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla ja tyypittelemällä.

Lähes kaikki farmasistit suhtautuivat perhesuunnitteluun positiivisesti. Nuorten ehkäisyn käyttö kuitenkin jakoi farmasistien mielipiteet. Osan mielestä ehkäisyä tulisi antaa ennaltaehkäisevästi, mutta osa koki sen rohkaisevan nuoria. Nuorilla ei ole pääsyä julkisiin perhesuunnittelupalveluihin ja siksi he hakevat ehkäisyä apteekista. Toisena merkittävänä apteekkien asiakasryhmänä olivat ehkäisyn käyttöä salailevat.

Farmasisteilla on tärkeä itse omaksuttu rooli ehkäisyneuvonnassa, perhesuunnittelussa ja terveydenedistämisessä. Rooli on laajentunut, koska kaikilla ei ole pääsyä muihin terveydenhuoltopalveluihin tai toimipisteisiin. Kaikki farmasistit eivät kuitenkaan ole tätä roolia omaksuneet vaan suhtautuvat ehkäisyneuvonnan antamiseen passiivisesti.

Vaikka tietoa perhesuunnittelusta on paljon saatavilla, se ei välttämättä vaikuta ihmisten tekoihin tai asenteisiin. Ehkäisyn ja perhesuunnittelun käyttöön vaikuttavat merkittävästi kulttuuri ja perinteet. Suurimmat ongelmat ehkäisyn käytössä ovat väärät uskomukset, sukupuolten epätasa-arvosta johtuva ehkäisyn käyttäminen salaa ja stigma.

UNIVERSITY OF KUOPIO, Faculty of Pharmacy

Master of Science in Pharmacy program

Social Pharmacy

AALTO, ANNE M K: The role of the pharmacists in contraceptives counseling and Family Planning in Kenya.

Master's thesis, 108 p., 4 appendices (9 p.)

Supervisors:

Professor Riitta Ahonen and M.Sc. (pharm.) Leena Lindell-Osuagwu

January 2008

---

Keywords: pharmacist, contraceptive counseling, attitude, Kenya, theme interview

The largest problems in the Kenyan healthcare system are the lack of resources and personnel and uneven distribution of healthcare services. Brain drain, HIV/aids-deaths and rapid population growth contribute to the lack of personnel. A pharmacy in Kenya is a significant part of the healthcare system.

In family planning, couples try to affect the number of children they have and the timing of their birth. In Kenya, family planning services are available from family planning clinics, which are located in all healthcare centers. Still, the pharmacy is an important place for buying contraceptives because of the anonymity it offers. Not everyone in Kenya accepts family planning, and it cannot be discussed in the open. People also have false beliefs about family planning in Kenya.

The aim of the study was to survey the attitudes and roles of Kenyan pharmacists in contraceptive counseling and family planning, depict the inner workings of the pharmacy and local life in the framework of the study. The research methods were theme interviewing and observation. The material was collected in June 2007 in western Kenya, and it comprises of nine theme interviews of pharmacists or family planning nurses, and an observation diary. The material was analyzed by arranging it into different themes and typing.

Nearly all pharmacists had a positive view towards family planning. However, concerning youth contraceptive use there was a difference in opinions. Some felt that contraception should be given preemptively, but some felt that it would encourage the youth. Young people do not have access to public family planning services, so they seek contraceptives from pharmacies. Another significant group of contraceptive buyers in pharmacies was those who use it in secrecy.

Pharmacists have an important self-assumed role in contraceptive counseling, family planning and promotion of health. The role of the pharmacist has broadened because not everyone has access to healthcare services. Still, some pharmacists have taken a passive role in contraceptive counseling.

Although there is a lot of information available about family planning, it does not necessarily affect the acts or attitudes of people. The largest impact on contraceptive use and family planning comes from culture and traditions. The largest difficulties in the use of contraceptives are false beliefs, stigmatization and the inequality driven secret use of contraceptives.

## ***Esipuhe***

Tämä tutkimus on tehty opinnäytetyönä Kuopion yliopiston farmaseuttisen tiedekunnan sosiaalifarmasian laitoksella. Haluan kiittää kärsivällisyydestä ja tuesta aviomiestäni, ystäviäni ja ohjaajiani. Erityiskiitos Minille. Kiitos myös tutkimukseen osallistuneille kenialaisille farmasisteille.

Haluan kiittää myös Kuopion yliopistoa, farmaseuttista tiedekuntaa, Apteekkariliittoa ja Proviisoriyhdistystä apurahoista, jotka mahdollistivat tutkimukseni teon. Kiitos myös kansanterveystieteen laitokselle, joka ennakkoluulottomasti otti minut vaihto-ohjelmaansa.

Tämä pro gradu -tutkielma mahdollisti useammankin unelmani toteutumisen, ja vaivannäköni palkittiin. Voin lämpimästi suositella tutkimuksen tekoa kehitysmaissa hyvin haastavana, mutta antoisana kokemuksena.

Helsingissä 29.2.2008



Anne Aalto



Kuva 1. Kenian kartta

Lähde: geology.com

## MÄÄRITELMÄT

**Aids** (acquired immunodeficiency syndrome) eli hankinnainen immuunivajaus on HI-viruksen viimeinen vaihe (Duodecim 2002). HI-viruksen aiheuttama tappava tauti, jolle on ominaista esimerkiksi CD4-imusolujen tuhoutumiseen liittyvä elimistön immuunipuolustuksen heikkeneminen ja potilaan menehtyminen johonkin muuten suhteellisen vaarattomaan tartuntatautiin, kasvaimeen tai viruksen aiheuttamiin aivomuutoksiin.

**Antiretroviraalilääkkeitä** (ARV) käytetään HIV-positiivisten hoitoon (HYKS-instituutti 2008). Lääkkeitä ovat käänteiskopioijaentsyymien, fuusion tai proteaasin estäjät. Antiretroviraalisen lääkityksen tarpeen arvioimisessa on käytetty kriteereinä HIV-infektoituneen kliinistä tilaa, veren CD4-lymfosyyttien määrää ja HI-viruksen pitoisuutta veressä. Antiretroviraalinen lääkitys on syytä aloittaa, kun HIV-infektiosta johtuva immuunikato aiheuttaa kliinisiä oireita. HIV-infektion hoito mullistui 1990-luvun lopussa, jolloin otettiin käyttöön antiretroviraaliset yhdistelmä-lääkitykset. HIV-infektion lääkehoito on yhä nopeasti kehittyvää ja yksityiskohtaiset suositukset antiretroviraalisen lääkityksen toteuttamisesta muuttuvat vuosittain.

**Demographic and Health Surveys** (DHS) on kerännyt, analysoinut ja levittänyt tarkkaa ja yleistettävää tietoa väestöstä, terveydestä, HIV:stä ja ravitsemuksesta yli 200 tutkimuksessa yli 75 maasta (Measure DHS 2003). Vuonna 2003 Keniassa toteutettuun haastattelututkimukseen osallistui 8 195 naista (15–49-vuotiaita, vastausprosentti 94) ja 3 578 miestä (15–54-vuotiaita, vastausprosentti 86) 400 tutkimuspisteessä ympäri Keniaa. Tutkimus kattaa Kenian kahdeksan provinssia ja sekä maaseudun että kaupungin. Vastaava tutkimus on suoritettu vuosina 1989, 1993 ja 1998.

**Farmasisti** tarkoittaa apteekin farmaseuttisen henkilökunnan jäsentä. Englannin kielestä peräisin olevaa termiä (pharmacist) on käytetty kaikista apteekeissa työskentelevistä henkilöistä, jotka tekevät farmaseutin, proviisorin tai apteekkarin tehtäviä.

**HIV** (human immunodeficiency virus) eli ihmisen immuunikatovirus on elimistön puolustusjärjestelmää tuhoava virus (Aids-tukikeskus 2008). Se kykenee muuntautumaan

perimältään isäntäsolunsa kaltaiseksi ja siksi sitä on vaikea tuhota lääkkeillä. HI-virus tunkeutuu tiettyntyyppisiin valkosoluihin ja tuhoaa niitä. HIV-tartunnan saaneella elimistön oma puolustuskyky heikkenee vähitellen ja hän altistuu monille erilaisille sairauksille. HIV-tartunnan saanut voi olla pitkään oireeton.

**Human development index (HDI)** yhdistää talouden, lukutaidon ja eliniänodotteen arvot ja asettaa maat järjestykseen näiden mittarien mukaan (Lindstrand ym. 2006). HDI on yksi tapa luokitella maa kehittyneeksi tai kehitysmaaksi. Arvot voivat vaihdella 0–1 välillä.

**Kenian rahayksikkö** on Kenian shillinki (KES) (Forex 12.1.2008). 100 Kenian shillinkiä = 1,01 euroa.

**Lapsettomuus** voi olla primaarista, jolloin nainen ei ole koskaan ollut raskaana, tai sekundaarista eli aiemman raskauden jälkeistä hedelmättömyyttä (Organon 2008).

**Malarian** aiheuttaa Plasmodium-sukuun kuuluva alkueläin, joka tarttuu malariaa kantavasta ihmisestä toiseen hyttysen piston välityksellä (Siikamäki ja Kainulainen 2007). Alkueläin kulkeutuu hyttysen piston jälkeen maksaan ja sieltä edelleen veren punasoluihin. Malarian tyypillisimmät oireet ovat toistuvat, vilunväreillä alkavat kuumekohtaukset ja runsas hikoilu kuumeen laskiessa. Kuumeeseen voi liittyä vatsaoireita, jopa voimakasta ripulia, hengitystie- ja keskushermosto-oireita: sekavuutta ja tajunnan tason heikkenemistä koomaan asti. Malariainfektion oireiden vakavuus riippuu malariaparasitiin lajista. Vaarallisimman malarian aiheuttaa tropiikin yleisin malariaparasitti, Plasmodium falciparum, joka voi aiheuttaa hengenvaarallisia seurauksia, etenkin jos diagnoosi ja hoito viivästyvät.

**Moderneihin ehkäisymenetelmiin** kuuluvat sterilisaatio, ehkäisytabletti, kierukka, injektio, implantti, naisten kondomi, miesten kondomi ja jälkiehkäisytabletti.

**OTC (Over-The-Counter)** eli ilman reseptiä myytävä lääke.

**PATH** on voittoa tavoittelematon kansainvälinen organisaatio, joka pyrkii parantamaan ihmisten terveyttä (PATH 2008).

**Perhesuunnittelun** avulla parit yrittävät vaikuttaa lapsilukuunsa ennalta asettamiensa tavoitteiden mukaisesti (Ritamies 2006). Lapsiluvun lisäksi pyritään vaikuttamaan myös syntymien ajoittumiseen. Perhesuunnittelulla tarkoitetaan yleensä lapsiluvun rajoittamista, mutta laajasti käsitettynä se sisältää myös lapsettomuusongelmien ratkaisemisen.

**Perinteisillä ehkäisymenetelmillä** tarkoitetaan kalenteri- tai rytmimenetelmää ja keskeytettyä yhdyntää.

**PO** (Prescription Only) eli vain reseptillä myytävä lääke.

**Terveydenhuoltohenkilökunnalla** tarkoitetaan henkilöitä, jotka työskentelevät terveydenhuollon parissa. Keniassa terveydenhuoltohenkilökuntaan kuuluvat myös korvaavat ammattiryhmät, kuten kliininen virkailija, joita ei ole Suomessa.

**Voluntary Counseling and Testing (VCT)** for HIV -keskuksissa kerrotaan HIV:stä, tuetaan sairastuneita keskustelemalla ja tehdään HIV-testejä (Family Health International 2008). VCT-keskukset toimivat ennaltaehkäisevästi ja antavat tukea myös ennen testaamista. Keskusten määrä kasvaa koko ajan, koska tavoite on parantaa pääsyä ARV-hoitoon.

**Välttämättömät lääkkeet** tyydyttävät paikallisen väestön ensisijaisen lääkehuollon tarpeet (WHO 2008). Välttämättömiä lääkkeitä valittaessa otetaan huomioon alueen epidemiologia, todennettu vaikuttavuus, turvallisuus ja kustannustehokkuus. Ensimmäisen kerran välttämättömien lääkkeiden lista julkaistiin 30 vuotta sitten. Nyt voimassa olevan listan julkaisi World Health Organization (WHO) maaliskuussa 2007.



# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 KEHITYSMAATUTKIMUS</b> .....	<b>13</b>
2.1 KEHITYSMAAN MÄÄRITELMÄ .....	13
<b>3 TIETOJA KENIASTA</b> .....	<b>15</b>
3.1 TAUSTATIETOJA KENIASTA.....	15
3.2 HISTORIA .....	16
3.3 TALOUS.....	17
3.4 KULTTUURI.....	17
<b>4 TERVEYS JA SAIRAUS</b> .....	<b>19</b>
4.1. ÄITI- JA LAPSITERVEYS .....	19
4.2 SEKSUAALITERVEYS .....	20
4.2.1 <i>Ympärileikkaus</i> .....	20
4.2.2 <i>Yleisimmät sukupuoliteitse tarttuvat taudit</i> .....	21
4.2.2.1 <i>HIV ja aids</i> .....	21
4.2.2.2 <i>ABC-ohjelma</i> .....	23
<b>5 TERVEYDENHUOLTO</b> .....	<b>25</b>
5.1. TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ.....	25
5.1.1 <i>Terveysthuollon rahoitus ja kulut</i> .....	27
5.2 TERVEYDENHUOLTOHENKILÖKUNTA .....	28
5.3 FARMASITIT JA FARMASIAN KOULUTUS.....	31
5.4 LÄÄKEPOLITIikka .....	32
5.4.1 <i>Välttämättömät lääkkeet</i> .....	32
5.4.2 <i>Perinteinen lääkintä ja parannuskeinot</i> .....	33
5.4.3 <i>Lääkkeiden jakelu</i> .....	33
5.4.4 <i>Lääketeollisuus</i> .....	34
5.4.5 <i>Lääkkeiden markkinointi ja tiedotus</i> .....	35
<b>6 PERHESUUNNITTELU</b> .....	<b>36</b>
6.1 NAIISIIN KOHDISTUVA VÄKIVALTA .....	37
6.2 TERVEYDENHUOLLON JA PERHESUUNNITTELUN OPPIKIRJAT KENIASSA.....	37
6.3 HEDELMÄLLISYYS .....	39
6.4 LAPSETTOMUUS .....	40
6.5 EI-HALUTUT RASKAUDET JA ABORTTI.....	40
6.6 EHKÄISYN KÄYTTÖ .....	41
6.6.1 <i>Kondomin käyttö</i> .....	43
6.6.2 <i>Jälkiehkäisy</i> .....	44
6.7 HOITAJIEN SUHTAUTUMINEN EHKÄISYYN .....	45
6.8 NUORTEN SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN .....	46
6.9 PERHESUUNNITTELUPALVELUJA NUORILLE APTEEKISTA .....	48
<b>7 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET</b> .....	<b>50</b>
<b>8 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TUTKIJAN POSITIO</b> .....	<b>51</b>
<b>9 AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	<b>56</b>
9.1 AINEISTO .....	56
9.2. MENETELMÄ .....	59
9.2.1 <i>Esihaastattelut</i> .....	62
<b>10 AINEISTON ANALYSOINTI</b> .....	<b>64</b>
<b>11 TULOKSET</b> .....	<b>66</b>
11.1 LÄNSIKENIALAISEN APTEEKIN TOIMINNAN KUVAUS .....	66

11.2 PERHEEN MERKITYS .....	68
11.3 HAASTATELTUJEN FARMASISTIEN KOULUTUS JA PERHE.....	69
11.4 HAASTATELTUJEN TYÖ APTEEKISSA.....	69
11.5 KUVAUS HAASTATTELUSTA .....	72
11.6 EHKÄISY .....	74
11.6.1 Ehkäisyn käyttö ja tiedon saatavuus .....	74
11.6.2 Ehkäisyn saatavuus ja kustannukset.....	75
11.6.3 Suhtautuminen nuorten ehkäisyn käyttöön.....	76
11.7 APTEEKKIEN JA FARMASISTIEN ROOLI PERHESUUNNITTELUSSA JA EHKÄISYN JAKELUSSA .....	77
11.7.1 Farmasistien omaksumia rooleja ja asenteita.....	78
11.8 ASEENTEET .....	81
11.8.1 Haastateltujen kuvaamat kenialaisten asenteet perhesuunnitteluun ja ehkäisyn käyttöön .....	81
11.8.2 Terveysthuoltohenkilökunnan asenteet perhesuunnitteluun.....	82
11.8.3 Uskonnon vaikutus ehkäisyn käyttöön.....	83
11.8.4 Abortti .....	83
11.8.5 Moniavioisuus .....	84
11.9 SUKUPUOLITEITSE TARTTUVAT TAUDIT .....	85
11.9.1 Sukupuoliteitse tarttuvien tautien leviäminen .....	85
11.9.2 HIV:n aiheuttama stigma .....	86
<b>12 PERHESUUNNITTELUHOITAJIEN HAASTATTELUT .....</b>	<b>88</b>
12.1 HAASTATELUN 1 .....	88
12.2 HAASTATELUN 9 .....	92
<b>13 YHTEENVETO JA POHDINTA.....</b>	<b>94</b>
13.1 AINEISTO JA MENETELMIEN ARVIOINTI .....	94
13.2 TULOSTEN ARVIOINTI.....	96
13.3 TUTKIMUKSEN VAIKUTUS TUTKIJAAAN.....	99
13.4 TUTKIMUKSEN OPETUKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET .....	99
<b>14 PÄÄTELMÄT.....</b>	<b>101</b>
<b>KIRJALLISUUS.....</b>	<b>102</b>
<b>LIITTEET</b>	

# 1 JOHDANTO

Kenia sijaitsee Itä-Afrikan rannikolla ja maa on monilla mittareilla mitattuna kehitysmaa (Unfpa 2005). Suurin osa ihmisistä liittyy kehitysmaihin negatiivisia asioita, kuten köyhyyden ja eriarvoisuuden, mutta unohtaa positiiviset puolet, kuten vahvan yhteisöllisyyden ja ihmisistä huolehtimisen (Koponen 2007b). Yksinkertaisin määritelmä kehitysmaalle on, että se saa kehitysapua kehittyneeltä maalta. Köyhyyttä on selitetty voimakkaalla väestön kasvulla, mutta on mahdollista, että väestön kasvu onkin seurausta köyhyydestä (Seppänen ym. 2007). Lasten taloudellinen arvo on suuri yhteiskunnissa, joissa vanhusten sosiaaliturva on huono ja joissa lasten työtä tarvitaan perheen toimeentulon varmistamiseksi. Myös kulttuuri vaikuttaa lapsilukuun.

Perhesuunnittelussa parit yrittävät vaikuttaa lapsilukuunsa ja syntymien ajoittumiseen (Ritamies 2006). Keniassa perhesuunnittelupalveluja on saatavilla perhesuunnitteluklinikoilta, joita on kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä (Ogola ym. 2005). Apteekki on kuitenkin merkittävä ehkäisyvälineiden hankintapaikka tarjoamansa yksityisyyden takia (Measure DHS 2003). Kaikki kenialaiset eivät hyväksy perhesuunnittelua, eikä siitä aina voida keskustella avoimesti. Kenialaisilla on myös harhaan johtavia uskomuksia perhesuunnittelusta (Rutenberg ja Watkins 1997).

Kenialaisen terveydenhuollon suurimmat ongelmat ovat resurssien ja henkilökunnan puute ja terveydenhuollon jakautuminen epätasaisesti (Library of Congress 2005). Henkilökuntapulaa lisää koulutetun henkilökunnan maastamuutto, HIV/aids-kuolemat ja nopea väestönkasvu (Dovlo 2004). Ennen kuin farmasistien koulutus Keniassa alkoi vuonna 1974, farmasistit olivat joko ulkomaalaisia tai kouluttamattomia (University of Nairobi 2007).

Jo ennen proviisoripintojeni aloittamista perhesuunnittelu, ehkäisy- ja kehitysmaatutkimus kiinnostivat minua. Idean tutkimusaiheeseen sain keväällä 2006 lukiessani pääsykokeisiin. Pääsykoekirjassa kerrottiin farmasistien laajentuneesta roolista ja siitä kuinka farmasistit antoivat perhesuunnittelupalveluja Meksikossa. Mielestäni farmasistien roolin tulisi olla laajennettu myös Suomessa, ja tutkimuksessani pystyin yhdistämään useampia kiinnostukseni kohteita.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kenialaisten farmasistien asenteita ja roolia ehkäisyneuvonnassa ja perhesuunnittelussa, kuvata kenialaisen apteekin toimintaa ja paikallisten elämää tutkimuksen viitekehyksessä. Tutkimus suoritettiin kesällä 2007 Länsi-Keniassa.

Tiedon haku tutkimukseni aiheesta oli haasteellista: luotettavien alkuperäislähteiden löytäminen oli joskus mahdotonta. Oletan tämän johtuvan siitä, ettei Keniassa rekisteröidä kaikkia asioita, ja siitä, että kirjoitettu tieto saattaa poiketa käytännöstä. Viranomaisten asiakirjat saattavat jäädä päivittämättä ja tiedot olla vanhentuneita.

## 2 KEHITYSMAATUTKIMUS

Kehitysmaatutkimuksella voidaan tarkoitaa kaikkea kehitysmaihin ja kehitysongelmiin liittyvää akateemista tutkimusta, mutta se voidaan myös käsittää rajatumminkin lähinnä yhteiskuntatieteeksi, joka tutkii kehitysmaiden ongelmia ja niiden ratkaisumahdollisuuksia ja välittää tutkimukseen perustuvaa tietoa aiheesta (Koponen 2007a). Tällöin tutkimuksen tavoitteena on kehitysongelmien ratkaiseminen ja kansainvälisen eriarvoisuuden vähentäminen. Kriittinen tutkimustieto auttaa ymmärtämään kehitysmaita sekä selittää niiden ongelmia ja ongelmien ratkaisuyrityksiä. Kehitysmaatutkimus on monitieteistä ja tieteidenvälistä.

Kehitysmaatutkimuksessa hyväksytään, että tutkijan arvomaailma vaikuttaa hänen tuottamaansa tietoon (Koponen 2007a). Toisaalta tieto saattaa vaikuttaa arvoihin tai jopa lamaannuttaa tutkijan. Kehitysmaatutkijan tulisi pystyä lisäämään kriittistä tietoa niin, ettei arvopohjainen innostus kuitenkaan loppuisi. Kehitysmaatutkimuksesta kiinnostuneet haluavat usein tavalla tai toisella toimia kehitysmaiden hyväksi. Monet uudet opiskelijat ajautuvat kuitenkin helposti näköalattomuuteen ja kyynisyyteen kehitysongelmien suuruuden ja keinojen rajallisuuden takia.

### ***2.1 Kehitysmaan määritelmä***

Suurin osa ihmisistä liittyy kehitysmaihin negatiivisia asioita: kehitysmaa on köyhä, talousrakenteeltaan yksipuolinen ja matalatuottoinen, yhteiskuntarakenteeltaan eriarvoinen maa, jonka kulttuuria rajoittaa yhteisöllisyys ja jolla on usein siirtomaatausta (Koponen 2007b). Usein kuitenkin unohdetaan positiiviset puolet: ihmisten väliset siteet ovat vahvat, yhteisöllisyys on vahva ja esimerkiksi vanhuksista huolehditaan eri tavoin kuin kehittyneissä maissa. Yksinkertaisin määritelmä kehitysmaalle on, että se saa kehitysapua kehittyneeltä maalta. Jaon tekeminen kehitysmaan ja kehittyneen maan välille on vaikeaa, esimerkiksi siksi, että kehitysmaat eroavat suuresti toisistaan. Joissakin köyhimmissä maissa on suuri ostokykyinen ylä- ja keskiluokka, mutta toisaalta tilastollisesti rikkaammassa maassa enemmistö väestöstä saattaa kuulua maailman köyhimpiin. Monet kehitystä mittaavat mittarit ovat ongelmallisia. Esimerkiksi bruttokansantuotetta

vääristävät valuuttakurssien vaihtelut ja kehitysmaissa yleinen epävirallinen taloudellinen toiminta.

Yksiselitteistä syytä siihen, miksi toinen maa on kehittynyt ja toinen ei, ei ole olemassa (Koponen 2007c). Kehitystä tai sen puutetta on yritetty selittää muun muassa historialla, politiikalla, ympäristöllä, kulttuurilla, rodulla ja luonnonoloilla. Todellisuudessa tietyn maan kehitykseen vaikuttaa monien asioiden yhdistelmä.

## 3 TIETOJA KENIASTA

### 3.1 Taustatietoja Keniasta

Keniassa on yli 35 miljoonaa asukasta ja heistä 20–40 % asuu kaupungeissa (Ulkoasiainministeriö 2006, Unfpa 2005, World Health Organisation 2005, Ministry of Health 2002). Väestöennusteen mukaan vuonna 2050 asukkaita tulee olemaan yli 83 miljoonaa. Suomessa puolestaan väestömäärän ennustetaan pysyvän ennallaan. Kenia on monilla mittareilla mitattuna kehitysmaa. Köyhyydessä eli alle dollarilla päivässä väestöstä elää 23–56 %. Heistä kolme neljästä asuu maaseudulla. Vuonna 2005 eliniänodote oli naisilla 47,8 vuotta ja miehillä 49,5 vuotta. Eliniänodotetta kehitysmaissa laskee terveydenhuollon ja hygienian puute ja HIV/aids niissä maissa, joissa sen esiintyneisyys on suuri (Seppänen ym. 2007). Kenian bruttokansantuote oli 16,1 miljardia USD vuonna 2004, Suomessa bruttokansantuote oli samana vuonna 171,9 miljardia USD, vaikka Suomen asukasluku on vain seitsemäsosa Kenian asukasluvusta (Unfpa 2005, Ulkoasiainministeriö 2006).

Lukutaidottomia kenialaisista on noin neljännes (Ulkoasiainministeriö 2006, Unfpa 2005). Koulutukseen Keniassa käytetään 7,0 % bruttokansantuotteesta, Suomessa 6,5 %. Koulun aloitti vuosina 2000–2005 koulunaloitusiässä olevista lapsista 77 % (Unicef 2007, Ministry of Health 2002). Heistä 75 % opiskelee vähintään viidennelle luokalle asti. Vuonna 2003 alakoulu muuttui ilmaiseksi ja pakolliseksi, minkä ansiosta lähes 90 % lapsista aloittaa koulun. Tästä huolimatta köyhillä lapsilla ei ole varaa käydä koulua: yhdeksän kymmenestä köyhistä oloista tulevasta lapsesta ei saa edes peruskoulutusta. Varsinkin kuivuudesta kärsivillä alueilla koulun keskeyttämisprosentit ovat korkeat. Koulutusministeriön tavoitteena on turvata koulutus kaikille kenialaisille vuoteen 2015 mennessä ja nostaa alakoulusta siirtyminen yläkouluun 47 %:sta 70 %:iin (Ministry of Education 2006). Nykyaikaisen koulutuksen esteet ovat esimerkiksi taloudellisia: afrikkalaisessa koulussa on keskimäärin yksi tietokone 150 oppilasta kohden, vastaava luku Euroopassa on 15 oppilasta. Myös opettajien huonot tietotekniikkataidot ovat este. Kaikissa kouluissa ei ole myöskään sähköä: sähkö puuttuu alueesta riippuen 58–96 %:lta

kouluista. Keniassa on 20 000 alakoulua ja 4 302 yläkoulua. Suomessa on 3 450 perusopetusta antavaa oppilaitosta (Opetushallitus 2006).

Kenialaisista lähes puolet on protestantteja (45 %) ja kolmannes roomalaiskatolisia (33 %) (Ulkoasiainministeriö 2006, Unfpa 2005). Paikallisia uskontoja on yhtä paljon kuin muslimeja (10 %). Kenian virallisia kieliä ovat englanti ja kiswahili. Virallisten kielten lisäksi Keniassa puhutaan useita heimokieliä. Kenia itsenäistyi vuonna 1963 brittien alaisuudesta ja muuttui tasavallaksi seuraavana vuonna (Ministry of Health 2002).

Kenia sijaitsee Itä-Afrikan rannikolla päiväntasaajan korkeudella, ja sen rajanaapurimaita ovat Sudan, Somalia, Etiopia, Uganda ja Tansania (Kuva 1) (Floor ja Vilkuna 1991). Näistä Itä-Afrikan maita ovat muut paitsi Sudan: se sijaitsee Pohjois-Afrikassa. Kenia on monilla mittareilla mitattuna kehittyneempi maa kuin muut Itä-Afrikan maat, muttei kaikilla osa-alueilla (Taulukko 1).

Taulukko 1. Kenian ja naapurimaiden vertailu vuonna 2003

	Human development index (HDI)	Lapsikuolleisuus M/N	Lukutaidottomia yli 15-vuotiaista % M/N	Kokonaishedelmällisyysluku	Eliniänodote M/N
Kenia	0,521	120/105	22/30	4,98	49,5/47,8
Etiopia	0,406	172/157	51/66	5,65	47,1/49,0
Uganda	0,505	140/127	21/41	6,24	48,8/50,0
Somalia	Ei tietoa	204/194	Ei tietoa	7,10	46,3/48,7
Tansania	0,467	170/155	23/38	4,74	45,9/46,6
Sudan	0,526	120/106	31/50	4,20	55,2/58,0
Suomi	0,952	5/4	Ei tietoa	1,72	75,5/82,0

M/N = miehet/naiset

Lähde: Unfpa 2005, UNDP 2005

### 3.2 Historia

Vuodesta 150 alkaen on heimoja saapunut ja asettunut Keniaan (Floor ja Vilkuna 1991). 1400-luvulla rannikon kauppakaupungit välittivät sisämaan tuotteita, kuten orjia ja



norsunluuta Intian valtameren kauppaan. Tuontituotteita olivat lasi, rauta, vilja ja aseet. Portugalilaiset saapuivat Itä-Afrikkaan vuonna 1498 ja yrittivät väkisin saada rannikon kaupungit ja kaupan haltuunsa tuloksetta. Tämän seurauksena kaupankäynti estyi ja portugalilaiset onnistuttiin karkottamaan vasta vuonna 1729. Seuraavana vuosisatana britit onnistuivat kieltämään orjakaupan Itä-Afrikassa. Keniasta tuli Iso-Britannian siirtomaa vuonna 1894. Britit rakensivat maahan rautatien ja tuottivat vientiin vehnää, maissia, sisalia ja kahvia. Maa jaettiin valkoiseen yläköön ja afrikkalaisten reservaatteihin. Tätä seurasi torpparijärjestelmä. Kenialaiset järjestäytyivät poliittisesti ensimmäisen maailmansodan jälkeen ja toisen maailmansodan jälkeen maahan syntyi kansallisuusliike. 1940-luvun lopussa väkivaltaisuuDET kasvoivat ja maahan julistettiin poikkeustila. Poikkeustila päättyi vuonna 1960 ja Kenia itsenäistyi 1963.

### **3.3 Talous**

Kenia on Afrikan kehittyneimpiä maita ja sen talouskasvu ja teollistuminen on ollut itsenäistymisen jälkeen suhteellisen nopeaa (Floor ja Vilkuna 1991). Tärkeimmät vientituotteet ovat öljyjalosteet, kahvi ja tee; tärkeimpiä tuontituotteita ovat teollisuuden koneet, raakaöljy, kuljetusvälineet, rauta ja teräs. Suurin osa bruttokansantuotteesta tulee maataloudesta, vaikka maanviljelyä haittaavat kuivuus ja pula viljelykelpoisesta maasta. Toisen maailmansodan jälkeen englantilaisyhtiöt perustivat Keniaan kulutustavara- ja maatalouteen perustuvaa teollisuutta. Suurin teollisuuden ala on elintarviketeollisuus ja sen tärkeimmät alat ovat meijeri-, teurastamo-, mylly-, panimo- ja tupakkateollisuus. Matkailu on tärkeä elinkeinon lähde Keniassa.

### **3.4 Kulttuuri**

Keniassa on noin 50 eri heimoa (Floor ja Vilkuna 1991, Sääksi 1977). Heimoilla on oma kielensä, kulttuurinsa ja tapansa. Luot ovat Kenian kolmanneksi suurin heimo ja se siirtyi nykyisille alueille nelisensataa vuotta sitten. Luot asuttavat Länsi-Keniaa; Victoriajärven rantoja ja Kisumua. Heidän kulttuurinsa on mieskeskeinen ja moniavioinen (Rutenberg ja Watkins 1997). Morsiusmaksua vastaan mies saa määräysvallan perheen kotitöiden jakoon ja naisen kehoon. Luot arvostavat koulutusta ja sivistystä ja ovat

aktiivisesti mukana yhteiskunnassa (Floor ja Vilkuna 1991, Sääksi 1977). Heidän kulttuuriinsa ei kuulu ympärileikkaus vaan neljän tai kuuden etuhampaan poistaminen teini-iässä. Kyse on aikuistumisriitistä, mutta toimenpidettä perustellaan myös sairastapauksiin varautumalla: sairasta voidaan ruokkia hampaiden poistosta syntyneen aukon kautta.

Afrikkalaiseen kulttuuriin kuuluu voimakas sukulaisuustunne (Sääksi 1977). Perheeseen kuuluu koko suku, ei vain ydinperhe. Luo-heimossa samassa taloudessa elää usein vanhemmat ja heidän poikansa vaimoineen ja lapsineen (Rutenberg ja Watkins 1997). Esimerkiksi avioliiton solminen koskettaa läheisesti kahta sukua, ei vain kahta ihmistä (Sääksi 1977). Lapset ovat hyvin tärkeitä, ja miehen arvostus yhteisössä kasvaa lasten lukumäärän kasvaessa. Kenialaisten naisten mielestä vanhukset ja miehet haluavat paljon lapsia (Rutenberg ja Watkins 1997). Naiset ja miehet eivät ole yhtä tasa-arvoisia Saharan eteläpuolisessa Afrikassa kuin Euroopassa (Kekäläinen ja Roos 2006). Esimerkiksi tyttöjen on vaikeampaa päästä kouluun kuin poikien, eikä naisella välttämättä ole määräämisoikeutta omaan kehoonsa tai mahdollisuutta osallistua politiikkaan.

Useissa kulttuureissa miehisyyttä mitataan lasten määrällä (Seppänen ym. 2007). Monissa maissa lasten synnyttäminen on naiselle ainoa keino tulla hyväksytyksi ja turvata oma taloudellinen asemansa. Nainen voi myös toivoa yhteisten lasten sitovan miehen parisuhteeseen. Raskauksia lisää myös jompaakumpaa sukupuolta suosiva kulttuuri-ilmastot, kun yritetään saada edes yksi arvostetumpaa sukupuolta oleva lapsi. Osa kenialaisista on moniavioisia (Measure DHS 2003). Naimisissa olevista naisista 16 % elää perheessä, jossa on vähintään yksi toinen vaimo. Koillis-Keniassa vastaava prosenttiosuus on 34.

## 4 TERVEYS JA SAIRAUS

### 4.1. Äiti- ja lapsiterveys

Malaria on endeeminen Länsi-Keniassa ja rannikolla (Ministry of Health 2007). Keniassa yleisin malarian muoto on Plasmodium falciparum malaria. Hengitystie-elinten sairaudet ovat maan toiseksi yleisimmät sairaudet malarian jälkeen. Seuraavaksi yleisimpiä ovat ihosairaudet, ripulitaudit ja suolistomadot. Muita yleisiä sairauksia ovat onnettomuudet, virtsatie-, korva- ja silmäinfektiot ja nivelsairaudet. Lasten terveyteen vaikuttaa asuinalue ja – provinssi, äidin koulutus ja perheen varallisuus (Measure DHS 2003). Yleisimpiä lasten sairauksia ovat malaria, ihosairaudet, keuhkokuume, ripuli ja suolistotilat.

Aliravitsemus on vakava ongelma Keniassa. Tällä hetkellä joillakin alueilla neljännes lapsista on akuutisti aliravittuja (Unicef 2007). Viidennes (19 %) alle viisivuotiaista lapsista on alipainoisia. Alipainoisia 15–49-vuotiaista naisista on 12 % (Measure DHS 2003). Alipainoisimpia ovat köyhimmät, kouluttamattomimmat tai Koillis-Keniassa asuvat naiset. Kenian ongelmia ovat alipainoisuuden lisäksi aliravitsemus, vitamiinien puute, pienikasvuisuus ja juomaveden puute. (Ministry of health 2002). Ilman puhdasta vettä väestöstä on 39 % (Unfpa 2005).

12–23 kuukauden ikäisistä lapsista 7 % ei ole saanut yhtään rokotusta, mutta yli puolet (57 %) on saanut kaikki suositeltavat rokotteet (Measure DHS 2003). Alle viisivuotiaista lapsista 16 %:lla on ollut ripuli viimeisen kahden viikon aikana, mutta heistä 32 % ei saanut mitään hoitoa. Äideistä 71 % kuitenkin tietää ripulijuoman (Oral Rehydration Solution) käytöstä. Kahden viimeisen viikon aikana yli 40 %:lla alle viisivuotiaista on ollut kuumetta tai kouristuksia. Heistä 74 % sai jotain hoitoa ja alle prosentti vietiin perinteisen parantajan luo. Syntyvistä lapsista 45 % rekisteröidään kylän tai valtion tietoihin.

Keniassa imeväiskuolleisuus eli alle vuoden ikäisinä kuolleiden lasten osuus tietyssä vuonna tuhannesta elävänä syntyneestä on 65 (Unfpa 2005). Suomessa oli sama imeväiskuolleisuus noin vuonna 1940 (Ritamies 2006). Lapsikuolleisuus eli alle viiden vuoden ikäisinä kuolleiden lasten osuus suhteessa tuhanteen samanikäiseen lapseen on 105

tyttöillä ja 120 pojilla (Unfpa 2005). Synnytyksistä alle puolessa (41 %) on mukana koulutettu avustaja. Tuhannesta synnyttäjistä 96 on 15–19-vuotias (Unfpa 2005). Teiniraskaudet ovat Keniassa yleisiä, sillä 15–19-vuotiaista tytöistä 22 % on raskaana tai äitejä (USAID 2006). Kouluttautumattomista 15–19-vuotiaista tytöistä yli puolet (55 %) on teiniäitejä.

Kenialaisista miehistä 23 % tupakoi (Measure DHS 2003). Kyselyä edeltäneen kuukauden aikana 30 % miehistä ja 5 % naisista oli juonut alkoholia.

## **4.2 Seksuaaliterveys**

### **4.2.1 Ympärileikkaus**

Kenialaisista naisista kolmannes (32 %) on ympärileikattuja (Measure DHS 2003, U.S. Department of State 2001). Osuus vaihtelee 4–99 % välillä riippuen alueesta. Ympärileikkauksia on kolmea eri tyyppiä. Keniassa yleisimpiä ovat tyypit 1 ja 2. Tyypissä 1 poistetaan klitoris tai sen osia ja tyypissä 2 poistetaan klitoriksen lisäksi sisimmät häpyhuulet. Kolmas tyyppi on kaikkein radikaalein: siinä poistetaan klitoris ja sekä sisemmät että ulkoiset häpyhuulet. Emättimen suuaukko kavennetaan hyvin pieneksi, esimerkiksi tulitikun pään kokoiseksi, ja tytön jalat sidotaan yhteen 40 päiväksi liikkumisen estämiseksi, jotta haava paranisi. Kolmostyyppiä käytetään Somalian rajalla Koillis-Keniassa. Vanhemmat, kouluttamattomat tai maaseudulla asuvat naiset ovat useammin ympärileikattuja kuin nuoret, koulutetut tai kaupungissa asuvat. Köyhimmässä tuloluokassa ympärileikkaus on yleisempää kuin korkeimmassa. Ympärileikkausten määrä vaihtelee heimojen välillä. Lännessä asuvat heimot Luo ja Luhya eivät tee ympärileikkauksia. Toisaalta ympärileikkausprosentti on Kisii heimossa 97 % ja Masai heimossa 89 %. Ympärileikkauksia tehdään, koska niiden uskotaan hyödyttävän tyttöjä. Saatetaan esimerkiksi uskoa, että esi-isät kiroavat ympärileikkaamattoman tytön. Uskotaan myös, että ympärileikkaus estää naisten vapaata seksuaalikäyttäytymistä ja esiaviollista seksiä. Ympärileikkaus suoritetaan ilman anestesiaa yleensä tytön ollessa 3–13-vuotias. Ympärileikkaukset on kielletty julkisen terveydenhuollon toimipisteissä, ja niiden yleisyys

on vähentynyt. Ympärileikkaus tuli laittomaksi Keniassa alle 16-vuotiaille tytöille vuonna 2001 (Library of Congress 2005). Miehistä 84 % on ympärileikattu (Measure DHS 2003). Ympärileikkauksen seuraukset riippuvat leikkauksen suorittajasta, olosuhteista ja laajuudesta (Tiilikainen 2004). Välittömiä seurauksia voivat olla esimerkiksi kipu, verenvuoto, virtsaamisvaikeudet, kuolema ja tulehdukset kuten HIV, hepatiitit, jäykkäkouristus ja verenmyrkytys. Myöhempiä seurauksia voivat olla esimerkiksi ulkosynnyttimien kystat ja märkäpesäkkeet, hedelmättömyys, virtsatietulehdukset, krooniset infektiot, kuukautisvuodon pakkautuminen emättimeen, avanteet rakkoon tai suoleen ja synnytysongelmat.

#### **4.2.2 Yleisimmät sukupuoliteitse tarttuvat taudit**

Yleisimpiä sukupuolitauteja Keniassa ovat trikonomiaasi ja kuppa, mutta myös tippuria ja klamydiaa esiintyy (UNAIDS ym. 2004). Nairobin ja Nakurun alueiden terveyskeskuksissa haastateltiin 382 potilasta, jotka hakeutuivat hoitoon sukupuolitaudin takia ja 380 verrokkipotilasta, jotka olivat tulleet terveyskeskukseen jonkin muun syyn vuoksi (Bradley 1992). Tutkimuksen mukaan miehet saivat sukupuolitaudin useimmiten prostituoidulta tai satunnaiselta sukupuolikumppanilta, mutta naimisissa olevat naiset puolestaan saivat taudin yleensä aviomieheltään. Sukupuolitaudit lisäävät HIV:n tarttuvuutta (UNAIDS ym. 2004). Tämän vuoksi sukupuolitautilien havaitsemiseen ja hoitamiseen on alettu kiinnittää enemmän huomiota.

Kenialaisista 17 % hakee hoitoa sukupuolitautiin apteekista tai lääkemyymälästä (Measure DHS 2003). Naisista 15 % etsii apua perinteiseltä parantajalta, miehistä 33 %. Suurin osa naisista (59 %) hakeutuu sairaalaan tai klinikalle, miehistä 71 %. Naisista 32 % ei hakeudu ollenkaan hoitoon, miehistä 10 %.

##### **4.2.2.1 HIV ja aids**

Keniassa aids on suuri ongelma ja HIV-positiivisten määrä kasvaa koko ajan (Government of Kenya 2001). Maassa on arviolta 2,2 miljoonaa HIV-positiivista, mutta harvat tietävät tartunnastaan, koska 84 % kenialaisista ei ole koskaan käynyt HIV-testissä (Measure DHS

2003, Ministry of Health 2001). Vuonna 1990 aikuisista HIV-positiivisia oli 5,3 %, mutta vuoteen 1999 mennessä osuus oli noussut 13 %:iin (Ministry of Health 2002). HIV-positiivisia 15–49-vuotiaista naisista oli 8,9 % ja miehistä 4,6 % vuonna 2003 (Unfpa 2005). Suomessa on todettu 2 250 HIV-tapausta, ja vuosittain uusia tapauksia todetaan alle 200 (Kansanterveyslaitos 2007). Keniassa uusia aids-tapauksia on arviolta 200 000 joka vuosi (Ministry of Health 2001). Tarkkoja lukuja on mahdotonta selvittää, koska sairaus on stigmatisoiva, kaikkialla ei ole testausmahdollisuutta eikä kaikkia tapauksia rekisteröidä. Useimmin aidsiin sairastuu 25–39-vuotias nainen (Measure DHS 2003). Miehillä eniten aidsia on ikäluokassa 35–44-vuotiaat. HIV-positiivisia on enemmän kaupungeissa kuin maaseudulla ja HIV:n esiintyvyys nousee elintasoluokan noustessa. Vuoteen 2005 mennessä aids-orpojen määrän oli arvioitu nousevan 1,5 miljoonaan (Ministry of Health 2001).

Antiretroviraalilääkitys (ARV) maksaa 1 000–2 000 USD vuodessa; siihen on varaa vain kaikkein rikkaimmilla (Ministry of Health 2001). Arviolta 8 % HIV-positiivisista sairastuu tuberkuloosiin vuosittain. Aidsilla on merkittävä vaikutus Kenian talouteen. Se vähentää työikäisen väestön määrää, köyhdyttää perheitä ja vähentää lasten koulunkäyntimahdollisuuksia. Aids poikkeaa muista sairauksista, koska siihen sairastuvat työikäiset ihmiset ja kuolleisuus on lähes 100 %. Arvioidaan, että alakoululaisten määrä on vähentynyt vuoteen 2010 mennessä 14 % HIV:n takia (ACTafrica 2000).

Vuonna 1996 Keniassa alettiin valmistella kansallista HIV/aids strategiaa (Aids in Kenya 2001). Strategia valmistui seuraavana vuonna ja sen päätavoitteet olivat aidsin leviämisen kontrollointi, sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaaminen ja hoitaminen.

Kenialaisista lähes jokainen (99 %) on kuullut aidsista ja 74 % tuntee jonkun, jolla on aids tai jonkun, joka on siihen kuollut (Measure DHS 2003). Miehet tietävät naisia paremmin kondomin, uskollisuuden ja pidättäytymisen suojaavan tartunnalta (Taulukko 2). Miehillä on paremmat tiedot myös HIV:n tarttumisesta. Merkittävä osa kenialaisista suhtautuisi sairastuneeseen hedelmämyyjään tai opettajaan toisin kuin terveeseen.

Kenian valtio on perustanut Voluntary Counseling and Testing for HIV -keskuksia (VCT) Keniaan ehkäistäkseen HIV:n leviämistä (Luhahi ja Wanyonyi 2005). Tieto omasta tilanteesta, joko HIV-negatiivisuudesta tai -positiivisuudesta, auttaa yksilöitä heidän

valinnoissaan. VCT-keskukset tarjoavat neuvonnan, verinäytteiden ottamisen ja testaamisen lisäksi ennaltaehkäisyä ja tukea.

Taulukko 2. Kenialaisten tieto HIV:stä ja asenteet sitä kohtaan

	Naisista %	Miehistä %
Tietää kondomin ehkäisevän aidsin leviämistä	61	72
Tietää uskollisuuden suojaavan tartunnalta	81	89
Tietää pidättäytymisen suojaavan tartunnalta	79	90
Tietää, ettei HIV tartu ruokailuvälineiden välityksellä	71	81
Tietää, ettei HIV tartu hyttysten välityksellä	61	74
Ei ostaisi tuoreita hedelmiä HIV-positiiviselta	40	27
On sitä mieltä, että HIV- positiivinen opettaja voisi jatkaa työntekoa	57	60

Lähde: Measure DHS 2003

VCT-keskusten määrä on Keniassa lisääntynyt nopeasti, ja verkosto kattaa kaikki paikkakunnat (World Health Organisation 2005). Vuoden 2004 lopussa keskuksia oli 367, mutta syksyyn 2005 mennessä määrä oli lisääntynyt 630:een. Asemia, jotka pyrkivät estämään HIV:n tarttumisen äidistä lapseen, on tullut myös huomattavasti lisää: määrä on lisääntynyt samassa ajassa 500:sta 750:een.

#### 4.2.2.2 ABC-ohjelma

ABC-ohjelmalla pyritään estämään HIV:n leviämistä (Pulerwitz 2006). A tarkoittaa pidättäytymistä (abstinence) tai yhdyntöjen aloittamisen myöhäistämistä, B tarkoittaa

uskollisuutta yhdelle partnerille (be faithful) tai kumppanien määrän vähentämistä ja C tarkoittaa jatkuvaa kondomin (condom) käyttöä. Vuonna 2004 tehtyyn tutkimukseen osallistui 538 aikuista ja 1 365 opiskelevaa nuorta. Tutkimus tehtiin Nakurun alueella. Lähes kaikille vastaajille oli ABC-ohjelma tuttu, mutta termien merkitys oli usein väärin ymmärretty (Taulukko 3). Parhaiten vastaajat tiesivät pidättäytymisen merkityksen ja huonoiten kondomin käytön. Uskollisuus sekoitettiin usein uskollisuuteen ystävää kohtaan tai luottamiseen Jumalaan tai partneriin. Kondomin käsite tiedettiin hyvin, mutta vain muutamat mainitsivat jatkuvan kondomin käytön.

Taulukko 3. ABC-ohjelman termien oikean merkityksen tienneiden määrä

	Opiskelevista nuorista %	Aikuisista %
Abstinence	46	39
Be faithful	23	35
Condom	13	17

Lähde: Pulerwitz 2006

Osa tutkimukseen osallistuneista nuorista uskoi kondomin olevan tehoton, moraaliton, haitallinen ja levittävän HI-virusta (Pulerwitz 2006). Moraalittomaksi nuoret kokivat kondomin, koska heidän iässään ei tulisi harrastaa seksiä. Sekä nuoret että aikuiset kertoivat kuulleensa muilta ihmisiltä, kouluttajilta ja mediasta, että kondomit ovat tehottomia ja hajoavat usein. Aikuiset kokivat kondomin käytön vähentävän mielihyvää ja osoittavan epäluottamusta partneria kohtaan. Vastaajat suhtautuivat pidättäytymiseen ja uskollisuuteen positiivisesti, mutta kokivat niiden noudattamisen vaikeana, varsinkin miehille. Osa vastaajista uskoi, että pidättäytyminen aiheuttaa lihaskipuja tai virtsaamiskyvyttömyyttä. Osan mielestä HIV on niin yleinen, ettei siltä voi välttyä.

Naiset kokivat, etteivät he voi itse neuvotella omasta seksuaalikäyttäytymisestään tai kondomin käytöstä (Pulerwitz 2006). Miehet puolestaan kokivat, että naiset kannustavat ja rohkaisevat seksuaaliseen aktiivisuuteen omalla käyttäytymisellään, kuten pukeutumisella.

Vastaajat kertoivat saavansa tietoa HIV:stä pääasiassa radiosta (Pulerwitz 2006). Heidän mielestään eri lähteet levittivät vastakkaisia viestejä, kuten terveydenhuoltohenkilökunta ja uskonnolliset tahot.



## 5 TERVEYDENHUOLTO

### 5.1. Terveysthuoltojärjestelmä

Keniassa oli 514 sairaalaa ja 634 terveyskeskusta vuonna 2002 (Ministry of Health 2002). Terveysthuollon toimipisteitä oli noin 4500: mukaan on laskettu sairaalat, terveyskeskukset, synnytyslaitokset ja hoitolaitokset. Suomessa oli vuoden 2005 alussa 252 terveyskeskusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Keniassa terveydenhuollon ongelmia ovat sen epätasainen jakautuminen ja rahan ja terveydenhuoltohenkilökunnan puute (Library of Congress 2005). Terveysthuolto ei ole jakautunut tasaisesti kaupunkien ja maaseudun ja eri alueiden välillä (Taulukko 4). Väestötiheys on korkein Nyanzassa, Nairobin alueella, keskusprovinssissa ja Rift Valleyn ja Länsi-Provinssin rajalla (Floor ja Vilkkuna 1991). Näillä alueilla on myös terveydenhuollon toimipisteitä eniten (Taulukko 4). Maan koillis- ja pohjoisosat ovat harvaan asuttuja. Kaupunkilaisista 70 %:lla on korkeintaan neljän kilometrin päässä terveyspalvelutoimipiste, maaseudulla vain 30 %:lla on palvelu yhtä lähellä (Export Processing Zones Authority – Kenya 2005).

Taulukko 4. Sairaalat, terveyskeskukset, alemmat terveyskeskukset ja hoitolaitokset Keniassa 2002–2003

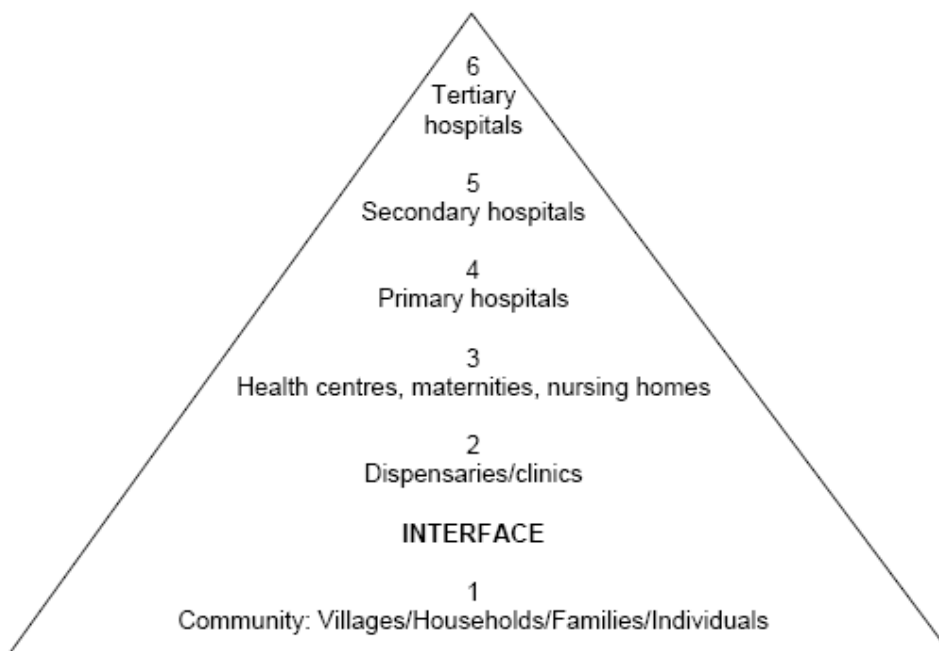
Alue	2002	2003
Nairobi	485	493
Central	517	526
Coast	435	440
Eastern	831	837
North Eastern	83	88
Nyanza	539	548
Rift Valley	1 259	1 267
Western	350	358
Yhteensä	4 499	4 557

Lähde: Export Processing Zones Authority – Kenya 2005

Terveystministeriö hallinnoi 52 %:a Kenian terveyspalveluista (Export Processing Zones Authority – Kenya 2005). Loppua 48 %:a ylläpitävät yksityinen sektori, uskonnolliset

organisaatiot ja paikallisen hallinnon ministeriö. Julkisen sektorin alla oli 79 % terveyskeskuksista, 92 % alemmista terveyskeskuksista ja 60 % hoitolaitoksista. Yksityisen sektorin ja järjestöjen vastuulla on 94 % terveysklinikoista ja äitiys- ja hoitokodeista ja 86 % lääkintäkeskuksista.

Terveydenhuoltojärjestelmässä on viisi tasoa, jotka ovat kansalliset lähetesairaalat, provinssien yleiset sairaalat, aluesairaalat, terveyskeskukset ja hoitolaitokset (Kuva 2) (Muga ym. 2005). Vuonna 2002 sairaaloita ja synnytysosastoja oli 514, terveyskeskuksia 634 ja hoitolaitoksia 3 351.



Kuva 2. Kenian terveydenhuollon rakenne  
Lähde: Muga ym. 2005

Hoitolaitosten tehtävä on tarjota ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, jotka ovat terveyspolitiikan ensisijaisena tavoitteena (Muga ym. 2005). Ne on tarkoitettu potilaiden ensimmäiseksi kontaktipinnaksi terveydenhuoltoon, mutta useilla alueilla terveyskeskukset kohtaavat potilaan ensimmäisenä. Hoitolaitoksissa annetaan perusterveydenhoitoa ja apua yksinkertaisiin terveysongelmiin kuten anemiaan. Joskus niissä autetaan normaaleissa synnytyksissä. Hoitolaitoksissa työskentelee ilmoittautuneita hoitajia, kansanterveysteknikoita ja avustajia.

Terveyskeskukset tarjoavat polikliinisia, ennaltaehkäiseviä ja parantavia palveluita alueen tarpeen mukaisesti (Muga ym. 2005). Myös pieniä kirurgisia toimenpiteitä voidaan suorittaa, mutta vakavat tapaukset ohjataan aluesairaalaan. Terveyskeskuksissa työskentelee kättilöitä, hoitajia, klinisiä virkailijoita ja joskus myös lääkäri.

Aluesairaalat keskittyvät terveystalveluiden tuottamiseen (Muga ym. 2005). Niissä voidaan suorittaa leikkauksia anestesiassa ja käyttää laboratoriota. Aluesairaaloissa työskentelee ammattitaitoisempaa ja monipuolisempaa henkilökuntaa kuin alemmissa terveydenhuollon toimipisteissä.

Provinssien sairaaloihin lähetetään potilaita aluesairaaloista (Muga ym. 2005). Provinssien sairaalat tarjoavat erikoistuneita palveluja ja ne toimivat kansallisten lähetesairaaloiden ja aluesairaaloiden välissä. Provinssien sairaaloiden tehtävä on kontrolloida ja koordinoida kaikkia alueterveydenhuollon toimintoja ja ne voivat tarjota myös hammashoitoa ja psykiatrista hoitoa. Niissä työskentelee yleiskirurgieja, yleislääkärejä, pediatreja, hoitajia, erikoistuneita hoitajia, kättilöitä ja kansanterveystoimijoita.

Keniassa on neljä kansallisen tason lähetesairaala, joista kaksi on yksityisiä ja kaksi julkisia. Sairaaloista kolme sijaitsee Nairobissa ja yksi Eldoretissa. Ne tarjoavat diagnostisia, terapeuttisia ja kuntouttavia palveluja. Näiden sairaaloiden tulisi tarjota laadukkainta hoitoa, ja niiden yksi tärkeä tehtävä on opettaminen.

### **5.1.1 Terveydenhuollon rahoitus ja kulut**

Vuosina 2000–2001 Keniassa käytettiin terveydenhuoltoon 5,05 dollaria asukasta kohti vuodessa (Ministry of Health 2007). Vuosina 2004–2005 summa oli noussut jo 9,1 dollariin, mutta summa on edelleen alle WHO:n vähimmäissuosituksen, joka on 12 dollaria. Keniassa julkiseen terveydenhuoltoon käytettiin vuosina 2002–2004 bruttokansantuotteesta 1,7 %. Suomessa vastaava osuus oli 5,5 %. Yhteensä terveydenhuoltomenot olivat Suomessa 7,5 % bruttokansantuotteesta vuonna 2004 (Aaltonen 2007). Terveysministeriön alainen Ehkäisevän ja edistävän terveydenhuollon laitos on vastuussa välttämättömien terveydenhuoltopalveluiden tarjoamisesta kenialaisille (Ministry of Health 2007). Tavoitteena on tasapuolinen terveydenhuolto: kaikilla olisi mahdollisuus saada palveluja ja

kaikilla kenialaisilla olisi siihen varaa. Tavoitteen saavuttamiseksi tautitaakkaa tulisi pienentää ja asiakkaiden ja osakkeiden omistajien tarpeet tulisi huomioida.

Terveydenhuoltopalveluiden käyttäjät maksavat 51 % kuluista (Ministry of Health 2002). Seuraavaksi suurin rahoittaja on valtio, joka rahoittaa 30 % palveluista. Loput rahat tulevat esimerkiksi lahjoittajilta. Suomessa terveydenhuolto rahoitetaan pääasiassa verovaroin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Vuonna 2002 kunnat rahoittivat terveydenhuollon kokonaiskustannuksista 43 prosenttia, valtio 17 prosenttia, sairausvakuutus 16 prosenttia, kotitaloudet 20 prosenttia ja muut yksityiset 4 prosenttia. Keniassa yksityinen sektori kuluttaa terveydenhuoltoon käytetystä yhteissummasta 57 % ja julkinen terveydenhuolto loput, mutta julkinen terveydenhuolto tarjoaa 60 % palveluista (Ministry of Health 2002). Sairaalat käyttivät yli puolet terveydenhuollon rahoista, yksityiset terveyskeskukset, lääkärit, apteekit ja perinteiset parantajat käyttivät 21 %. Julkiset terveyskeskukset ja hoitolaitokset käyttivät 10 % rahoista. Loput 15 % rahoista meni ehkäisevään terveydenhuoltoon ja kansanterveyden projekteihin.

## **5.2 Terveydenhuoltohenkilökunta**

Keniassa oli yksi lääkäri 10 150 ihmistä kohden vuonna 2000 (Library of Congress 2005). Suomessa oli yhtä lääkäriä kohti 285 ihmistä vuonna 2006 (Tilastokeskus 2007). Rekisteröityjä hoitajia Keniassa on yli 10 000 (Central Bureau of Statistics 2006). Terveydenhuoltohenkilöstön lukumäärä on lisääntynyt viime vuosina, mutta myös väestönkasvu on voimakasta, minkä vuoksi väestöön suhteutettu määrä lisääntyy hitaammin, jos ollenkaan (Taulukko 5). Noin puolet terveydenhuoltohenkilökunnasta on ilmoittautuneita hoitajia (enrolled nurse). Myös koulutetun terveydenhuoltohenkilökunnan määrä on lisääntymässä (Taulukko 6).

Afrikan maissa terveydenhuoltohenkilökuntaa vähentää ns. aivovuoto eli koulutetun väestön maastamuutto, joka koskee pääasiassa lääkäreitä ja hoitajia (Dovlo 2004). Koulutettu henkilökunta muuttaa esimerkiksi Iso-Britanniaan, Yhdysvaltoihin ja Kanadaan parempien mahdollisuuksien toivossa. Aivovuotoa tapahtuu myös Afrikan maiden välillä. Henkilökuntaa vähentävät myös HIV/aids-kuolemat ja samalla HIV/aids lisää terveyspalveluiden tarvetta. Myös sodat, taloudelliset ja sosiaaliset kriisit ja nopea

väestönkasvu lisäävät terveydenhuoltohenkilökunnan tarvetta. Näiden syiden takia moniin Afrikan maihin on syntynyt korvaavia terveydenhuoltohenkilöiden ammatteja. Korvaavan henkilökunnan koulutus on lyhyempi ja edullisempi, ja heille maksetaan vähemmän palkkaa kuin ammattiryhmille, joita he korvaavat. Sisään pääsyvaatimukset korvaaviin tutkintoihin ovat myös vaatimattomammat. Maastamuuton estämiseksi korvaavat tutkinnot ovat maakohtaisia eikä niitä tunnisteta ulkomailla. Korvaava henkilökunta suostuu työskentelemään maaseudulla ja vaikeissa oloissa, joihin on vaikeaa saada henkilökuntaa.

Taulukko 5. Rekisteröityjen terveydenhuoltohenkilöiden määrä Keniassa 2002–2004

	2002		2003		2004	
	lkm	lkm/ 100 000 henkilöä	lkm	lkm/ 100 000 henkilöä	lkm	lkm/ 100 000 henkilöä
Lääkärit	4 740	15	4 813	15	5 016	16
Hammaslääkärit	761	3	772	3	841	3
Farmasistit	1 866	6	1 881	6	2 570	8
Lääketeknikot	1 399	4	1 405	4	1 620	5
Hoitotieteen kandidaatit	-	-	-	-	280	1
Rekisteröidyt hoitajat	9 753	31	9 869	33	10 210	32
Ilmoittautuneet hoitajat	29 094	95	30 212	100	30 562	96
Kliiniset virkailijat	4 778	15	4 808	16	4 953	16
Kansanterveys- virkailijat	1 174	3	1 216	4	1 314	4
Kansanterveys- tekniikot	5 484	17	5 627	19	5 861	18
Yhteensä	59 049	189	60 603	200	63 227	199

Lähde: Export Processing Zones Authority – Kenya 2005, Muga ym. 2005

Taulukko 6. Koulutuksessa olevien terveydenhuoltohenkilöiden määrä Keniassa

	2003/2004	2004/2005
Lääkärit	1 818	2 177
Hammaslääkärit	141	147
Farmasistit	295	266
Lääketeknikot	132	142
Hoitotieteen kandidaatit	302	349
Rekisteröidyt hoitajat	1 281	1 342
Ilmoittautuneet hoitajat	3 940	4 015
Kliiniset virkailijat	406	425
Kansanterveysvirkailijat	282	296
Kansanterveysteknikot	289	307
Yhteensä	9 086	9 455

Lähde: Muga ym. 2005

Keniassa lääkäripulaa korvaavat kliiniset virkailijat (Dovlo 2004). Heidän koulutuksensa kestää kolme vuotta, ja heidät rekisteröidään vuoden työharjoittelun jälkeen. Lääkäreiden koulutus kestää kuusi vuotta. Kumpaankin koulutukseen vaaditaan 12 vuoden peruskoulu. Kliinisen virkailijan erikoistuminen kestää 1–1,5 vuotta ja lääkärin 3–4 vuotta. Kliinisillä virkailijoilla ei ole mahdollisuutta jatkaa opintojaan lääkäriksi, vaan heidän on lääkäriksi halutessaan aloitettava koulutus alusta. Kliinisen virkailijan tehtävät ovat hyvin samanlaiset kuin lääkärin, mutta he voivat suorittaa vain pienimpiä leikkauksia. Rekisteröityjä hoitajia korvaavat ilmoittautuneet hoitajat.

Kansanterveysvirkailijoiden tutkinto on diplomitasoinen ja kestää kolme vuotta (Association of Public Health Officers Kenya 2006). Kansanterveysvirkailijat työskentelevät terveydenedistäjinä ja kouluttajina esimerkiksi kylissä. He voivat erikoistua epidemiologiaan, työterveyteen ja -turvallisuuteen, terveydenedistämiseen ja neuvontaan, elintarviketieteeseen ja -tarkastukseen tai jätehuoltoon.

### **5.3 Farmasistit ja farmasian koulutus**

Farmasisteja koulutetaan Keniassa vain Nairobien yliopistossa (Pharmacy Schools in Kenya 2007). Farmaseuttinen lautakunta rekisteröi henkilön farmasistiksi, kun hän täyttää seuraavat vaatimukset: hän on vähintään 18-vuotias, hyväluonteinen, fyysisesti ja psyykkisesti terve ja suorittanut vähintään kolmen kuukauden pituisen harjoittelun (Pharmacy and Poison Board 2007). Harjoittelu voidaan suorittaa apteekissa, sairaalassa tai lääketeollisuudessa. Farmasisteja Keniassa oli 2 637 vuonna 2005 (Central Bureau of Statistics 2006). Farmasistien määrä on lisääntymässä, koska vuonna 2003 heitä oli 1 881. Suomessa proviisoreja ja farmaseutteja oli vuonna 2006 yhteensä 8 594 (Tilastokeskus 2007).

Vuonna 1974 perustettiin farmasian osasto Nairobien yliopistoon lääketieteellisen tiedekunnan alaisuuteen (University of Nairobi 2007). Aikaisemmin kenialaiset farmasistit saivat koulutuksensa ulkomailla. Tämän takia farmasistit olivat kouluttamattomia tai ulkomaalaisia. Vuonna 1995 farmasia sai oman tiedekunnan. Tiedekunnassa on kolme laitosta: farmaseuttisen kemian, lääkkeiden ja käytännön farmasian ja farmakologian ja farmakognosian laitos. Farmasian kandidaatteja valmistuu joka vuosi noin 60. Suomessa rekisteröitiin 400 farmaseuttia vuonna 2006 (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2006).

Farmaseutin kandidaatin tutkinto kestää 176 viikkoa, joka on jaettu neljään 44 viikon tasoon (University of Nairobi 2007). Vuoden opiskelu maksaa kenialaiselle 16 000–450 000 KES ja ulkomaalaisille opiskelijoille 86 000 KES. Farmasian maisteriohjelmat kestävät 4–10 lukukautta. Vuodessa on kolme lukukautta ja yksi lukukausi kestää 15 viikkoa. Yliopistossa on mahdollista opiskella myös farmasian tohtoriksi. Diplomi-tason opinnot kestävät 1–3 vuotta ja diplomitason tutkinnon suorittanutta kutsutaan lääketeknikoksi.

Farmaseuttisen lautakunnan arvion mukaan viimeisen kymmenen vuoden aikana 190 farmasistia on muuttanut maasta (International Pharmaceutical Federation 2006). Saman verran farmasisteja on koulutettu 2000-luvun aikana. Lautakunta vastaanottaa vuosittain noin 30 hakemusta ulkomaalaisen farmasistin rekisteröimiseksi. Hakemuksista puolet hyväksytään. Tämä vastaa puolta vuosittain valmistuvista farmasisteista. Suurin osa

maahan tulevista farmasisteista tulee Intiasta. Osa heistä on kenialaisia farmasisteja, jotka ovat kouluttautuneet Intiassa.

## **5.4 Lääkepolitiikka**

Terveysministeriö laati vuonna 1994 Kenialle lääkepolitiikka-asiakirjan (Ministry of Health 1994). Asiakirjan mukaan se tulisi päivittää kahden vuoden välein, mutta päivitettyä versiota ei löydy. Lääkepolitiikan päätavoitteet ovat turvallisten lääkkeiden saatavuus kaikille kenialaisille kohtuulliseen hintaan, rationaalinen lääkkeiden määrääminen, toimittaminen ja käyttö sekä lääkkeiden korkea laatu.

Keniaan hankittavien lääkkeiden tulee olla Keniassa rekisteröityjä, geneerisellä nimellä tuotettuja ja välttämättömien lääkkeiden listalla (Ministry of Health 1994). Lääkkeet hankitaan tarjousten mukaan. Lääkkeiden tulee myös olla asianmukaisesti pakattuja ja merkittviä eivätkä ne saa vanhentua liian pian.

Kaikkien lääkkeiden toimittajien tulee toimittaa tukkuhintansa terveysministeriöön, ja ministeriö julkaisee viralliset hinnat vähintään kerran vuodessa (Ministry of Health 1994). Lääkkeitä koskevia patenttilakeja arvioidaan ja muutetaan tarpeen mukaan tukemaan paikallista tuotantoa, kunnioittamaan kansainvälisiä immateriaalioikeuksia ja suojelemaan kuluttajia liian korkeilta hinnoilta.

### **5.4.1 Välttämättömät lääkkeet**

Vuonna 1981 valmistui Kenian ensimmäinen kattava välttämättömien lääkkeiden lista; se oli ensimmäisiä Afrikassa (Ministry of Health 1994). Kenian lääkepolitiikka nojaa vahvasti välttämättömien lääkkeiden listaan, ja sen avulla pyritään lisäämään lääkkeiden rationaalista käyttöä ja kontrolloimaan lääkekustannuksia. Listalle valittavien lääkkeiden tulee olla laadukkaita, turvallisia, tehokkaita ja kustannuksiltaan kohtuullisia. Näiden lisäksi huomioidaan hoidon taso, jolla lääkettä tulisi käyttää, ja epidemiologinen tilanne. Terveystoimihenkilökunnan koulutus pohjautuu välttämättömien lääkkeiden listaan. Terveystoimihenkilöstön ja kansalaisten tietoisuutta välttämättömien



lääkkeiden listasta pyritään lisäämään erillisillä kampanjoilla. Perhesuunnitteluvälineitä ja kondomeja verotetaan samalla tavalla kuin välttämättömiä lääkkeitä.

#### **5.4.2 Perinteinen lääkintä ja parannuskeinot**

Afrikassa perinteisen lääkinnän käyttö on yleistä (Export Processing Zones Authority – Kenya 2005). WHO julkaisi ensimmäisen kattavan perinteisen lääkinnän strategian vuonna 2002. Strategian tavoitteina oli:

- kehittää perinteisten lääkkeiden arviointia ja säädöksiä,
- luoda parempi tutkittuun tietoon perustuva pohja turvalliselle, laadukkaalle ja tehokkaalle käytölle ja tuotteille,
- varmistaa saatavuus ja kohtuullinen hinta,
- edistää oikeaa käyttöä ja
- dokumentoida perinteiset lääkkeet ja parannuskeinot.

Keniassa perinteisellä lääkinnällä on tärkeä rooli terveydenhuollossa (Export Processing Zones Authority – Kenya 2005, Ministry of Health 1994). Se on välttämätön osa kulttuuria. Valtio yrittääkin tuoda joidenkin perinteisten lääkkeiden käytön osaksi terveydenhuoltojärjestelmää.

#### **5.4.3 Lääkkeiden jakelu**

Kaikissa laitoksissa, jotka tarjoavat farmaseuttisia palveluita, tulee olla erillinen apteekkiosasto, jonka on lisensoinut Farmaseuttinen lautakunta (Pharmacy and Poison Board) (Ministry of Health 1994). Kaikissa farmaseuttisia palveluja tarjoavissa laitoksissa tulee olla johtajana Farmaseuttisen lautakunnan rekisteröimä farmasisti tai tekninen työntekijä.

Keniassa lääkkeitä jakelevat esimerkiksi yksityiset tukkukaupat, uskonnolliset laitokset ja aikaisemmin terveysministeriön alaisena ollut jakelija (Export Processing Zones Authority – Kenya 2005). Farmaseuttisia tuotteita myydään apteekeissa, kemikatioissa, kaupoissa ja terveydenhuollon toimipisteissä. Keniassa on noin 700 tukkukauppaa ja 1 300

vähittäiskauppiaa, joissa työskentelee farmasisti tai lääketeknikko. Vähittäiskaupat on jaoteltu kolmeen toimipaikkatyyppiin: vapaasti myytäviä (OTC), lääketeknikon toimitettavia ja vain farmasistin toimitettavia reseptilääkkeitä (PO) myyvät kaupat.

Maaseudulle apteekin avaamista autetaan verohelpoituksilla (Ministry of Health 1994). Apteekeissa on käytössä samankaltainen geneerinen substituuutio kuin Suomessa. Lääkärit voivat myydä lääkkeitä, mutta he tarvitsevat siihen lisenssin Farmaseuttiselta lautakunnalta.

#### **5.4.4 Lääketeollisuus**

Kenia on Itä- ja Etelä-Afrikan alueen suurin farmaseuttisten palveluiden tuottaja 50 %:n markkinaosuudella (Export Processing Zones Authority – Kenya 2005). Alueen 50 tunnetusta farmaseuttisia tuotteita valmistavasta tehtaasta 30 on Keniassa. Keniassa on rekisteröity noin 9 000 farmaseuttista tuotetta. Ne on lajiteltu vapaasti myytäviin (OTC), vain lääketeknikon toimittamiin ja vain farmasistin reseptillä toimitettaviin (PO). Keniassa lääketeollisuus tukee terveysministeriötä ja terveydenhuoltoa. Keniassa on paikallisia ja kansainvälisiä tehtaita, kuten Bayer East Africa Limited, Eli-Lilly, Pfizer Corp ja Glaxo SmithKline. Farmaseuttinen teollisuus työllistää noin 2 000 ihmistä, ja suurin osa tehtaista sijaitsee Nairobin ympäristössä.

Kenialaisten lääkemarkkinoiden arvo on noin 8 biljoonaa KES vuosittain. Viennin arvo oli 2,1 biljoonaa KES vuonna 2003 (Export Processing Zones Authority – Kenya 2005). Keniasta viedään lääkkeitä ja farmaseuttisia tuotteita esimerkiksi Tansaniaan, Ugandaan, Etiopiaan ja Ruandaan. Suurimmat tuontimaat puolestaan ovat Iso-Britannia, Intia, Saksa, Ranska, Yhdysvallat ja Sveitsi. Kenian lääketeollisuuden raaka-aineista 95 % joudutaan tuomaan maahan. Keniasta saadaan lääketuotantoon vain pakkausmateriaaleja ja joitain apuaineita, kuten glukoosia, alkoholeja ja maissitärkkelystä.

Keniassa tuotetaan vientiin ja omaan tarpeeseen esimerkiksi antibiootteja, malarialääkkeitä, antasideja, ripulilääkkeitä, analgeetteja, vitamiineja ja rauhoittavia lääkkeitä (Export Processing Zones Authority – Kenya 2005). Lokakuussa 2004 Glaxo SmithKline alkoi tuottaa geneerisiä versioita omista alkuperäisistä ARV-lääkkeistään Itä-Afrikan markkinoille.

Myydyistä lääkkeistä 40 % on infektiosairauksiin käytettäviä, kuten antibiootteja, malaria-, tuberkuloosi- ja viruslääkkeitä, ja 30 % keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä, kuten analgeeteja, masennuslääkkeitä ja unilääkkeitä (Export Processing Zones Authority – Kenya 2005). Hengityselimistöön vaikuttavilla lääkkeillä, kuten yskänlääkkeillä ja inhalaatioilla on 10 %:n markkinaosuus samoin kuin ruuansulatuskanavan ja metabolisen oireyhtymän lääkkeillä, kuten insuliinilla, laksatiiveilla ja ripulilääkkeillä. Viimeisen 10 % jakavat esimerkiksi kardiovaskulaariset lääkkeet ja hormonit.

Vuonna 2006 Suomessa myytiin eniten hermostoon vaikuttavia lääkkeitä mitattuna euromääräisillä tukkumyyntihinnoilla (Lääketietokeskus 2007). Muita suuria terapiaryhmiä olivat syöpälääkkeet, sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeet ja ruuansulatuselinten sairauksien ja aineenvaihduntasairauksien lääkkeet. Suomesta viedään lääkkeitä, lääkevalmisteita ja muita farmaseuttisia tuotteita esimerkiksi muihin EU-maihin, Venäjälle ja Sveitsiin ja tuodaan esimerkiksi Saksasta, Tanskasta, Ruotsista ja Iso-Britanniasta. Viennin arvo oli yli 600 miljoonaa euroa vuonna 2005. Tuonnin arvo oli samana vuonna yli 1 400 miljoonaa euroa.

#### **5.4.5 Lääkkeiden markkinointi ja tiedotus**

Lääkkeiden markkinoinnin tulee olla eettistä, tosiasioihin perustuvaa, kouluttavaa ja liioittelematonta (Ministry of Health 1994). Farmaseuttinen lautakunta hyväksyy kaikki mainokset ennen niiden julkistamista. Kansalaisille saa mainostaa vain ilman reseptiä saatavia lääkkeitä, ja mainosten tulisi kannustaa rationaaliseen lääkkeiden käyttöön.

Tietoa lääkkeiden väärinkäytöstä tulee jakaa kielellä, jonka kaikki ymmärtävät (Ministry of Health 1994). Tietoa levitetään median lisäksi perinteisillä tavoilla, kuten laulujen, runojen, näytelmien ja tanssien välityksellä.

## 6 PERHESUUNNITTELU

Perhesuunnittelun avulla parit yrittävät vaikuttaa lapsilukunsa kasvuun ennalta asettamiensa tavoitteiden mukaisesti (Ritamies 2006). Lapsiluvun lisäksi pyritään vaikuttamaan myös syntymien ajoittumiseen. Perhesuunnittelulla tarkoitetaan yleensä lapsiluvun rajoittamista, mutta laajasti käsitettynä se sisältää myös lapsettomuusongelmien ratkaisemisen. Keniassa perhesuunnittelupalveluja on saatavilla perhesuunnitteluklinikoilta, joita on kaikissa terveydenhuollon toimipisteissä (Ogola ym. 2005).

Kaikista kenialaisista miehistä 80 % hyväksyy perhesuunnittelun (Measure DHS 2003). Vuonna 2003 naimisissa olevista naisista 86 % ja miehistä 87 % hyväksyi sen (USAID 2006). Viimeisen viiden vuoden aikana hyväksyntä on laskenut muutaman prosentin. Kouluttamattomista vain noin 60 % hyväksyi perhesuunnittelun, korkeasti koulutetuista yli 90 %. Koilliskenialaisista miehistä 95 % ei hyväksy perhesuunnittelua (Measure DHS 2003). Naimisissa olevista naisista, jotka olisivat tarvinneet perhesuunnittelun palveluita vuonna 2003, neljännes jäi niitä ilman (USAID 2006). Kymmenen vuotta aikaisemmin prosenttiosuus oli 36. Perhesuunnittelupalvelut ovat paremmin saatavilla kaupungeissa kuin maaseudulla. Perhesuunnittelun hyväksyvien naisten miehistä 62 % hyväksyy perhesuunnittelun ja 15 % ei sitä hyväksy (Measure DHS 2003). Hyväksyntä on riippuvainen tuloista: kun tulot kasvavat, myös hyväksyntä kasvaa.

Ehkäisyn käyttäjistä 45 %:a on neuvottu ehkäisyn käyttöön liittyvistä ongelmista ja sivuvaikutuksista (Measure DHS 2007). Kouluttamattomista naisista viidennes sai tietoa, mutta vähintään yläkoulun käyneistä yli puolet. Tutkimuksessa, johon osallistui 25 perhesuunnittelutoimipistettä maaseudulla ja kaupungissa, analysoitiin 176 asiakaskäyntiä ja todettiin, että asiakkaat eivät saa kaikkea tarvitsemaansa tietoa ehkäisymenetelmän valitsemiseksi tai sen käyttämiseksi (Kim ym. 1998). Vain 72 %:lle uusista ehkäisytablettien käyttäjistä kerrottiin, että pilleri tulee ottaa päivittäin. 52 %:lle kerrottiin, koska tulee aloittaa uusi pillerilevy, ja 32 % sai kuulla, miten toimia, jos pilleri unohtui. Asiakkaille ei kerrottu kaikista vaihtoehdoista eikä varmistettu, että heillä on täysi ymmärrys päätöksensä vaikutuksista. Kaikki tutkimuksen aikana asioineet asiakkaat olivat naisia.

## **6.1 Naisiin kohdistuva väkivalta**

Naisista puolet (49 %) on kokenut väkivaltaa täytettyään 15 vuotta (Measure DHS 2003). Useimmiten väkivallan aiheutti aviomies (58 %), seuraavaksi yleisimpiä aiheuttajia olivat vanhemmat ja opettaja. Lähes puolet (47 %) naisista on kokenut parisuhdeväkivaltaa. Useimmin väkivalta on fyysistä. Nuorista seksuaalisesti kokeneista naisista 21 % (10–24 vuotiaista) on pakotettu yhdyntään (Erulkar 2004). Useimmiten pakottaminen on ilmennyt huijaamalla, vaatimalla tai henkisellä väkivallalla, ja pakottaja on yleisimmin oma aviomies tai poikaystävä. 10–24-vuotiaista seksuaalisesti kokeneista miehistä 11 % on pakotettu yhdyntään.

## **6.2 Terveysthuollon ja perhesuunnittelun oppikirjat Keniassa**

Ostin Keniasta kolme terveysthuollon ja perhesuunnittelun oppikirjaa, jotka on suunnattu terveysthuoltohenkilökunnalle. Kirjoista kaksi ostin kirjakaupasta Kisumusta (*Community Health* ja *Where There Is No Doctor*) ja yhden Kendu Bayn VTC:n kansanterveysvirkaileijalta (*Tuko Pamoja, Adolescent Reproductive Health and Life Skills Curriculum*). Kirjat ovat englanninkielisiä. Kirjojen avulla pystyin hahmottamaan paremmin kenialaisen terveysthuollon kokonaisuutena. Kirjoista nousi selvästi esiin mihin suuntaan terveysthuoltoa halutaan kehittää ja toisaalta, mistä ollaan tulossa.

*Community Health* -kirja on tarkoitettu ensisijaisesti terveysthuollon ja hoitolaitosten vastuushenkilöille, mutta on hyödyllinen kaikille terveysthuoltohenkilöille (Wood 2001). Kirjan on tehnyt Afrikan lääketieteen ja tutkimuksen säätiö (African Medical and Research Foundation), ja ensimmäinen painos julkaistiin vuonna 1981. Kirja on myöhemmin päivitetty ja tehty erityisesti Itä-Afrikan tarpeisiin. Perhesuunnittelun lisäksi kirjan aiheita ovat esimerkiksi äiti- ja lapsiterveys, ravitsemus, ympäristön vaikutus terveyteen, terveysthuoltojärjestelmä sekä sairaudet ja niiden ehkäisy. Perhesuunnittelulla kirjassa tarkoitetaan synnytysvälin pidentämistä 2–3 vuoteen sen sijaan, että nainen olisi aina raskaana. Kirjassa esitetään asiat käytännöllisten esimerkkien kautta, esimerkiksi lyhyttä synnytysväliä verrataan liian tiheästi istutettuun maissiin ja siitä johtuvaan huonoon kasvuun. Kirjassa esitellään 13 modernia ja perinteistä ehkäisy menetelmää ja kerrotaan

niiden tehokkuudesta, saatavuudesta, haittavaikutuksista ja käytöstä. Yksi perinteisistä menetelmistä on kohdunkaulan liman koostumuksen tarkkailu ja hedelmällisyyden päättely sen perusteella. Kirjassa opetetaan taulukoiden tulkitsemista ja tutkimuksen tekemistä sekä pohditaan syitä esimerkiksi väestön kasvuun.

*Where There Is No Doctor, a village health care handbook for Africa* -kirja on nimensä mukaisesti tarkoitettu avuksi tilanteisiin, joissa ei ole mahdollista saada apua lääkäriltä (Werner 2004). Kirja on tarkoitettu kyläläisille, farmasisteille, opettajille, kättilöille ja kylien terveydenhuoltohenkilöille. Sen on kirjoittanut Meksikossa terveystyötä tekevä biologi, ja se on käännetty yli 50 kielelle, kuten kiswahiliksi, venäjäksi, hindiksi, arabiaksi ja nepaliksi. Ensimmäisen kerran se julkaistiin vuonna 1979, mutta se on päivitetty kahdesti. Kirja kannustaa ihmisiä auttamaan itseään, edistämään terveyttään ja ymmärtämään, koska on pakko mennä sairaalaan. Kirjan esimerkit ovat käytännönläheisiä ja kuvat tukevat tekstiä. Kirjan aiheita ovat esimerkiksi ”kotikonstit” sairauden hoidossa, väärät uskomukset, sairauden ehkäisy, ravitsemus, perhesuunnittelu, lääkkeiden käyttö, sairaanhoito, ensiapu, naisten- ja lastentaudit ja iho-, silmä- ja suuongelmat. Perhesuunnittelulla tarkoitetaan mahdollisuutta hankkia niin monta lasta kuin haluaa ja silloin kun haluaa. Kirjassa mainitaan 12 ehkäisymenetelmää ja kerrotaan niiden antamasta suojasta sukupuolitauteja ja raskautta vastaan. Lisäksi kerrotaan menetelmien käytöstä ja haittavaikutuksista. Kirjassa esitellään ”sienimenetelmä”, jota suositellaan, jos mitään muuta menetelmää ei ole saatavilla. Menetelmässä nainen asettaa emättimeensä suolassa, etikassa tai sitruunamehussa kastellun sienen yhdyntään ajaksi. Vastaavanlaista menetelmää käytettiin Suomessa 1900-luvun alkupuolella oloissa, joissa ehkäisyvälineiden ja lääkärin neuvojen saanti oli vaikeaa (Ritamies 2006).

*Tuko Pamoja, Adolescent Reproductive Health and Life Skills Curriculum* -kirja on tarkoitettu opettajille, nuorten ryhmien vetäjille, terveydenhuoltohenkilöille ja nuorten kanssa työskenteleville (PATH ja Population Council 2006). Kirja on opettajan käsikirja, jossa on selkeät tuntisuunnitelmat, harjoitukset ja ohjeet. Kirja on tehty kenialaisten käyttöön, ja se sisältää materiaalin 30 tapaamiseen, jotka on jaettu 10–14-vuotiaille ja 15–19-vuotiaille sopiviin aiheisiin. Eri ikäryhmille on myös eri harjoituksia. Tapaamisten aiheita ovat esimerkiksi murrosikä, ystävyys, sukupuolitaudit, vanhemmuus, lääkkeiden käyttö, itsetunto, VCT-keskukset, rakkaus, pidättäytyminen ja myytit. Käytimme kirjaa

apuna valmistellessamme terveystieteistä tyttökoululaisille perhesuunnittelusta ja sukupuolitaudeista.

### **6.3 Hedelmällisyys**

Kenialaisten kokonaishedelmällisyysluku on laskenut 8,1:stä 4,9:ään vuosien 1975–2003 aikana, ja se on yksi Afrikan alhaisimmista (Central Bureau of Statistics and Ministry of Health 2003). Koillis-Keniassa luku on edelleen 7,0 (Measure DHS 2003). Kokonaishedelmällisyysluku on maaseudulla 5,4, kaupungissa 3,3, täysin kouluttamattomilla 6,7 ja vähintään yläkoulun käyneillä 3,2 (USAID 2006, Measure DHS 2003). Luvun eroa maaseudun ja kaupungin välillä voidaan selittää lasten erilaisilla rooleilla (Seppänen 2007). Maaseudulla lapset ovat tarpeellista lisätyövoimaa, mutta kaupungissa heidät saatetaan kokea taloudelliseksi rasitteeksi. Kenialaisten toivoma lapsiluku olisi 3,6 (Measure DHS 2003). On lisääntyvää näyttöä, että korkea kuolleisuus, etenkin lapsi- ja imeväiskuolleisuus, pitää yllä korkeaa syntyvyyttä (Seppänen ym. 2007). Muita hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä kehitysmaissa ovat ehkäisyn käyttö, ehkäisyn tyydyttämätön tarve, imetysaika ja muut raskauden jälkeiseen hedelmättömyyteen liittyvät tekijät sekä steriliteetti. Vuonna 1977 naimisissa olevista hedelmällisistä naisista 17 % ei halunnut enempää lapsia, vuonna 2003 heitä oli lähes puolet (USAID 2006). Miesten prosentti puolestaan on laskenut 44:stä 40:een prosenttiin. Korkeammin koulutetuista naimisissa olevista naisista, joilla on 2–4 lasta, puolet vähemmän halusi lisää lapsia verrattuna kouluttamattomiin. Suomessa kokonaishedelmällisyysluku alkoi laskea 1910-luvulla (Ritamies 2006). Tätä ennen se oli noin 4,8 ja 1780-luvulla noin 5,8. Vuonna 2005 kokonaishedelmällisyysluku oli 1,7 (Unfpa 2005).

Köyhyyttä on selitetty voimakkaalla väestön kasvulla, mutta on mahdollista, että väestön kasvu onkin seurausta köyhyydestä (Seppänen ym. 2007). Lasten taloudellinen arvo on suuri yhteiskunnissa, joissa vanhusten sosiaaliturva on huono ja joissa lasten työtä tarvitaan perheen toimeentulon varmistamiseksi. Hedelmällisyyttä voidaan pienentää myös pienentämällä lapsikuolleisuutta ja kouluttamalla naisia. Koulutetuilla naisilla on paremmat toimeentulomahdollisuudet, joten he ovat vähemmän riippuvaisia lasten tarjoamasta taloudellisesta turvasta tai sosiaalisesta arvostuksesta. Paremmiin koulutetuihin naisiin pystytään turvaamaan lastensa terveyden kouluttamattomia paremmin ja

näin ollen vähentämään imeväiskuolleisuutta. Koulutus myös myöhentää lasten hankkimista ja vähentää näin lasten määrää. Koulutetut naiset osaavat estää lisääntymisen.

## **6.4 Lapsettomuus**

Lapsettomuus on monille ihmisille suuri ongelma myös kehitysmaissa (Seppänen ym. 2007). Keniassa 2 % naisista kärsi primäärisestä lapsettomuudesta vuonna 1993 (Larsen 2000). Osuuteen on otettu mukaan kaikki naiset, jotka olivat lapsettomia seitsemän tai useamman avioliittovuoden jälkeen. Sekundaarisesta lapsettomuudesta kärsi 15 % 20–44-vuotiaista naisista samana vuonna. Suomalaisista pareista noin 15 % kärsii jossain elämänsä vaiheessa tahattomasta lapsettomuudesta (Hovatta 2004). Lapsettomuutta aiheuttavat muun muassa hoitamattomat tulehdukset, sukupuolitaudit ja asiantuntemattomasti tehdyt laittomat abortit (Seppänen ym. 2007). Erityisesti kehitysmaissa lapsettomuus on naiselle suuri sosiaalinen häpeä ja taloudellinen kysymys: jos mies kuolee tai hylkää naisen, ei hänelle jää vanhuudenturvaa. Joissain kulttuureissa lapsettomuus koetaan niin häpeälliseksi, ettei siitä keskustella (Wright 2003). Tämän takia ihmiset eivät tiedä mistä lapsettomuus johtuu tai heillä on väärinkäsityksiä siitä. Syyksi voidaan luulla esimerkiksi ehkäisyn käyttöä, Jumalan tahtoa, rangaistusta epätyytyväisiltä esivanhemmilta tai noituutta.

## **6.5 Ei-halutut raskaudet ja abortti**

Haluttujen lasten määrä on pysynyt samana, mutta ei-haluttujen on laskenut 2,0:sta 1,3:een vuosina 1993–2003 (USAID 2006). Viimeisen viiden vuoden aikana alimman tuloluokan ei-halutut synnytykset ovat lisääntyneet 1,8:sta 2,6:een. Ylimmässä tuloluokassa ei-haluttuja synnytyksiä on 0,6 per nainen. Sekä halutut että ei-halutut synnytykset ovat voimakkaasti kääntäen verrannollisia tuloluokkaan verrattuina. Alimpaan tuloluokkaan kuuluvilla on 7,8 lasta ja ylimpään 3,1.

Keniassa abortti on laillinen vain, jos naisen henki on vaarassa (Childbirth By Choice Trust, 2006). Henkilölle, joka auttaa laittomassa abortissa, voidaan määrätä 14 vuotta vankeutta. Nairobilaiset naiset päättävät usein itse abortin tekemisestä (Baker ja Khasiani 1992).



Yleensä tietoa abortin hankkimisesta, tekotavoista ja abortin tekijöistä on helposti saatavilla ystäviltä ja tutuilta. Suuri osa aborteista tehdään raskauden ensimmäisellä kolmanneksella, mutta abortteja tehdään myös kuuden kuukauden kohdalla. Aborttien tekotavat vaihtelevat, mutta kaksi yleisintä ovat lääketieteen ammattilaisen suorittama abortti terveydenhuollon toimipisteessä (kustannukset 36–162 USD) tai yhteisön jäsenen, jolla ei ole lääketieteen koulutusta, avustama abortti (kustannukset 0–23 USD). Joskus naiset aiheuttavat abortin myös itse. Puolella naisista ilmenee komplikaatioita abortin jälkeen, kuten vuotoa, kipua tai heikotusta.

## **6.6 Ehkäisyn käyttö**

Keniassa ehkäisyn käyttö vaihtelee alueittain 24–66 %:n välillä (USAID 2006). Yleisintä ehkäisyn käyttö on Nairobissa. Vähiten ehkäisyä käytetään rannikolla ja Nyanzassa. Ehkäisyn käyttö vaihtelee 16–62 %:n välillä riippuen naisen koulutustasosta; Naisten ehkäisyn käyttö kasvaa koulutuksen myötä. Modernin ehkäisyn epäonnistumisluku on 0,017 ja perinteisen on 0,193. Vuosien 1993–2003 aikana ehkäisyn hankkiminen julkiselta taholta on vähentynyt 68 %:sta 53 %:iin.

Moderneista ehkäisymenetelmistä injektio on kaikkein suosituin; sitä käytti 11 % naisista ja sen suosio on huomattavasti kasvanut viime vuosina (USAID 2006). Ehkäisytablettien suosio on sen sijaan laskenut. Seksuaalisesti aktiiviset naiset, jotka eivät ole koskaan olleet naimisissa, käyttivät perinteisiä menetelmiä useammin kuin naimisissa olevat. Suomalaisnaisten yleisimmät ehkäisymenetelmät olivat ehkäisytabletti ja kondomi 1990-luvun alussa (Ritamies 2006). Kolmanneksi yleisin oli kierukka.

Ehkäisymenetelmänä kausittaista pidättäytymistä käyttää kenialaisista naisista 5 % (Che ym. 2004). Heistä 36 % tietää oikein, missä kuukautiskierron vaiheessa nainen on hedelmällinen. Kausittaisen pidättäytymisen käyttö on kuitenkin Keniassa vähentynyt; aikaisemmin käyttäjiä oli 11 %. Naimisissa olevista naisista 17 %:lla epäonnistui kausittainen pidättäytyminen vuoden ajanjaksolla. Tätä metodologia käyttivät useammin naimattomat kuin naimisissa olevat naiset ja useammin vanhemmat kuin nuoremmat naiset. Myös korkeampi koulutus oli sidoksissa kausittaisen pidättäytymisen käyttöön siten, että se lisäsi kyseisen menetelmän käyttöä.

Suurimmat ehkäisyn toimittajat ovat yksityiset sairaalat ja klinikat ja hallituksen sairaalat ja terveyskeskukset. Apteekki toimittaa 22 % ehkäisytableteista ja 20 % kondomeista kenialaisille (Measure DHS 2003). Reilu kuusi prosenttia kaikista ehkäisyvälineistä hankitaan apteekista. Se on suurin tablettien toimittaja ja toiseksi suurin kondomien myyjä kaupan jälkeen.

Naiset ovat keskimäärin 17,8-vuotiaita kokiessaan ensimmäisen yhdyntensä (Measure DHS 2003). Naisista 14 % on ollut yhdynnässä ennen 15 ikävuotta, miehistä 29 %. Ehkäisyn käyttö on Keniassa yleisempää kuin Afrikassa keskimäärin. Ehkäisyä käyttää 39 % kenialaisista, modernia metodia 32 % (Unfpa 2005). Moderneja ehkäisymenetelmiä käytetään kaupungeissa enemmän kuin maaseudulla, perinteiset menetelmät ovat yhtä suosittuja asuinpaikasta riippumatta (Measure DHS 2003). Naimisissa olevista kouluttamattomista naisista 12 % käyttää ehkäisyä, vähintään yläkoulun käyneistä 62 %. Naiset, jotka ovat tasa-arvoisemmassa asemassa verrattuna aviomieheensä, käyttivät useammin ehkäisyä verrattuna naisiin, jotka ovat epätasa-arvoisemmassa asemassa. Suomalaisnaisista 80 % käytti ehkäisyä vuonna 1996 (Toivonen 2006).

Lähes 40 % ehkäisyn käyttäjistä lopetti menetelmän käytön tai vaihtoi menetelmää ensimmäisen käyttövuoden aikana (Measure DHS 2007). Neljännes lopetti käytön sivuvaikutusten takia. Seuraavaksi yleisimpiä syitä olivat halu tulla raskaaksi tai raskaaksi tulo ehkäisyn käytöstä huolimatta. Kenian maaseudulla tehdyn haastattelu- ja päiväkirjatutkimuksen (n=715) mukaan ehkäisyn käytön keskeyttäjästä 34 % keskeytti, koska nainen tai pariskunta halusi lasta, 30 %, koska nainen tuli raskaaksi ehkäisystä huolimatta ja 17 % haittavaikutusten takia (Ferguson 1992). Ehkäisyn käytön lopetti 8 %, koska aviomies pakotti tai halusi lapsen.

Miehistä 24 % ajattelee, että ehkäisy on naisten asia (Measure DHS 2003). 47 % on sitä mieltä, että ehkäisyn käyttö voi edesauttaa naisten vapaampaa seksuaalikäyttäytymistä eli vaikuttaa partnereiden määrään. Naimisissa olevat naiset, jotka eivät aio käyttää ehkäisyä tulevaisuudessa, ilmoittivat syiksi uskonnon, halun saada lisää lapsia tai sivuvaikutusten pelon.

Kenialaisten ehkäisyn käyttöön vaikuttavat heidän läheisiltään saamansa tiedot ja neuvot (Musalia 2005). Tosin eri lähteistä saadut neuvot ovat usein ristiriitaisia. Perheen

mielipiteellä on enemmän vaikutusta ehkäisyn käyttöön kuin ystävien. Perhesuunnittelun ja terveydenhuollon henkilöstön kanssa käyty keskustelu lisää merkittävästi ehkäisyn käyttöä. Todennäköisyys käyttää ehkäisyä kasvaa iän myötä.

Maaseudulla Nyanzan alueella toteutetussa haastattelututkimuksessa selvitettiin naisten välisen keskustelun vaikutuksia perhesuunnitteluun (Rutenberg ja Watkins 1997). Naiset eivät tee päätöksiä perhesuunnitteluklinikalla hoitajan neuvonnan perusteella vaan tekevät valintansa huhujen ja yhteisössä kiertävien tarinoiden perusteella. Tutkimuksen mukaan naiset ja muut kyläläiset yhdistävät poikkeavat oireet ja tapahtumat helposti perhesuunnittelun käyttöön. Naisen jatkuvat korvatulehdukset, vilun tunne, jatkuvat vuodot tai lasten epämuodostumat voidaan tulkita perhesuunnittelusta johtuviksi. Eräs uskomus oli, että pillerit voivat kasaantua naisen kohtuun aiheuttaen sairastumisen tai jopa kuoleman. Naiset näkevät huhutut haittavaikutukset uhkana terveydelleen ja syntymättömän lapsensa terveydelle tai kokevat ne ongelmien aiheuttajiksi avioliitoissaan.

### **6.6.1 Kondomin käyttö**

Lähes kaikkien kenialaisten (94–96 %) mielestä nainen voi kieltäytyä yhdynnästä tai ehdottaa kondomin käyttöä, jos aviomiehellä on sukupuolitauti (Measure DHS 2003). Naisista, jotka olivat harrastaneet ”riskiseksi” (jonkun muun kuin avio- tai avopuolison kanssa) 24 % oli käyttänyt kondomia, miehistä 47 %. Miehistä 3 % on maksanut seksistä viimeisen vuoden aikana ja heistä 65 % ilmoitti käyttäneensä kondomia. Naisista 6 % ilmoitti saaneensa viimeisen vuoden aikana rahaa, lahjoja tai palveluksia seksiä vastaan. Miehistä 46 prosentin mielestä kondomi vähentää mielihyvää, 5 % uskoo, että kondomin voi käyttää uudelleen, jos sen pesee ja 8 % uskoo, että HIV voi tarttua kondomista. Lähes kolmasosan (28 %) mielestä naisella ei ole oikeutta kätkeä miestä käyttämään kondomia. 78 % uskoo kondomin suojaavan sukupuolitaudeilta, mutta 34 %:n mielestä niiden ostaminen on noloa. Yli puolet (53 %) 15–24-vuotiaista naisista tietää mistä kondomeja voi hankkia, samanikäisistä miehistä 75 %. Naisista 12 % käytti kondomia ensimmäisessä yhdynnässään, miehistä 14 %.

Kondomeista on median (sanomalehdet, radio, tv) välityksellä saanut tietoa 75 % naisista viimeisten kuukausien aikana (miehistä 70 %) (Measure DHS 2003). Noin kolmanneksen

mielestä markkinointi ei ole hyväksyttävää. Koilliskenialaisista vain 4 % on kuullut kondomeista median välityksellä.

Kenian VCT-keskuksissa jaetaan kondomeja ilmaiseksi, mutta naisten kondomeja ei ole säännöllisesti saatavilla (Mung'ala ym. 2006). Keskuksen työntekijöiden mielestä naisten kondomeille olisi tarvetta ja niistä olisi hyötyä taudeilta suojautuessa, mutta työntekijöillä on myös ennakkoluuloja niitä kohtaan. Työntekijöiden ja naisasiakkaiden mielestä naisten kondomi antaa naiselle mahdollisuuden neuvotella turvaseksistä. Miesasiakkaat olivat halukkaita kokeilemaan naisten kondomia ja tunsivat sillä olevan uutuusarvoa. Monet asiakkaista eivät tieneet naisten kondomista tai eivät osanneet käyttää sitä. Keskusten työntekijöiden tieto asiasta perustuu usein huhuihin, eikä heistä tunnu luontevalta neuvoa naisten kondomin käyttöä.

## **6.6.2 Jälkiehkäisy**

Vuonna 1997 Keniassa tuli markkinoille Postinor-2, joka sisältää kaksi tablettia, jotka sisältävät kumpikin 0,75 mg levonorgestrolia (Muia ym. 2002). Se korvasi Postinor-10:n, joka sisälsi 10 samanlaista tablettia kuin Postinor-2. Postinor-valmisteet ovat tarkoitettu jälkiehkäisyyn. Jälkiehkäisy on ilmaista julkisissa perhesuunnittelupalveluissa, mutta muilla klinikoilla se maksoi noin 50 KES ja apteekissa 64 KES vuonna 2001. Nairobissa, Mombasassa ja Machakoksen alueella tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin perhesuunnitteluklinikoiden asiakkaiden ja henkilökunnan tietämystä jälkiehkäisystä. Tietoja testattiin koulutuksen ja erilaisten materiaalien tuottamisen jälkeen ja ennen niitä. Tutkimukseen osallistui 282 asiakasta vuonna 1996 ja 555 asiakasta vuonna 1999. Asiakkaista 11 % oli kuullut jälkiehkäisystä vuonna 1996 ja 20 % vuonna 1999. Suurin osa naisista oli saanut tiedon jälkiehkäisystä ystävältään. Vuonna 1999 merkittävänä tiedonlähteenä olivat myös perhesuunnitteluklinikat. Suurin osa naisista ei ollut varma, voiko jälkiehkäisyä käyttää, kun kuukautiset ovat myöhässä. Osalla oli asiasta väärää tietoa. Suurin osa ei myöskään tiennyt, mitä jälkiehkäisytabletti sisältää. Kuitenkin 95 % asiakkaista suosittelisi jälkiehkäisyä ystävälleen tai käyttäisi sitä itse (vuonna 1999). Haastatellut terveydenhuoltohenkilökunnan jäsenet (n=93 vuonna 1996, n=86 vuonna 1999) suhtautuivat jälkiehkäisyyn positiivisesti. Heistä 46 % oli kuullut jälkiehkäisystä vuonna

1996 ja 88 % vuonna 1999. Lähes kaikki terveydenhuoltohenkilökunnasta (90–93 %) toivoivat jälkiekhäisyn olevan helpommin ja laajemmalti saatavilla.

Alle puolet nairobilaisista hoitajista oli kuullut jälkiekhäisystä (Gichangi ym. 1999). Jälkiekhäisyn oikean ajoituksen tiesi heistä vain hiukan yli puolet. Puolet vastaajista koki jälkiekhäisyn aborttikeinoksi ja olivat siksi vastahakoisia käyttämään tai edistämään sen käyttöä. Yli puolen (64 %) mielestä jälkiekhäisyn helpompi saatavuus saattaisi lisätä moraalittomuutta, seksuaalista riskikäyttäytymistä, varomattomuutta ja esiaviollista seksiä. Vain 16 % Kenian perhesuunnitteluklinikoiden työntekijöistä kokee turvalliseksi antaa ehkäisytabletit varalle tytöille, joilla kuukautiset eivät ole vielä alkaneet (Stanback ja Janowitz 2003).

## **6.7 Hoitajien suhtautuminen ehkäisyyn**

Hoitajista ja kättilöistä 77 % suositteli naimattomille varhaisnuorille (15–19-vuotiaat) pidättäytymistä, varhaisnuorten hakiessa ehkäisyä (Warenius ym. 2006). 82 %:n mielestä varhaisnuorille pojille tulisi opettaa masturboinnin vaaroista, ja 72 %:n mielestä masturbointi ei ole hyvä tapa tyttöjen välttää ei-halutuilta raskauksilta tai sukupuolitaudeilta. Hoitajista ja kättilöistä 69 %:n mielestä 16-vuotiaita kouluttamattomia tyttöjä ei tulisi rohkaista kondomin käyttöön, toisaalta 55 % sallisi seksuaalisesti aktiivisille koulutetuille ehkäisyn käytön. Puolet oli sitä mieltä, että kouluttamattomille pojille tulisi neuvoa kondomin käyttöä. Suurimman osan (88 %) mielestä raskaana olevan tytön tulisi voida jatkaa koulunkäyntiä eikä myöskään tytön raskaaksi tehnyttä poikaa saisi erottaa koulusta (83 %). 80 %:n mielestä aborttia ei tulisi sallia varhaisnuorille tytöille, jotka sitä haluaisivat. Jatkovaa varhaisnuorten seksuaalisuuteen ja lisääntymisterveyteen liittyvää koulutusta saaneet olivat huomattavasti suvaitsevaisempia nuorten ehkäisyä, aborttia ja laittomien aborttien seurauksien hoitoa kohtaan. Ikä ei vaikuttanut asenteisiin.

Länsi-Kenian maaseudulla Etelä-Nyanzassa toteutetussa haastattelututkimuksessa selvisi, että perhesuunnittelun työntekijöillä on omia tavoitteita, jotka ovat ristiriidassa virallisten ohjeiden kanssa (Kaler ja Watkins 2001). Työntekijät halusivat mainetta ja kunniaa yhteisön muilta jäseniltä, mutta halusivat välttää syytöksiltä koskien perhesuunnittelun negatiivisia tuloksia. Syytökset ovat seurausta käsityksestä, että hormonaalisen ehkäisyn

käyttö voi aiheuttaa lapsettomuutta tai muita vakavia sivuvaikutuksia. Monet työntekijöistäkin uskoivat tähän. Tämän takia työntekijät eivät halunneet antaa ehkäisyä lapsettomille naisille tai sellaisille, joilla on vain yksi lapsi. Tämän seurauksena osa perhesuunnittelun asiakkaista ei voi vapaasti valita ehkäisymenetelmää tai pääse perhesuunnittelupalveluihin lainkaan. Lapsettomuus saattaa johtaa avioeroon, koska lapsia tarvitaan vanhempiensa elättämiseen. Osa työntekijöistä olisi valmiita uhkaamaan yhteisön normeja antamalla kondomeja synnyttämättömille naisille. Osa ei, koska he pelkäävät sen aiheuttavan kritiikkiä ja mielikuvan, että he kannustavat esiaviolliseen seksiin. Työntekijät auttoivat asiakkaitaan käyttämään ehkäisyä salaa, koska he uskoivat sen tasapainottavan perhe-elämää: näin nainen pystyy pitämään perheensä hallittavan kokoisena ja välttämään aviolliset ja taloudelliset kriisit.

## **6.8 Nuorten seksuaalikäyttäytyminen**

Kisumussa tehtyyn kyselyyn osallistui 388 15–24-vuotiasta nuorta (Oindo 2002) ja Nakurun alueella toteutettuun tutkimukseen osallistui 2 059 lukiolaista (Kiragu ja Zabin 1995). Nakurun alueen tutkimukseen otettiin mukaan kouluja kaupungeista ja maaseudulta, mutta asuinpaikka ei vaikuttanut vastauksiin. Tämän tutkija uskoi johtuvan siitä, että nuorilla on yhtä huonot mahdollisuudet saada perhesuunnittelupalveluita maaseudulla kuin kaupungeissakin. Tämän tutkimuksen mukaan pojista 69 % ja tytöistä 27 % on seksuaalisesti kokeneita. Tulosta tutkija selittää kulttuurin vaikutuksella: pojat liioittelevat kokemuksiaan, koska yhteiskunta rohkaisee siihen. Toisaalta tytöt eivät ehkä halua myöntää kokeneisuuttaan. Tulosta selittää myös se, etteivät tytöt halua vaarantaa koulutustaan, sillä usein raskaana olevat tytöt erotetaan koulusta. Oindon (2002) tutkimukseen osallistujista nuorista 74 % oli seksuaalisesti kokeneita ja ensimmäinen seksuaalinen kokemus ajoittui useimmiten 15–19-vuoden ikään. Kiragun ja Zabinin (1995) mukaan tytöt olivat keskimäärin 15,5-vuotiaita ensimmäisessä yhdynnässään ja pojat keskimäärin 13-vuotiaita.

Nuorista 99 % tiesi ainakin yhden ehkäisymenetelmän, mutta 31 % kertoi käyttävänsä ehkäisyä (Oindo 2002). Ehkäisyä oli nuorista käyttänyt 52 %. Kiragun ja Zabinin (1995) mukaan seksuaalisesti kokeneista alle puolet (42–49 %) oli käyttänyt ehkäisyä ja vain 7–11

% kokeneista koki itsensä säännölliseksi ehkäisyn käyttäjäksi. Oindon (2002) tutkimuksen mukaan seksuaalisesti aktiivisista nuorista ehkäisyä käytti vain 58 %.

Suosituin ehkäisymenetelmä oli miesten kondomi, ja se hankittiin useimmiten apteekista tai kaupasta (Oindo 2002). Kiragun ja Zabinin mukaan (1995) suosituimmat menetelmät olivat kondomi ja ”varmat päivät”. Varmoja päiviä käyttävistä tytöistä 46 % ja pojista 17 % tiesi oikein varmojen päivien laskemisen. Seksuaalisesti kokeneista pojista noin puolet ja tytöistä 61 % ei omasta mielestään tiennyt tarpeeksi raskauden ehkäisystä. Pojat eivät käyttäneet ehkäisyä, koska yhdyntä ajoittui ”varmoin päiviin” (20 %), kokivat itsensä liian nuoriksi saamaan tyttöä raskaaksi (16 %), eivät olleet suunnitelleet yhdyntää (12 %), kokivat ehkäisyn käytön vaaralliseksi (10 %) tai kalliiksi (8 %). Tytöt eivät käyttäneet ehkäisyä, koska kokivat ehkäisyn käytön vaaralliseksi (36 %), yhdyntä ajoittui ”varmoin päiviin” (20 %), he olivat liian nuoria tulemaan raskaaksi (13 %) tai heidät oli pakotettu yhdyntään (9 %). Ehkäisyn käyttö oli todennäköisempää tytöillä, joilla oli korkeampi sosioekonominen tausta, positiivinen suhtautuminen ehkäisyyn ja hyvä koulumenestys. Ehkäisyn käyttöön vaikutti käänteisesti tyttöjen runsas tieto ehkäisymenetelmistä. Syynä tähän saattoivat olla huhut ehkäisyn haittavaikutuksista. Poikien vastauksista ei havaittu tällaisia yhteyksiä.

Nuorilla oli epätosia uskomuksia raskauden ehkäisystä ja sukupuolitaudeista (Taulukko 7). Monet vastaajista uskoivat genitaalialueiden pesemisen, yhdyntän harrastamisen seisaaltaan tai yhdyntän jälkeisen hyppimisen ehkäisevän raskaaksi tulemiselta. Pojilla oli huonommat tiedot raskaaksi tulosta kuin tytöillä, mutta paremmat tiedot sukupuolitaudeista. Kaikilla vastaajilla oli paremmat tiedot sukupuolitaudeista kuin raskaaksi tulemisesta.

Nuoret tiesivät seksuaalisen kanssakäymisen seuraukset: ei-halutut raskaudet ja sukupuolitaudit (Oindo 2002). Nuoret saivat tietoa ehkäisystä pääasiassa koulusta, median kautta ja tovereiltaan. Nuoret eivät halunneet keskustella ehkäisystä vanhempiensa kanssa, koska eivät tieneet miten lähestyä asiaa eivätkä halunneet paheksuvien vanhempiensa tietävän nuorten olevan seksuaalisesti aktiivisia.

Osana Oindon (2002) tutkimusta oli 18 haastattelua, joiden kohteena olivat vanhemmat, avainhenkilöt ja terveydenhuoltohenkilöt. Aikuisista tuntui sopivammalta keskustella ehkäisystä nuorten kanssa reaktiivisesti kuin ennalta ehkäisevästi. Artikkelin mukaan

nuorten voi olla vaikeaa käyttää julkisia perhesuunnittelupalveluja hoitajien asenteiden takia. Negatiiviset asenteet nuorten ehkäisyn käyttöä kohtaan johtuvat luulluista haittavaikutuksista ja ehkäisyn käytön liittämistä kevytkenkäisyyteen.

Tutkimuksessa, johon osallistui 1 546 yläkoululaista iältään 13–21-vuotta, selvitettiin nuorten suhtautumista VCT-keskuksiin (Luhahi ja Wanyonyi 2005). Tutkimus toteutettiin Merun alueella. Tutkimuksen mukaan 96 % vastaajista tiesi HIV:stä ja aids:ista. Vastaajista 94 % tiesi ainakin yhden tavan, jolla HIV tarttuu, ja 54 % tiesi kolme tapaa. Opiskelijoiden mielestä keinoja tartunnan välttämiseksi olivat pidättäytyminen (55 %), uskollisuus yhdelle partnerille (21 %) tai kondomin käyttö (8 %). Vastaajista 46 % oli sitä mieltä, ettei kondomi vähennä tartunnan riskiä. Kiragun ja Zabinin (1995) tutkimuksen mukaan 43–72 % nuorista tiesi kondomin suojaavan sukupuolitaudeilta (Taulukko 7). VCT-keskuksista oli kuullut 65 % vastaajista, mutta vain 57 % tiesi mitä ne olivat (Luhahi ja Wanyonyi 2005). Opiskelijoista puolet eivät tieneet ovatko he HIV-negatiivisia vai -positiivisia. Nuoret eivät halunneet käydä testissä, koska he pelkäsivät tulosta ja leimautumista, heillä ei ollut tarpeeksi tietoa ja heitä epäilytti, että tieto testin tuloksesta leviäisi. Kuitenkin 85 % hyväksyi ihmisten rohkaisemisen käyttämään VCT-keskusten palveluja. Lähes kaikkien (95 %) vastaajien mielestä HIV-positiivisille tulisi tarjota apua, rakkautta ja huolenpitoa.

## **6.9 Perhesuunnittelupalveluja nuorille apteekista**

PATH (voittoa tavoittelematon kansainvälinen terveydenedistämisyhteistyö) toteutti vuosina 2000–2006 Youth Friendly Pharmacy -projektin terveydenhuollon ja farmasian yhteistyötahojen kanssa Keniassa ja kolmessa muussa maassa (PATH 2004, Shauri J, sähköposti 24.10.2007). Projektin tavoitteena oli lisätä nuorten tietoisuutta apteekkien palveluista, muuttaa apteekkien suhtautumista nuoriin ystävällisemmäksi, kouluttaa farmasisteja antamaan perhesuunnittelupalveluja ja saada perhesuunnittelukoulutus osaksi farmasian opintoja. Pääpaino oli jälkiehkäisyssä, ehkäisyssä ja sukupuolitaudeissa. Projekti toteutettiin, koska nuoret ovat alttiita sukupuolitaudeille, ei-halutuille raskauksille ja aborteille. PATH:n mukaan apteekki on nuorille helposti lähestyttävä sen mukavuuden, hinnan ja anonymiteetin takia. Keniassa projektiin osallistui 268 apteekkia ja 462 apteekin henkilökunnan jäsentä. Osallistuneet apteekit merkittiin logolla, jotta nuoret tunnistaisivat



ne. Projektia arvioitiin syvähaastatteluilla, haamuasiakkailla, vierailuilla ja keräämällä tietoa nuorista asiakkaista ja heidän määrästään. Keniassa haamuasiakkaista 72 % koki saamansa palvelun ystävälliseksi ennen projektia ja 91 % projektin jälkeen.

Taulukko 7. Nuorten uskomuksia raskauden ehkäisystä ja sukupuolitaudeista

	Tytöt %	Pojat %
Uskoi, että tytön genitaalialueiden peseminen yhdyntämisen jälkeen ehkäisee raskauden	72	81
Uskoi, ettei tyttö voi tulla raskaaksi, jos yhdyntä tapahtuu seisaaltaan	56	65
Tiesi, ettei seisominen yhdyntämisen aikana estä raskautta	5	9
Uskoi, ettei tyttö tule raskaaksi, jos hän hyppii ylös alas yhdyntämisen jälkeen	61	66
Tiesi, ettei tytön hyppiminen yhdyntämisen jälkeen ehkäise raskaudelta	3	6
Tiesi kondomin suojaavan sukupuolitaudeilta	43	72
Tiesi sukupuolitautilien tarttuvan yhdyntämissä	83	87

Lähde: Kiragu ja Zabin 1995

## 7 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää farmasistien rooli ehkäisyneuvonnassa ja perhesuunnittelussa Keniassa.

Tutkimuksen tavoitteita olivat

- kuvata paikallisten apteekkien toimintaa,
- selvittää farmasistien asenteita raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyyn ja perhesuunnitteluun,
- selvittää farmasistien roolia ehkäisyneuvonnassa ja perhesuunnittelussa ja
- kuvata paikallisten elämää tutkimuksen viitekehyksessä.

## 8 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TUTKIJAN POSITIO

Haastattelija ei saisi olla auktoriteetin asemassa haastateltavaan nähden, vaan heidän välillään tulisi olla keskusteleva ja tasa-arvoinen vuorovaikutus (Hirsjärvi ja Hurme 1991, Saastamoinen 2003). Haastattelutilanteessa, kuten kaikissa ihmisten välisissä vuorovaikutustilanteissa, on kuitenkin aina läsnä vallan elementit. Haastattelija on usein korkeammassa valta-asemassa koulutuksensa takia. Haastattelemineen on vallan ilmaus yhteiskunnassa, jossa tieto ja valta liittyvät tiiviisti yhteen. Haastattelija voi kuitenkin valita itselleen lisäroolin, kuten sosiaalisesti alemman, tasavertaisen tai ylemmän roolin. Haastattelija voi myös toimia haastateltavan ryhmän jäsenen roolissa tai ulkopuolisen roolissa.

Tiedostin koulutukseni ja ihonväriini vaikuttavan asemaani haastateltaviin verrattuna. Keniassa koulutus on hyvin kallista, mutta varsinkin Kendu Bayssa ja Kisumussa vallitsevan luo-heimon (World Nomads Adventures 2008) parissa hyvin arvostettua. Monilla ei ole mahdollisuutta kouluttautua. Koin myös, että minua pidettiin ”rikkaana länsimaisena siirtomaaherrana” ihonväriini takia. Koska tiedostin nämä asiat, en korostanut taustojani, vaan kerroin esimerkiksi koulutukseni tasosta ja rahan arvosta Suomessa vain kysyttäessä. Yleensä esittelin itseni farmasian opiskelijana. En kuitenkaan olisi voinut joutua korkeampaan valta-asemaan, koska olen nainen. Kenialaisessa kulttuurissa miehet ovat useammin koulutettuja kuin naiset, koska naisilla ei ole samoja mahdollisuuksia. Toisaalta minusta tuntui, että kaikki kuvittelivat minun olevan rikas, ja siksi he ehkä kokivat minun olevan merkittävämpi henkilö kuin tavallinen opiskelijatyttö.

Ennen Keniaan lähtöäni en tiennyt mitä odottaa ja lähtö kauas täysin outoon ja erilaiseen kulttuuriin pelotti. Jännitin myös omaa suhtautumistani vieraaseen kulttuuriin ja erilaisiin tapoihin ja asenteisiin. Mietin miten minuun suhtaudutaan valkoisena naisena ja miten taustani vaikuttaa tutkimukseni onnistumiseen.

Haluan tehdä jotain omaa. Uskon matkan myös laajentavan maailmankuvaani ja vähentävän ennakkoluulojani. Haluan oppia ymmärtämään asioita, enkä koskaan voi oppia niitä lukemalla kirjoja. Minulle on suotu mahdollisuus, joka täytyy käyttää hyödyksi. (Päiväkirja 30.3.2007)

Keniaan lähti lisäksi kahdeksan lääketieteen ja yksi kansanterveystieteen opiskelija. Heidän kanssaan pääsin tutustumaan hyvin paikalliseen terveydenhuoltoon. Ensimmäisen kuukauden vietimme Kendu Bayn adventistisairaalassa ja lähialueilla. Kesäkuun lopussa siirryimme Itä-Afrikan yliopistoon Baratoniin. Projekti toteutetaan joka kesä, ja se on tarkoitettu lääketieteen opiskelijoille, jotka ovat Public Health -linjalla, ja kansanterveystieteen opiskelijoille.

Arki Keniassa oli hyvin erilaista kuin mihin olin tottunut. Ajalla ei ollut merkitystä samalla lailla kuin Suomessa. Jos jokin asia sovittiin esimerkiksi aamuyhdeksi, tarkoitti se käytännössä ”ehkä tänään”. Ihmisiä ei tuntunut häiritsevän toiminta, jonka koin jatkuvaksi odotteluksi ja epämääräisyydeksi. Esimerkiksi apteekilla ei ollut aukioloaikoja, vaan odottelin asiakkaiden kanssa aamuisin vaihtelevan ajan apteekin ulkopuolella sen avautumista. Noin tunnin myöhästyminen tuntui olevan yleinen käytäntö, mutta poikkeuksiakin onneksi löytyi. Ihmiset olivat hyvin auttavaisia ja iloisia, mutta useimmiten he halusivat jonkin vastapalveluksen. Asuimme sairaalan vierastalossa hyvin mukavasti paikalliseen tasoon nähden. Vierastalossa, kuten sairaalassakin, oli sähköä useimmiten vain öisin ja pari tuntia päivällä, jotta sairaala pystyi toimimaan. Kylälle ei tullut sähköä, vaan sairaalalla oli oma generaattori. Vierastalon keittäjät valmistivat meille kenialaista juhlaruokaa. Ruoka koostui pääasiassa riisistä, vaaleasta leivästä, perunasta ja vihanneksista, kuten pavuista. Adventistit eivät syö punaista lihaa. Ruoka oli hyvin rasvaista, koska silloin sitä ei tarvittu niin paljon tarvittavan energiamäärän saavuttamiseksi. Päiväni kuluivat erilaisissa vierailuissa, apteekissa, haastatteluiden järjestämisessä ja odotellessa. Olimme monta kertaa vaaratilanteissa matkamme aikana. Tämä vaikutti kielteisesti tutkimukseeni.

Tiedämme, että taloon, jossa asumme, on murtauduttu useaan kertaan. Naapuritalon koirat haukkuvat tauotonta vartiohaukkua lähes joka yö. Yhtenä yönä puutarhassamme hiipi paikallisia miehiä, jotka eivät kuuluneet sairaalan henkilökuntaan. Heillä oli taskulamput ja he kiersivät viereistä taloa ja kurkistelivat ikkunoista sisään. Jotkut meistä ovat joutuneet ottamaan rauhoittavia selvitäkseen kaikista tilanteista. Kun pakettiautomme kuljettaja oli jättänyt meidät mitään sanomatta pimeällä autoon vieraan kylän kulmalle ja paikalliset miehet repivät auton ovea auki, olin varma, että minun olisi kohta säännättävä pimeään puskaan turvaan. Olin piilottanut kännykän ja rahat alusvaatteisiini ja hunnuttanut itseni salatakseni ihon värini. (Päiväkirja 15.6.2007)

Olin seuraamassa esimerkiksi leikkausta, synnytystä, ruumiin käsittelyä ja raskaana olevan naisen tutkimista. Sairaalan henkilökunnasta monilla oli oma parin neliön kokoinen vastaanottokoppi kuten Post-pharmacyn ja Aids Relief -keskuksen työntekijöillä. Saapuessani paikalle minut haettiin välittömästi vastaanottokoppiin ja saatoin istua puolen metrin etäisyydellä potilaan vieressä vastaanoton ajan. Potilailta ei kysytty, sopiiko minun läsnäoloni eikä minua aina esitelty. Potilaat eivät puhuneet englantia, vaan heimokieltään luota. Usein työntekijä käänsi keskustelua minulle sen edetessä. Joskus työntekijä vain selitti asioita minulle englanniksi, välittämättä potilaasta. Yksityisyyden suoja oli mitätön: Työntekijät esittelivät minulle potilaiden sairaskertomuksia ja kertoivat heidän terveydentilasta. Myöskään apteekissa ei ollut yksityisyyden suojaa. Asiakkaita palveltiin luukulta, jossa oli kalterit. Samaan aikaan luukusta palveli sama farmasisti useampaakin asiakasta.

Olin apteekissa usein vain aamu- tai iltapäivän. Keskellä päivää apteekki oli noin tunnin kiinni, koska henkilökunta kävi kodeissaan syömässä. Suurin osa ajasta meni tablettien jakamiseen minigrip-pusseihin. Yleisimpiä lääkkeitä jaettiin valmiiksi yleisimpiin pakkauskokoihin. Jos lääkettä ei ollut jaettu valmiiksi, jaettiin se asiakkaan odottaessa. Usein yksi farmasisti otti reseptit vastaan ja toimitti ne asiakkaalle. Toinen jakoi reseptien mukaisesti vieressä lääkkeitä pusseihin nopealla vauhdilla. Heti kun pussit oli jaettu, farmasisti toimitti ne asiakkaalle. Asiakkaat odottivat apteekin luukulla kaltereiden takana lääkkeitään, ja he tungeksivat tiiviinä ryhmänä farmasistin luo ja ojentelivat kilpaa reseptejään. Verrattuna suomalaiseen hillittyyn ja asialliseen apteekkiin ainakin tämä apteekki toi mieleeni kiihkeän vedonlyöntikojun. Myös asioidessani Kisumussa suurehkossa yksityisessä tiskitoimitusapteekissa tunnelma oli sama. Kendu Bayssa farmasisti palveli samaan aikaan useita asiakkaita, ja kaikkien asiakkaiden reseptit ja lääkkeet olivat samassa kasassa. Saatuaan lääkkeet, asiakkaat maksoivat samalla luukulla toiselle farmasistille. Minun päätehtäväni apteekissa oli lääkkeiden pussitus ja siivoaminen.

Farmasisti löysi likaisia purkkeja varastosta ja totesi, että ne pitää järjestää. Hän napsutteli minulle sormiaan ja osoitteli rätkkiä ja sanoi: pyyhi ne. Tein työtä käskettyä, mutta pyyhittyäni menin sanomaan, etten omalta mieheltäni sietäisi tuollaista kommenttelua. Farmasisti ihmetteli, että eikö teillä ole sitten todella likaista. Minä kerroin hänelle, ettei Suomessa siivoaminen ole pelkästään naisten työ ja mieheni voi siivota, jos niin haluaa. Farmasisti kertoi, että siivoaminen on Afrikassa vain naisten työtä, he osoittavat sitoutumista tällä tavoin. (Päiväkirja 14.6.2007)

Sain myös itsenäisesti toimittaa HIV-positiivisten puuro- ja vedenpuhdistusliuosreseptejä pienessä sivuhuoneessa. Minulla ja asiakkailla ei ollut yhteistä kieltä, mutta puhuin heille silti englantia. Farmasistit toivoivat minun auttavan heitä joka päivä ja kysyivät jäisinkö töihin apteekkiin.

Ihmiset olivat kiinnostuneita minusta ja tulivat keskustelemaan kanssani. Tämä helpotti tutkimukseni tekoa. Sekä haastattelujen yhteydessä että liikkeessani sairaala-alueella minulta tultiin kysymään myös hyvin henkilökohtaisia asioita omasta elämästäni. Usein kysymykset nousivat kulttuurieroista tai olivat suorista ehdotuksia. Tunsin itseni hyvin kiusaantuneeksi ja ahdistuneeksi näissä tilanteissa ja nauhoja purkaessani. En tiedä miten olisin voinut välttyä näiltä tilanteilta, koska koin, että minun on oltava ihmisille mieliksi ja vastattava kysymyksiin asiallisesti, jotta tutkimusaineiston saaminen olisi mahdollista. Toisaalta koin kysymyksiin rehellisesti vastaamisen tärkeäksi. Halusin kertoa tuomitsematta erilaisista näkökulmista ja tavoista toimia. Miettiessäni vastauksia kiusallisiin kysymyksiin, mieleeni nousi myös oma kulttuurini ja halu olla unohtamatta sitä. Uskon, että jouduin näihin kiusallisiin keskusteluihin tutkimusaiheeni takia, koska muihin suomalaisiin opiskelijoihin ei suhtauduttu samalla tavalla.

Ympäristö, jossa pääasiassa tein tutkimukseni, oli hyvin uskonnollinen. Havaintojeni mukaan Kendu Bayn sairaala-alueella useimmat ihmiset olivat seitsemännen päivän adventisteja ja Itä-Afrikan yliopisto oli adventistinen yliopisto (University of Eastern Africa 2008). Uskonnollisuus näkyi ihmisten kaikessa toiminnassa. Osa ihmisistä odotti Kristuksen uutta tulemistä niin kovasti, että he olivat lamaantuneet eivätkä pystyneet auttamaan itseään. Jotkut ajattelivat, ettei mitään kannata tehdä, koska uusi tuleminen on niin lähellä. Eräs vanha nainen kertoi, että kristinusko oli muuttanut hänen elämänsä niin, ettei enää tarvinnut elää jatkuvassa pelossa.

Vietin suurimman osan ajastani Keniassa maaseudulla, mutta saavuimme Keniaan maan pääkaupungin Nairobinkin kautta. Näkemäni alueet Nairobissa erosivat paljon maaseudusta. Nairobissa oli monikaistaisia päällystettyjä teitä, kalliita autoja ja suuria ostoskeskuksia. Toisaalta kaupungin laidalla oli suuri slummi. Meille kerrottiin, että Nairobissa tuloerot ovat suuret: kaupungissa asuu käsittämättömän köyhiä ja käsittämättömän rikkaita ihmisiä. Kisumussa vietimme muutaman päivän ja näimme kaupunkia enemmän kuin Nairobi.

Kuvaisin Kisumua normaaliksi kaupungiksi kauppoineen ja basaarialueineen. Valkoihoista väestöä ei ollut, mutta liimaa haistelevia katulapsia oli kaikkialla.

Tarkoitukseni oli olla Keniassa seitsemän viikkoa, mutta kolmen viikon kuluttua liukastuin ja nivelsiteeni repesivät nilkastani. Sain omakohtaista kokemusta tarvikkeiden ja henkilökunnan rajallisuudesta, vaikka sainkin todella hyvää hoitoa paikalliseen tasoon ja resursseihin nähden. Lääkäriin pääsyne kesti neljä päivää eikä tarvittavia siteitä ollut. Keniassa arki liikuntavammaisena ei ollut helppo. Tiet olivat möykkyisiä, välimatkat pitkiä ja portaita oli paljon. Jalkani ei alkanut parantua, vaan jouduin syömään paljon kipulääkkeitä liikkumiseni mahdollistamiseksi, ja sen takia palasin viikon kuluttua kaatumisestani Suomeen. Samalla palasi muutama muukin ryhmästämme.

## 9 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 9.1 Aineisto

Keräsin aineistoni Länsi-Keniassa, Kendu Bayn kylässä, Kisumun kaupungissa ja Itä-Afrikan yliopistossa Baratonissa 29.5.–29.6.2007. Kendu Bay ja Kisumu sijaitsevat Victoria-järven rannalla, Itä-Afrikan yliopisto sen sijaan pohjoisemmassa Eldoretin alueella (Kuva 1).

Kisumu on maan kolmanneksi suurin kaupunki Nairobin ja Mombasan jälkeen (Brinkhoff 2007). Vuonna 1999 Kisumussa oli yli 320 000 asukasta. Kendu Bayn asukasluvun arvio vuonna 2006 oli 434 asukasta erään Internet-sivuston mukaan (Population of Kendu Bay 2008). En pidä tietoa luotettavana vaan suuntaa antavana, koska sivuston ylläpitäjistä ei ole tietoa. Muuta tietoa Kendu Bayn asukasluvusta ei löytynyt kirjallisuudesta, eivätkä paikallisetkaan tietäneet sitä. Sekä Kendu Bay että Baraton olivat hyvin pieniä kyliä. Baratonissa ei ollut yliopistoalueen lisäksi kuin muutamia kaupunkeja.

Keniasta kerätty aineisto:

- 9 teemahaastattelua, 348 minuuttia nauhaa, 53 sivua litteroituja haastatteluja
- 20 sivua päiväkirjaa tietokoneelle kirjoitettuna
- 500 valokuvaa
- 3 paikallista oppikirjaa terveydenhuoltohenkilökunnalle
- Reseptejä ja lääkepakkauksia
- Youth friendly pharmacy -esitys, PATH:n Youth friendly pharmacy -projektista

Tavoitteeni oli saada haastatteluja mahdollisimman monesta erilaisesta apteekista. Tavoite ei kuitenkaan toteutunut, vaikka tein haastattelun kaikissa löytämissäni apteekeissa, joissa se oli mahdollista. Sain kuitenkin haastatteluja sekä kaupungista että maaseudulta ja sekä yksityisistä apteekeista että sairaala-apteekeista.

Tavoitteeni oli saada haastattelu myös Youth Friendly Pharmacy -apteekista Nairobista, koska apteekkien kehittäminen helpommin lähestyttäviksi nuorille on tärkeä kehittämisalue



Keniassa. Sekään ei valitettavasti ollut mahdollista, koska PATH:n Youth Friendly Pharmacy -projektin vastuuhenkilö oli lomalla koko kesän ja sain häneen yhteyden vasta palattuani Suomeen.

Haastateltaviksi valittiin ne, jotka täyttivät kriteerit ja joiden kanssa haastattelu saatiin sovittua. Kriteereinä olivat hoitajan tai farmasistin koulutus tai toimenkuva ja kokemus apteekkityöstä tai perhesuunnittelupalveluiden parissa työskentelystä. Haastateltaviksi etsin farmasisteja erilaisista apteekeista ja perhesuunnittelusta vastaavia hoitajia perhesuunnitteluklinikoilta. Hoitajia haastattelin, jotta olisin saanut kokonaiskuvan perhesuunnittelupalveluista. Kaikki haastattelut yhtä lukuun ottamatta on tehty Kendu Bayssa tai Kisumussa. Viimeinen haastattelu on tehty Baratonissa, enkä ottanut haastattelua mukaan aineistoon, koska haastateltava ei täyttänyt kriteerejä ja hänen englannin kielen taitonsa oli niin huono, ettei haastattelu onnistunut.

Kendu Bayn ja Kisumun haastateltavat tapasin ensimmäisen kerran tuntemani paikallisen VCT-keskuksen työntekijän kanssa, joka toimi sponsorinani auttaen minua lähestymään haastateltavia. Toinen minua auttanut työntekijä oli nainen ja toinen mies. Kaikki Kendu Bayn haastateltavat olivat sponsoreilleni ennestään tuttuja. Ensimmäisellä kerralla esitin asiani sponsorini kanssa ja jätin apteekkiin tutkimuksesta kertovan kirjeen (Liite 1). Myöhemmin otin yhteyttä puhelimitse tai menin uudelleen käymään. Muutaman kerran sponsorini vei minut toteuttamaan haastattelua.

Julkisella puolella kaikki tapaamani henkilöt suostuivat haastateltaviksi. Kaikkia en tosin tavannut koskaan. Suurin ongelma oli farmasistien tavoittaminen. Yksi yksityisen apteekin farmasisti kieltäytyi neljännellä yhteydenottokerralla, kun yritin sopia haastatteluaikaa. Muut suostuivat haastateltaviksi, mutta yhteen yksityiseen apteekkiin en palannut tekemään haastattelua pitkän matkan vuoksi.

Olisin halunnut saada vielä lisää haastatteluja, mutta muutettuani Baratoniiin ympäristöni muuttui maaseudusta yliopistokampukseksi ja heimokin vaihtui. Tämä olisi saattanut aiheuttaa harhan tutkimukseeni. Yritin kuitenkin saada viimeisen viikon aikana haastatteluja Baratonista.

Olen yrittänyt koko viikon saada haastatteluja läheisistä apteekeista ja sairaalasta. Apteekeissa farmasistit eivät ole paikalla, eikä työntekijä tiedä, koska farmasisti tulee käymään apteekissa. Sairaalassa en ole nähnyt farmasistia ollenkaan. Sairaala-apteekin ovet ovat aina auki, riippumatta siitä, onko apteekissa työntekijää vai ei. Apteekissa on joku henkilökunnasta silloin tällöin töissä ja hän on kertonut minulle, koska farmasisti olisi paikalla. Farmasisti ei ollut koskaan paikalla. Viimeksi etsiessäni farmasistia hän oli lääkärin kanssa leikkaamassa leikkaussalissa. Kliininen virkailija hoiti sillä aikaa lääkärin ja farmasistin tehtäviä. Hoitajasta ei ollut tietoa. Sairaalassa työskentelee siis neljä terveydenhuoltohenkilökunnan jäsentä. Useista yrityksistäni huolimatta en viikon aikana tavannut farmasistia. (Päiväkirja 27.6.2007)

Haastateltavia oli yhteensä 11 ja haastatteluja 9. Haastatteluista kaksi oli parihaastattelua. Haastatteluista kaksi oli yksityisten apteekkien farmasisteilta, kaksi perhesuunnitteluklinikan hoitajilta, neljä sairaala-farmasisteilta ja yksi hoitajaopiskelijalta, joka työskenteli apteekissa. Hoitajaopiskelijan haastattelin, koska hän kertoi ennen haastattelua olevansa farmasisti. Haastattelussa kävi ilmi, että hän toivoi minun auttavan hänet Suomeen. Tämä oli useimpien muidenkin haastateltavien toive. Kaksi haastattelua toteutettiin parihaastatteluina haastateltavien toiveesta. Toinen parihaastattelu oli farmasisteilta ja toinen hoitajilta. Nauhoitin haastatteluista kahdeksan. Toista parihaastatteluista en saanut nauhoittaa, koska haastateltavat uskoivat, että joku voisi tulla siitä myöhemmin kysymään. Tässä haastattelussa haastateltavat arastelivat kysymyksiin vastaamista. Toisessa parihaastattelussa usein vain toinen vastasi kummankin puolesta.

Haastattelut olivat laadultaan hyvin erilaisia ja kesto vaihteli 17–83 minuutin välillä. Haastateltavat vastasivat useimmiten kysymyksiini, mutta joskus he vastasivat aiheen vierestä tai puhuivat aiheeseen liittymättömästä asiasta. Tämä saattoi johtua siitä, etteivät he halunneet vastata tai eivät ymmärtäneet kysymystä. Haastattelutilanteet olivat mielestäni luontevia, mutta usein varsinkin maaseudulla asuvat miehet halusivat lopuksi minun kertovan heille asioista, jotka ovat tabuja heidän kulttuurissaan.

## **9.2. Menetelmä**

Tutkimusmenetelminäni olivat teemahaastattelut ja havainnointi.

Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kokonaisvaltaiseen todellisen elämän kuvaamiseen, ja tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2004). Tutkimuksessa on otettava huomioon tapahtumien vaikutukset ja suhteet toisiinsa. Tutkija ei pysty olemaan täysin objektiivinen, vaan hänen arvonsa vaikuttavat ilmiöihin suhtautumiseen ja niiden ymmärtämiseen.

Haastattelu on käytetyimpiä tutkimusmenetelmiä ja se sopii moniin erilaisiin tutkimuksiin; esimerkiksi kyselylomakkeen täyttämässä tutkittavilla saattaisi olla vaikeuksia (Hirsjärvi ja Hurme 2006). Teemahaastattelu sallii vapaamuotoisen keskustelun, jonka aikana voi tulla esiin asioita, joita tuskin muilla keinoilla saataisiin esiin (Hirsjärvi ja Hurme 1991). Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelussa saadaan selville syvää tietoa. Hirsjärven mukaan teemahaastattelua varten ei laadita yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan teema-alueuettelo ja kysymykset muodostetaan vasta haastattelutilanteessa. Koska tein haastattelut vieraalla kielellä, eivätkä olosuhteet tai haastateltavien kielitaito olleet selvillä etukäteen, tein teemojen alle kysymykset. En kuitenkaan edennyt kysymyslistan mukaisesti vaan annoin haastateltavien liikkua teemasta toiseen vapaasti. Hirsjärvi toteaaakin, että haastattelun tulisi edetä haastateltavan ehdoilla, mutta kaikki teemat tulisi käsitellä.

Haastattelun etuna tutkimusmenetelmänä on joustavuus; kysymysten järjestystä voidaan vaihtaa ja vastauksia voidaan selventää ja syventää (Hirsjärvi ym. 2004). Huonona puolena on muun muassa se, että haastattelu sisältää monia virhelähteitä (haastattelija, haastateltava ja tilanne). Lisäksi haastateltavilla on taipumusta antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Kieltäytymisprosentti on haastattelututkimuksissa pienempi kuin lomaketutkimuksissa eikä haastateltava voi etukäteen selata kysymyksiä eteenpäin kuten lomaketutkimuksessa (Hirsjärvi ja Hurme 2006). Haastattelun haittana ovat suuremmat kustannukset ja se, ettei voida taata samaa anonyymiutta kuin lomaketutkimuksessa. Haastattelu on myös tutkijalle vaativampi.

Havainnoinnin onnistumiseen vaikuttaa tutkijan persoona ja siihen liittyvät tekijät (Grönfors 2007). Tutkijan ei ole tarkoituksenmukaista yrittää muuttaa itseään tutkittavien suuntaan. Havainnoijalla on sekä ihmisen että tutkijan rooli, eli eräänlainen kaksoisrooli. Havainnoitsija voi olla havainnoitavan ryhmän jäsen tai täysin ulkopuolinen (Hirsjärvi ym. 2004). Osallistuvassa havainnoinnissa havainnoija pyrkii pääsemään havainnoitavan ryhmän jäseneksi ja osallistumaan ryhmän luonnolliseen toimintaan. Havainnointi voi olla systemaattista tai täysin vapaata ja luonnolliseen toimintaan mukautuvaa. Havaintoja tehdessä on yleistä myös osallistua tutkittavien elämään (Grönfors 2007). Yleensä osallistuminen ja pelkkä havainnointi vuorottelevat, mutta täydellinen osallistuminen voi tulla kyseeseen esimerkiksi työpaikoilla. Kentälle pääsy saattaa vaatia tutkittavilta luvan kysymisen tai avainhenkilön, jonka avulla pääsee tutkittavaan ryhmään. Osallistumisen ja havainnoinnin tulokset perustuvat henkilökohtaiseen tutkimuskokemukseen. Tämä henkilökohtaisuus tulisi säilyttää, sitä ei ole tarvetta etäännyttää ilmiöitä raportoidessa.

Haastattelulla saadaan selville, mitä henkilöt ajattelevat, tuntevat ja uskovat, mutta ei sitä, mitä todella tapahtuu (Hirsjärvi ym. 2004). Havainnoinnin avulla voidaan selvittää, toimivatko ihmiset niin kuin kertovat toimivansa. Haastattelun ja havainnoinnin tulokset voivat poiketa toisistaan. Teemahaastattelu tuo esille normin, mutta havainnoinnin avulla saadaan esille myös normiin liittyvä käyttäytyminen (Grönfors 2007). Havainnointi ei kumoa teemahaastattelulla saatua tietoa vaan täydentää, syventää ja konkretisoi sitä. Havainnoinnilla saadaan suoraa tietoa ihmisten toiminnasta ja päästään luonnolliseen ympäristöön, mutta toisaalta havainnoija saattaa häiritä tai jopa muuttaa tapahtumien kulkua (Hirsjärvi ym. 2004). Menetelmän haittana on myös se, että tutkija saattaa sitoutua tutkittavaan ryhmään tai tilanteeseen emotionaalisesti ja objektiivisuus saattaa kärsiä. Havainnoinnin avulla voidaan saada selville asioita, joita haastateltavat eivät halua suoraan kertoa.

Havainnointi täydensi hyvin teemahaastatteluaineistoa, eivätkä ihmiset mielestäni häiriintyneet läsnäolostani. Päinvastoin he innostuivat ja halusivat esitellä ja kertoa minulle asioita. En kuitenkaan voi olettaa, ettei läsnäoloni vaikuttanut havainnoitavien toimintaan, sillä minun oli mahdotonta sulautua paikalliseen väestöön. Olin Keniassa vähemmistönä, mikä oli minulle uusi kokemus. Minua olisi kiinnostanut tarkkailla enemmän ihmisten arkea ja siihen liittyvää toimintaa, mutta se oli vaikeaa, koska olin aina erilainen enkä ymmärtänyt heidän äidinkieltään.

Valitsin toiseksi tutkimusmenetelmäksi havainnoinnin, koska tein tutkimusta vieraassa ympäristössä ja kulttuurissa. Tutkimukseni olisi mielestäni jäänyt puutteelliseksi, jos olisin kerännyt aineistoni vain teemahaastatteluilla. Tein havainnointia Keniassa Kendu Bayssa, Kisumussa ja Baratonissa. Pääasiassa tein havainnointia Kendu Bayn sairaala-alueilla ja apteekkeissa. Materiaalia kuitenkin kertyi koko ajan. Ihmisiin ja heidän arkeensa tutustuminen auttoi hahmottamaan ja ymmärtämään kokonaisuutta ja kulttuuria. Havainnoin koko maassaoloaikani. Vierastalolla kirjoitin kannettavalla tietokoneella päiväkirjaa päivittäin: iltaisin ja ehtiessäni lounaan jälkeen. Minulla oli mukana aina ruutuvihko, johon pystyin kirjaamaan merkittäviä asioita nopeasti niiden tapahduttua ja siirtämään tiedot myöhemmin tietokoneelle. Tein harvoin muistiinpanoja julkisesti, koska se ei kaikissa tilanteissa tuntunut luontevalta ja olisi saattanut häiritä sairaalan työntekijöiden toimintaa.

Pääsyni kentälle oli helppo, koska kylässä oli aikaisemminkin käynyt opiskelijoita Euroopasta ja Yhdysvalloista. VTC:n työntekijät odottivat meitä ja olivat järjestäneet meille vierailuja joka päiväksi. Minun oli helppoa liikkua ja keskustella ihmisten kanssa sairaala-alueella, koska minusta oltiin hyvin kiinnostuneita. Ihmiset tulivat usein itse keskustelemaan kanssani ja järjestivät minulle mahdollisuuden tutustua työhönsä, mikä helpotti tutkimukseni tekoa.

Haastattelujen teemoja (Liite 2):

- Farmasistien rooli ehkäisyneuvonnassa ja perhesuunnittelussa Kenian terveydenhuollossa
- Farmasistien asennoituminen
  - ehkäisykäyttöön,
  - perhesuunnitteluun,
  - aborttiin ja
  - sukupuoliteitse tarttuviin tauteihin, kuten HIV/aids
- Farmasistien suosittelemat ehkäisykeinot ja mahdolliset esteet ehkäisyn käytölle

Haastattelu eteni liitteen 3 mukaisesti. Olin muotoillut haastattelujen teemat jo ennen lähtöäni, koska tiesin, etten voi olla yhteydessä ohjaajiini helposti Keniassa ollessani. Parin ensimmäisen haastattelun jälkeen muokkasinkin teemahaastattelurungon lopulliseen muotoonsa. Muutokset olivat kysymysten muotoilua uudestaan ja muutamien kysymysten

poisto. Poistin esimerkiksi kysymyksen ”käykö apteekissanne HIV-positiivisia asiakkaita?”, koska kysymys osoitti suurta tietämättömyyttä vallitsevista oloista. Farmasisteille tarkoitetun ja muokatun teemahaastattelurungon pohjalta muokkasin teemahaastattelurungon perhesuunnitteluhoitajille (Liite 4). Kumpaakin teemahaastattelurunkoa muokatessani otin huomioon sen, mitä olin ehtinyt havainnoida Keniassa.

Haastattelupaikan tulisi olla rauhallinen ja haastateltavalle turvallinen (Hirsjärvi ja Hurme 1991). Haastattelut toteutettiin apteekissa, apteekin takahuoneessa, vastaanottohuoneessa tai kahvilassa. Haastateltavat saivat itse ehdottaa sopivaa paikkaa, mutta mahdollisuuksien mukaan yritin ehdottaa rauhallista paikkaa. Kaikissa haastatteluissa ei ollut mahdollista olla paikassa, jossa muut eivät kuulleet haastattelua, mutta useimmiten se oli mahdollista.

Kiitokseksi haastattelusta annoin haastattelun päätteeksi pussillisen suomalaista lakritsaa. En maininnut karamelleista ennen haastattelun loppua, koska en halunnut sen vaikuttavan haastatteluun tai siihen suostumiseen. Länsimaalainen tavara oli Keniassa hyvin suosittua, ja minulta pyydettiin lisää karamelleja, kun vierailin apteekissa uudestaan.

### **9.2.1 Esihaastattelut**

Ennen varsinaisia haastatteluja tulisi tehdä esihaastatteluja (Hirsjärvi ja Hurme 1991). Esihaastattelujen tarkoitus on hankkia tietoa elämysmaailmasta ja esimerkiksi sanavalinnoista. Niiden avulla voidaan testata haastattelurunkoa, teemojen järjestystä ja kysymysten muotoa. Esihaastattelut ovat teemahaastattelun välttämätön ja tärkeä osa, ja ne auttavat haastattelijaa kysymään oikeita kysymyksiä. Sitä tärkeämpiä esihaastattelut ovat, mitä enemmän haastateltavien tausta eroaa haastattelijan taustasta. Minun ei ollut mahdollista haastatella kenialaista farmasistia tai hoitajaa Suomessa, joten haastattelin kahta kenialaista opiskelijaa. Esihaastatteluista sain enemmän apua vieraan kulttuurin ymmärtämiseen kuin kysymysten sisältöön. Esimerkiksi oman kulttuurini ja kokemukseni perusteella kuvittelin, että naispuolinen haastateltava olisi suhtautunut minuun vapautuneemmin kuin miespuolinen. Näin ei kuitenkaan ollut, vaan miespuolinen haastateltava vastasi asiallisesti kaikkiin kysymyksiin parhaansa mukaan. Naispuolinen

haastateltava suhtautui teemoihin vaivaantuneesti eikä antanut nauhoittaa haastattelua, koska pelkäsi että siitä tultaisiin myöhemmin kyselemään.

## 10 AINEISTON ANALYSOINTI

Teemahaastattelujen aineistoa voidaan analysoida esimerkiksi teemoittelemalla tai tyypittelemällä (Eskola ja Vastamäki 2007). Teemoittelulla tarkoitetaan aineiston järjestämistä teemoittain ja sen jälkeen sen pelkistämistä. Teemoittelussa tarkastellaan haastatteluaineistosta esiin nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle haastattelulle (Hirsjärvi ja Hurme 2006). Ne saattavat pohjautua teemahaastattelun teemoihin, ja oletettavaa on, että ainakin pääteemat nousevat esiin. Aineiston teemoittelu perustuu analyysoijan tulkinnalle haastateltavien puheesta.

Tyypittelyllä tarkoitetaan, että tapauksia analysoimalla pyritään jakamaan ne ryhmiin tiettyjen yhteisten piirteiden perusteella (Hirsjärvi ja Hurme 2006). Kullakin tapauksella on lisäksi monia muita piirteitä, mutta tutkimuksen kannalta oleellisia ovat juuri piirteet, joiden mukaan tapaukset on ryhmitelty. Tyypittelyn avulla voidaan myös muodostaa ääriryhmiä, jolloin tapaukset jaetaan ryhmiin vastakkaisen tai vastakkaisten seikkojen suhteen. Aineistosta voidaan myös etsiä poikkeavia tapauksia ja analysoida aineistoa uudesta näkökulmasta. Poikkeukset antavat analyysille vähintään yhtä paljon kuin tyypilliset tapaukset.

Haastattelijan ahdistuneisuus voi olla kommunikaation esteenä (Hirsjärvi ja Hurme 1991). Haastattelija voi ahdistua, jos hän on aloittelija, haastateltava henkilö on hankala tai haastateltavalle on sattunut jokin poikkeava elämänmuutos, kuten sairaus tai läheisen kuolema, johon on vaikea suhtautua. Haastattelijalle voi kerääntyä hänen tahtomattaan vaikeita ihmiskohtaloita, joista hän ei ehkä koskaan vapaudu. Haastattelija on vaikeassa asemassa, koska hän ei kuitenkaan voi auttaa haastateltavaa. Haastattelu voi epäonnistua myös kysymysten arkaluonteisuuden takia. Haastateltava voi lamaantua ja kieltää nauhoittamisen. Haastattelutilanne voi muuttua terapiaksi teemahaastattelun sijasta. Jokaisen on itse määriteltävä, miten kohtaa haastateltavan ja kuinka paljon antaa itsestään haastattelutilanteessa (Eskola ja Vastamäki 2007). Valmiita ohjeita ei ole.

Aineiston keräämisen jälkeen olin hyvin väsynyt ja litteroinnin ja analyysin aloittaminen tuntui mahdottomalta. Monet kokemukseni Keniassa herättivät minussa surua, ahdistusta ja kiukkua. Jonkin ajan kuluttua ahdistukseni onneksi helpotti ja voimakkaimmat



tunnereaktiot painuivat taka-alalle. Vaikka usein tutkimukselle olisikin eduksi aloittaa analyysi mahdollisimman nopeasti aineiston keräämisen jälkeen, saattaa joskus olla hyödyksi ottaa etäisyyttä aineistoon (Hirsjärvi ja Hurme 2006). Koin kokonaisuuden hahmottamisen mahdollistuneen vasta, kun annoin aineiston hiukan levätä ja pystyin suhtautumaan aineistoon objektiivisemmin.

Litteroinnin aloittaminen oli työlästä, ja monien mielestä se onkin tutkimuksen teon vaativin ja aikaa vievin osuus (Hirsjärvi ja Hurme 2006). Nauhojen kuuntelun myötä elin tapahtumia ja tunteita uudestaan. Litteroinnin edetessä kiinnostukseni tutkimukseen ja motivaationi lisääntyivät. Kirjasin nauhurin kellonajan noin puolen minuutin välein litterointeihin, jotta pystyin myöhemmin helposti löytämään nauhalta oikean kohdan ja seuraamaan aikajärjestystä nauhojen leikkaamisenkin jälkeen. Aluksi analysoin aineiston teemoittelemalla. Litteroinnin jälkeen värikoodasin jokaisen haastattelun omalla värillään, jotta pystyin erottamaan haastateltavat leikattuani litteroidut haastattelut teemojen alle. Jaoin kysymykset ja vastaukset aluksi haastattelurungon (Liite 3) mukaisesti. Monet kysymykset käsittelivät useampaa teemaa, joten samoja tekstin osia päätyi useampien teemojen alla. Kun aineisto oli jaettu viiden teeman alle, aloin lukea, järjestellä ja yhdistellä eri haastateltavien vastauksia. Kuuntelin ja luin haastattelutekstejä monta kertaa analyysivaiheessa tarkentaakseni ja varmistaakseni tulkintojani. Muutamista haastatteluista tein lisäksi kuvauksen tiivistämällä haastattelujen tärkeimmän sisällön. Tavoitteena oli hahmottaa ja sisäistää muutamien haastateltavien kokonaistilanne. Hoitajien haastattelut analysoin erikseen kirjoittamalla niistä kuvaukset, koska hoitajien haastatteluja oli vain kaksi enkä halunnut sekoittaa farmasistien ja hoitajien haastattelujen tuloksia. Viimeiseksi tyypittelin farmasistit heidän omaksumiensa roolien mukaan.

## 11 TULOKSET

### ***11.1 Länsikenialaisen apteekin toiminnan kuvaus***

Havaintojeni mukaan Keniassa on sairaala-apteekkeja ja yksityisiä apteekkeja, joista jälkimmäiset muistuttavat toiminnaltaan suomalaista apteekkia. Myös sairaala-apteekit ovat hyvin samankaltaisia kuin yksityiset apteekit. Sairaala-apteekit myyvät lääkkeitä myös asiakkaille, jotka eivät ole sairaalassa potilaina. Sairaalan yhteydessä on usein terveyskeskus, josta suuri osa sairaala-apteekin asiakkaista tulee. Sairaala-apteekissa ei välttämättä tavoitella suurta voittoa, vaan lääkkeitä voidaan antaa myös ilmaiseksi. Apteekit saavat Keniassa itse päättää lääkkeiden hinnat, ja ne ovat useimmiten halvemmat sairaala-apteekeissa kuin yksityisissä apteekeissa. Kendu Bayn sairaala-apteekki lisää noin 26 % ostohinnan päälle peittääkseen kulut ja pystyäkseen antamaan vähän rahaa sairaalalle. Reseptilääkkeitä myytiin havaintojeni mukaan ilman reseptiä sekä sairaala-apteekista että yksityisestä apteekista. Sairaala-apteekista lääkkeen saaminen ilman reseptiä oli kuitenkin hankalampaa ja kirjanpito oli tarkempaa: esimerkiksi resepti oli aina kolmena kappaleena, joista kaksi jäi apteekkiin ja yksi asiakkaalle. Myös rahaliikenne dokumentoitiin tarkasti ja kaikesta tehtiin kuitti. Yksityisessä apteekissa pääasiassa keskushermostoon vaikuttavan lääkkeen ”resepti” saattoi olla pieni lappu, jonka farmasisti kirjoitti tiskillä lääkettä pyydettyäessä. Eräs haastattelemistani yksityisen apteekin farmasisteista kertoikin että monet lääkkeet ovat reseptilääkkeitä, mutta niitä myydään ilman reseptiä, koska asiakkaat saavat ne jostain kuitenkin. Kaikki apteekit, joissa Keniassa vierailin, olivat tiskitoimitusapteekkeja, paitsi Kendu Bayn apteekki, jossa asiakkaita palveltiin luukulta.

Sairaala-apteekeista jaetaan myös valtion tai lahjottajien antamia lääkkeitä ilmaiseksi. Kendu Bayssa näitä olivat muun muassa antiretroviraalilääkkeet, malarialääkkeet ja osa antibiooteista. Valtiolta apteekki ei saa rahallista tukea, mutta joskus saapuu ilmaisia lääkelähetyksiä. Useimmiten lääkkeet ovat sellaisia, joita ei tarvita tällä alueella.

Kendu Bayssa sairaala-alueella toimi myös Aids Relief -keskus, jonka takia apteekin asiakkaista suuri osa oli HIV-positiivisia. Kendu Bayssa oli tukiohjelma HIV-positiivisille. Tukiohjelman takia HIV-potilaille oli Aids Relief -keskus, ja antiretroviraalilääkkeet olivat

maksuttomia. Joskus heille jaettiin myös vedenpuhdistajaa ja puurohiutaleita ilmaiseksi. Kaikkia lääkkeitä HIV-positiiviset eivät saaneet ilmaiseksi. Aids Relief -keskuksessa oli mahdollisuus saada post-pharmacy, kliinisen virkailijan, hoitajan ja sosiaalityöntekijän palveluja. Keskuksessa työskentelee myös useita vapaaehtoisia.

Kendu Bayn sairaala-apteekki koostui yhdestä huoneesta, takavarastosta ja pienestä kopista, josta oli myös mahdollisuus toimittaa lääkkeitä, jos asiakkaita oli paljon. Kaikki apteekin toiminnot olivat keskittyneet yhteen huoneeseen. Huoneesta toimitettiin lääkkeet asiakkaille ja osastoille, rahastettiin, jaettiin ja pakattiin lääkkeet, tehtiin kirjanpito ja muut paperityöt ja myytiin potilaille saippuaa, astioita ja vessapaperia. Kaikkien potilaiden oli noudettava nämä tuotteet apteekista saapuessaan sairaalaan ja ne lisättiin potilaan laskuun.

Apteekki siivottiin päivittäin, muttei mielestäni kovinkaan tarkasti. Vaikka lääkkeiden jakoalustat olivat jatkuvassa käytössä eri lääkkeillä, ei niitä pyyhitty välillä, vaan ne olivat valkean lääkepölyn peitossa. Lähes kaikki lääkkeet tulivat apteekkiin isoissa, esimerkiksi tuhannen kappaleen pakkauksissa. Lääkkeet jaettiin asiakkaan reseptin mukaisesti minigrip-pusseihin. Pussien päälle kirjoitettiin alkuperäisvalmisteen nimi, vaikka pussiin laitettiin aina geneeristä valmistetta ja annosteluohje. Vain osa ARV- ja malarialääkkeistä saapui apteekkiin asiakkaille annettavissa pakkauksissa. HIV-positiivisten potilaiden täytyi käydä tarkastuttamassa lääkepussinsa post-pharmacyssa ennen kotiinlähtöä. Post-pharmacyssa pusseissa olevat lääkkeet laskettiin uudelleen. Jos lääkkeitä löytyy virheitä, potilaan oli palattava apteekkiin virheen korjaamiseksi. Tämän jälkeen potilas palasi post-pharmacyyn, jossa tabletit taas laskettiin. HIV-positiivisten potilaiden lääkkeet laskettiin, kunnes ne olivat post-pharmacyn työntekijän mielestä oikein. Vieraillessani post-pharmacyssä huomasin, että virheitä sattui lähes koko ajan. Apteekin henkilökunta piti virheitä luonnollisina, koska oli niin kova kiire. HIV-negatiivisten lääkkeet laskettiin vain kerran apteekissa, ja olettaisin niissä olevan virheitä yhtä usein kuin HIV-positiivisten potilaiden lääkkeissä. Eräänä päivänä osastolla kuolleen potilaan lääkkeet tuotiin takaisin apteekkiin ja ne menivät takaisin myyntiin. Apteekissa oli yksi tietokone, jota käytettiin apuna tilausta tehdessä.

Lääkkeiden saanti oli vaikeaa korruption ja kalliin hinnan takia. Kaikkia lääkkeitä ei ollut mahdollista hankkia lainkaan korkean hinnan takia. Lääkkeet eivät välttämättä olleet laadukkaita, osa saattoi sisältää vaikuttavaa ainetta luvattua vähemmän. Lääkkeiden

hankkiminen apteekkiin oli tasapainottelua hinnan ja laadun välillä. Apteekinhoitaja kuvasi, että suurin ongelma lääkkeiden käytössä Keniassa on välinpitämättömyys: ihmiset eivät ota lääkkeitään tai ottavat kaikki kerralla. Esimerkiksi tuberkuloosipotilaiden oli tuotava tyhjä lääkeläpipainopakkaukset mukanaan terveyskeskukseen, jotta he saivat lisää tuberkuloosilääkkeitä.

Kaikki apteekissa työskentelevät olivat adventisteja. Sairaalasta puuttui röntgenhoitaja ja farmasistin mielestä heitä on hyvin vähän Keniassa, joten hoitajan ei tarvitsisi välttämättä olla adventisti. Apteekissa työskenteli kolme farmasistia, kaksi apulaista ja yksi statistikko. Vain farmasistit toimivat asiakaspalvelussa. Farmasistien palkka tässä apteekissa oli noin 100 euroa kuukaudessa.

## **11.2 Perheen merkitys**

Havaintojeni mukaan lapset merkitsivät tapaamilleni ihmisille paljon. Lapset tuntuivat olevan statusta kohottava tekijä, Jumalan lahja tai taloudellinen turva. Varsinkin kouluttautumattomat ja miehet halusivat ison perheen. Koulutetut ja naiset halusivat vähemmän lapsia. Poikavauvojen saanti oli tärkeää, ja ensimmäiseksi syntynyt lapsi otti vastuun perheestä vartuttuaan.

[Nimi] työskentelee VCT-keskuksessa ja on kouluttautunut. Hän on ensimmäinen lapsi ja rahoittaa nuorempien sisarustensa opiskelua, tekee yhteensä kolmea työtä ja kasvattaa siskojensa kahta lasta. Hänellä itsellään on kaksi tyttöä. Hän ei halua enempää lapsia, mutta hänen miehensä haluaisi poikavauvan. [Nimi] on ehdottanut, että mies ottaisi uuden vaimon, jonka tulisi kunnioittaa [nimi] ja käydä miehen kanssa testattavana VCT-keskuksessa. Mies ei toistaiseksi puhu uudesta vaimosta, koska hän on työtön, eikä pysty elättämään perhettään. (Päiväkirja 18.7.2007)

Minulle kerrottiin, etteivät teiniraskaudet ole haluttuja Keniassa. Tapasin kuitenkin paljon hyvin nuoria äitejä, varsinkin mobiiliklinikalla olevassa äitiysneuvolassa. Myös monet muut teemat olivat tabuja Keniassa, mutta jostain syystä ihmiset halusivat keskustella niistä kanssani.

Tänään vierailin Aids Relief -keskuksessa. Keskuksen naiset sulki minut pieneen huoneeseensa ja halusivat keskustella HIV:n tartumisesta ja sen kautta homoista. He kertoivat, että homoja on Keniassa, mutta he eivät voi julkisesti olla

homoja. Keskuksen vastaanottoapulainen kertoi minulle myöhemmin arkistihuoneessa olevansa positiivinen, 30-vuotias seitsemän lapsen äiti. Hänen miehensä on kuollut. Hänen nuorin lapsensa on 6-vuotias ja vanhin 15-vuotias. Hänen 15-vuotiaalla tyttäällä on poika eli hän on isoäiti. (Päiväkirja 11.7.2007)

### **11.3 Haastateltujen farmasistien koulutus ja perhe**

Yksityisten apteekkien farmasistit olivat koulutukseltaan farmasian kandidaatti ja diplomikemisti (Taulukko 8). Sairaala-farmasisteista yksi oli hoitaja ja toisella oli hoitajan tausta. Yhden sairaala-apteekin farmasistit antoivat ristiriitaista tietoa koulutuksestaan ja muiden työntekijöiden koulutuksesta. Heistä suurimmalla osalla, ellei kaikilla, oli diplomitason farmasiantutkinto. Yksi haastatelluista oli opiskellut muuntokoulutuksella hoitajasta farmasistiksi Nairobien yliopistossa. Muuntokoulutus oli intensiivinen ja kesti kaksi vuotta. Yhdessä apteekissa työskenteli yksin hoitajaopinnon juuri aloittanut tyttö, joka hoiti apteekkia omistajan ollessa synnyttämässä.

Yksityisten apteekkien farmasisteilla ei ollut lapsia, mutta toinen oli kuitenkin naimisissa (Taulukko 8). Nuorimmalla sairaala-farmasistilla ei ollut lapsia, mutta lopuilla neljällä oli 1–11 lasta. Osan mielestä 2–3 lasta olisi sopiva määrä koulutettavaksi ja ruokittavaksi. Farmasisti, jolla oli 11 lasta, oli sitä mieltä, että 10–20 lasta olisi sopiva määrä.

### **11.4 Haastateltujen työ apteekissa**

Haastateltavien farmasistien päätehtävä oli lääkkeiden toimittaminen. Joillakin oli vastuualue kuten apteekin johtaminen, ARV-lääkkeet tai huumausaineet. Tehtävinä mainittiin myös lääkeneuvonta, lääkkeiden toimittaminen osastoille, tilaaminen, kirjanpito, yhteistyö hoitajien ja lääkäreiden kanssa ja lääkeongelmien ratkaiseminen. Eräässä apteekissa apteekinhoitaja oli vastuussa tilaamisesta, toisessa farmasistia auttava assistentti.

Adventistien sairaala-apteekissa työ painottui alkuviikkoon (sunnuntai–tiistai) ja lauantaisin apteekki oli kiinni, mutta sairaala-alueella asuva farmasisti voitiin soittaa paikalle tarvittaessa.

Taulukko 8. Haastateltavien taustatiedot

Haastateltava	Koulutus	Lapsia	Työpaikka	Haastattelun paikka ja kesto	Muut huomiot
Nro 3 nuori nainen	Diplomikemisti (diploma chemist), valmistui vuosi sitten	0	Yksityinen apteekki, Kisumu	Kahvila, 21 min	Työskennellyt tässä apteekissa vuoden assistenttina
Nro 4 28-vuotias mies, naimisissa	Farmasian kandidaatti, valmistui 5 vuotta sitten	0	Yksityinen apteekki, Kisumu	Apteekin takahuone, 36 min	Työskennellyt tässä apteekissa 5 vuotta osa-aikaisesti, työskentelee samalla läheisessä sairaala-apteekissa kokoaikaisesti
Nro 8 nuori mies	Diplomitason farmasisti (tieto saatu toiselta farmasistilta)	0	Sairaala-apteekki, Kendu Bay	Apteekin takahuone, 83 min	Työskennellyt tässä apteekissa useita vuosia, sitä ennen yksityisessä apteekissa, ei kertonut koulutustaan
Nro 5 keski-ikäinen mies	Muuntokoulutus hoitajasta diplomitason farmasistiksi	2	Sairaala-apteekki, Kendu Bay	Apteekin takahuone, 61 min	Työskennellyt 20 vuotta tässä apteekissa, toimii apteekinhoitajana
Nro 2 58-vuotias mies	Kertoi olevansa farmasian kandidaatti, toinen samasta työpaikasta kertoi hänen olevan diplomitason farmasisti	4	Sairaala-apteekki, Kendu Bay	Apteekin takahuone, 51 min	Työskennellyt tässä apteekissa vuoden, jäänyt eläkkeelle valtiolta hallintotehtävistä 35-vuoden työuran jälkeen
Nro 6 nuori mies ja keski-ikäinen mies	Hoitaja ja diplomitason farmasisti	1 ja 11	Sairaala-apteekki, Kendu Bay	Apteekki, 52 min	Parihaastattelu
Nro 1 58-vuotias nainen	Hoitaja ja kätilö	5 lasta, 3 lastenlasta	Sairaalan terveyskeskus, Kendu Bay	Hoitajan huone, 47 min	Vastuussa terveyskeskuksesta, työskennellyt yli 30 vuotta, työskennellyt myös Nairobissa

Nro 9 kaksi nuorta naista	Ilmoittivat olevansa hoitajia, virallisesta koulutuksesta ei tietoa	-	Sairaalan perhesuun- nitteluklinikka, Kendu Bay	Vapaa vastaanotto- huone	Parihaastattelu, eivät antaneet nauhoittaa haastattelua, esittelivät samalla perhesuunnittelude- monstraatiovälineitä
Nro 7 hyvin nuori nainen	Juuri aloittanut hoitajaopinnot	-	Yksityinen apteekki, Baraton	Apteekin takahuone, 17 min	Työskennellyt apteekissa pari viikkoa, oli yksin vastuussa apteekin toiminnasta, apteekin omistaja oli synnyttämässä

Hyvinä puolina farmasistien työssä mainittiin apteekin puhtaanapito, se että sai tehdä sitä mitä osaa, lääkeneuvonta, ihmisten ja lääkkeiden kanssa työskentely, kliininen näkökulma ja uuden tiedon saaminen.

Erään farmasistin mielestä potilaan paraneminen oli parasta:

The thing I enjoy most is to see a very maltreated patient, that's the patient living with HIV/aids, coming back to normal life. It is very heartening actually to see somebody coming up, who was brought to the hospital so low and down. After short time taking the drugs, you can see the person comes back almost to normal and they can go about to they activities very well. (Mies, Kendu Bay)

Sairaalfarmasistit kokivat potilaan tarvitseman lääkkeen loppumisen huonona asiana. Syynä saattoi olla, ettei sairaalalla ollut rahaa tai että lääkkeet olivat loppuneet valtion varastosta. Maaseudulle lääkelähetysten toimittaminen voi kestää kauan, joten lääkkeet eivät saavu heti, kun toimittajalle on voitu maksaa. Myös kiire, työmäärän kasvu, ajantasaisen kirjallisuuden (kuten pharmacopeia) puuttuminen, matalapalkkaus ja asiakkaan tyytymättömyys koettiin huonoiksi asioiksi.

Myös potilaan ja apteekin edun välillä tasapainottelu koettiin vaikeaksi.

From experience also working in Nairobi, handling some customers and clients is very difficult. There is sometimes a person who requires a particular brand of drug might not afford. So those who can afford, might not need the brand, but because of this idea of price, you know, class, now they go for brand. But you know, they could do it simple same with generic. Somebody how actually needs the original

branded product, does not have afford, so what do you do? It is a bad side. This is business, you have to get profit somewhere. (Mies, Kisumu)

Yksityisten apteekkien farmasistit olivat työskennelleet samassa apteekissa valmistumisestaan lähtien, josta oli 1 tai 5 vuotta. Toinen heistä työskenteli samalla myös sairaala-apteekissa. Useimmat sairaalafarmasistit olivat työskennelleet aikaisemmin jossain muualla, kuten yksityisessä apteekissa, terveysministeriössä tai hoitajana. Sairaala-apteekissa he olivat työskennelleet 1–20 vuotta.

### **11.5 Kuvaus haastattelusta**

*Olen 28-vuotias naimisissa oleva mies, eikä minulla ei ole lapsia. Valmistuin vuonna 2002 farmasian kandidaatiksi Nairobissa, ja siitä lähtien olen työskennellyt yksityisessä apteekissa Kisumussa puolipäiväisesti. Samalla työskentelen myös sairaala-apteekissa kokopäiväisesti. Minun lisäkseni yksityisessä apteekissa työskentelee nainen assistenttina ja hän auttaa esimerkiksi tilausten teossa. Lain mukaan on joitakin lääkkeitä, joita hän ei voi toimittaa, ja silloin hänen on soitettava minut paikalle. Eniten pidän kliinisestä näkökulmasta ja potilaiden neuvonnasta. Hankalaksi koen, jos asiakas haluaa ostaa tiettyä merkkivalmistetta, mutta hänellä ei ole varaa siihen. Vaikka tiedän geneerisen valmisteen olevan vastaava, voitto on tehtävä jostain.*

*Ihmiset saavat tietoa ehkäisystä mediasta, internetistä, gynekologilta ja apteekista. Minä annan ehkäisyvalmisteista henkilökohtaista neuvontaa. Yleisin ehkäisymenetelmä on ehkäisytabletti. Toinen yleinen menetelmä on jälkiehkäisy; sitä ostetaan yleensä viikonloppuaamuisin. Lain mukaan se on reseptilääke, mutta harvoin myyn sitä reseptillä. Jos en myisi sitä, he saisivat sen jostain muualta. Halvimmat ehkäisytabletit maksavat 20 KES kuukaudessa ja jälkiehkäisy maksaa 100–120 KES. Perhesuunnitteluklinikalla vuoden ehkäisy maksaa 100 KES. Myyn myös kondomeja, ja kolmen kappaleen paketti maksaa 30–150 KES.*

*Ehkäisyä käytetään pääasiassa raskauden ehkäisyyn. Harvinaisempia syitä ovat akne ja kuukautisrytmin säännöllistäminen. Ehkäisyn ostaja on useimmiten nainen, eikä mies ole*



*yleensä mukana. Maaseudulla ei välttämättä ole muita paikkoja kuin sairaala, josta voi hankkia ehkäisyä.*

*Mielestäni kaikkien tulisi voida käyttää ehkäisyä. Ne nuoret, joiden pitäisi käyttää ehkäisyä, eivät käytä, vaan väärinkäyttävät jälkiehkäisyä. He saattavat tulla hakemaan sitä useita kertoja kuukaudessa. Nuoret eivät tiedä, että ehkäisy on pääasiassa tarkoitettu heille. He eivät voi mennä perhesuunnitteluklinikoille hoitajien kysymysten, asenteen ja stigman takia. Ajatellaan, että ehkäisyä hakeva nuori on kevytkenkäinen. Siksi he ovat pakotettuja hakemaan jälkiehkäisyä. Tarjolla pitäisi olla enemmän nuorille suunnattuja palveluja, joihin he voisivat mennä ja asioida omalla kielellään. Kaupungissa jo 14-vuotiaat voivat olla seksuaalisesti aktiivisia.*

*Nykyään modernit perheet hyväksyvät syntyvyyden säännöstelyn, mutta kaikki perheet eivät hyväksy. Kaikki eivät halua käyttää ehkäisyä kulttuurisista tai uskonnollista syistä, vaikka eivät pystyisikään huolehtimaan kaikista lapsistaan. Osa kuitenkin käyttää ehkäisyä, vaikka uskonto sen kieltääkin. Terveystieteiden henkilökunta ja farmasistit hyväksyvät perhesuunnittelun. Maaseudulla mies päättää ehkäisyn käytöstä, mutta nainen saattaa käyttää ehkäisyä miehen tietämättä. Tämän takia mies saattaa hankkia uuden vaimon. Kaupungissa myös nainen voi vaikuttaa ehkäisyn käyttöön.*

*Abortti ei ole laillinen Keniassa, mutta sitä tapahtuu salaa. Minusta abortti tulisi lallistaa, jotta se voitaisiin tehdä normaalina toimenpiteenä sairaalassa. Tällä hetkellä abortti voidaan tehdä sairaalassa vain lääketieteellisistä syistä. Mielestäni abortin tulisi olla laillinen raiskauksen ja inestien jälkeen, muttei lapsen sukupuolen valitsemiseksi. Apteekista haetaan misoprostolia abortin aikaansaamiseksi. Lain mukaan se on reseptilääke, eikä sitä ole tarkoitettu abortin aikaansaamiseen vaan vatsahappojen hoitoon.*

*Ihmiset saavat tietoa HIV:stä radiosta, mediasta, apteekista, klinikoilta, sairaaloista, mobiiliklinikoista ja postereista. Sukupuolitaudit ovat vähenemässä, mutta esiintyvyyks kasvaa HIV:n takia. Joillain alueilla sukupuolitauteja on vain vähän antibioottien ylikäytön takia. HIV leviää, koska ihmiset luottavat toisiinsa eivätkä käytä kondomia. Toinen syy on köyhyys: ihmisillä slummeissa ei ole rahaa edes ruokaan, ja he saattavat myydä seksiä rahasta.*

*Minusta farmasistit voivat vähentää HIV:n leviämistä. Teini-ikäisten ja nuorten on helppo lähestyä meitä. Nuoret ostavat ehkäisyä kaukana kotoaan sijaitsevasta apteekista, jotta heidän tuttunsa eivät saisi tietää.*

*Perheenjäsenen sairastuminen HIV:hen vaikuttaa koko perheeseen, koska jonkun perheestä on jätettävä työnsä ja hoidettava sairasta. HIV:n stigma on ongelma. Ihmiset alkavat puhua, mutta eivät kysy asiasta tartunnan saaneelta. HIV-positiivisten palvelut tulisi integroida muiden ihmisten palveluihin: kaikki palvelut tulisi saada samasta paikasta. Sairaaloissa on erillinen alue HIV-positiivisille ja ihmiset tietävät henkilön olevan sairas, jos hän menee sinne. Maaseudulla on vielä vaikeampaa leskelle. Todennäköisesti perheen toimeentulo oli riippuvainen kuolleesta ihmisestä, ja ihmiset alkavat puhua lesken selän takana. En tiedä, miten tämä voitaisiin ratkaista.*

## **11.6 Ehkäisy**

### **11.6.1 Ehkäisyn käyttö ja tiedon saatavuus**

Farmasistien mukaan ihmiset saavat tietoa ehkäisystä mediasta, internetistä, gynekologilta, apteekista, sanomalehdistä, mainoksista ja ystäviltä. Maaseudulla tieto leviää mobiiliklinikoiden, sairaaloiden, kirkon, kokousten, median ja radion avulla. Heidän mukaansa tieto on kaikkien saatavilla. Vaikka kenialaisilla on harhaan johtavia uskomuksia ehkäisyn käytöstä (Rutenberg ja Watkins 1997) saattavat myös terveydenhuoltohenkilökunnan neuvot saattavat olla haitallisia: Aids Relief -keskuksen mieshoitaja kertoi suosittellevansa HIV-positiivisille pareille keskeytettyä yhdyntää ehkäisykeinoksi, koska kondomi ei ole 100-prosenttisen varma. Tämän jälkeen hän kuitenkin ilmaisi huolensa viruksen mutatoitumisesta ja eri kantojen kantajien tartuttamisesta ne toisiinsa, jolloin syntyisi ”supervirus”, johon lääkkeet eivät enää tehoa.

Farmasistit kokivat, että ehkäisyä käytetään pääasiassa raskauden ehkäisemiseksi, lasten lukumäärän kontrolloimiseksi ja syntyvyysvälin pidentämiseksi. Muutama mainitsi myös sukupuolitautilien ehkäisyn. Eräs mainitsi harvinaisempia syitä, kuten akne ja kuukautisrytmin säännöllistäminen. Haastateltavat mainitsivat esteinä ehkäisyn käytölle

haittavaikutukset, kontraindikaatiot ja nuoren iän. Muuten ehkäisy on heidän mielestään kaikkien saatavilla. Muutama farmasisti pelkäsi joidenkin ehkäisykeinojen, kuten injektion tai kierukan, aiheuttavan lapsettomuutta. Siksi niitä haluttiin suositella vasta, kun naisella oli jo lapsia.

Farmasistien mielestä ehkäisytabletti oli suosituin ehkäisykeino Keniassa, mutta myös injektio oli hyvin suosittu. Injektio oli suosittu, koska se pistetään kerran kolmessa kuukaudessa, joten sitä ei tarvitse muistaa joka päivä, eikä se aiheuta samoja haittavaikutuksia kuin ehkäisytabletit, kuten voimakasta painon nousua tai laskua. Muita mainittuja ehkäisykeinoja olivat kondomi, implantti, kierukka, vasektomia, naisten kondomi, minipillerit ja munatorvien sidonta. Perinteisiä ehkäisykeinoja mainitsivat vanhimmat farmasistit. Niitä olivat pidättäytyminen lapsen syntymän jälkeen, imetys, moniavioisuus, varmat päivät ja jaksottainen pidättäytyminen. Moniavioisuus ehkäisykeinona toimii niin, että mies on tietyn ajanjakson vain yhden naisen kanssa.

### **11.6.2 Ehkäisyn saatavuus ja kustannukset**

Haastatteluista kävi ilmi, että Keniassa perhesuunnittelusta ja ehkäisyn toimittamisesta vastaavat pääosin sairaaloiden perhesuunnitteluklinikat. Perhesuunnitteluklinikoilla ehkäisy oli haastateltavien mielestä hyvin edullista, ellei ilmaista. Eräs vastaaja kuitenkin korosti, ettei mikään ole koskaan ilmaista, jonkun oli se aina maksettava.

Farmasistien mukaan ehkäisyä voi saada yksityisistä apteekeista, lääkekaupoista, sairaaloista, terveyskeskuksista ja perhesuunnittelu- ja äitiysklinikoilta. Yksityisissä apteekeissa oli myynnissä ehkäisy- ja jälkiehkäisytabletteja ja kondomeja. Myös injektioita voi ostaa apteekeista, mutta useimmiten ne hankitaan klinikoilta, koska apteekissa ei ole yleensä ketään, joka voisi pistää ne.

Haastateltujen mukaan lääkeyrityksillä ei ole paljon vaikutusta ehkäisyn käyttöön. Lääkeyritys saattaa lisätä menekkiä mainoksilla, esitteillä ja alentamalla hintaa. Osa pillereistä oli kalliimpia kuin toiset, ja eräs farmasisti kuvasi, että vain hyvin ansaitsevilla juristeilla oli niihin varaa. Halvimmat ehkäisytabletit kuukaudeksi maksavat yksityisessä apteekissa 20 KES ja jälkiehkäisy maksaa 100–120 KES. Kondomit maksavat yksityisessä

apteekissa 30–150 KES (kolmen kappaleen paketti). Kaikkien farmasistien mielestä kaikilla tai suurimmalla osalla kenialaisista oli varaa ehkäisyyn. Sairaaloissa ehkäisyn toimittamisesta huolehtii perhesuunnitteluklinikka. Ehkäisyn tarvitsija maksaa vuosimaksun (100–150 KES) perhesuunnitteluklinikalle ja saa vastineeksi vuoden aikana tarvitsemansa ehkäisyn valitsemallaan menetelmällä. Hinta on edullinen, koska valtio tukee ehkäisyn käyttöä, jotta kaikki käyttäisivät sitä.

### 11.6.3 Suhtautuminen nuorten ehkäisyn käyttöön

Nuorten ehkäisyn käyttöön farmasistit suhtautuivat ristiriitaisesti. Lähes kaikki ilmaisivat huolensa, mutta hyvin eri näkökulmista. Osa oli sitä mieltä, ettei ehkäisyä saisi antaa alle 18-vuotiaille. Syitä olivat, että siitä saattaa seurata lapsettomuutta, se olisi nuorten rohkaisemista tai että se on laitonta. Tosin sairaalassa, jossa farmasistit kertoivat, etteivät alle 18-vuotiaat saa sieltä ehkäisyä, perhesuunnitteluklinikan hoitajat kertoivat, että ehkäisyä annetaan 16–17-vuotiaillekin. Toisessa sairaalassa kerrottiin, että ehkäisyä annetaan vain, jos alle 18-vuotiaan tytön äiti on mukana.

That is under age, this is why, you know, according to this age, possibility under 18-years old, she is getting pregnant by you, that one is not necessarily in Kenya, it's not wanted. So why they get pregnant, that one is all so work. We can't say anything. Because, if we would start these contraceptives earlier, something bad would end of it. (Mies, Kendu Bay)

Osa puolestaan oli sitä mieltä, että nuorille on annettava ehkäisyä, esimerkiksi ennaltaehkäisyksi, jotta he voisivat jatkaa opintojaan eivätkä päätyisi prostituoiduiksi. Ehkäisystä tulisi kertoa jo alakoulussa muutaman mielestä. Yksityisten apteekkien farmasistit kannattivat ehkäisyn antamista nuorille, sairaalafarmasistien mielipiteet jakautuivat. Tähän saattoi vaikuttaa myös yksityisissä apteekeissa työskentelevien farmasistien myyntihenkisyydestä.

Eräs farmasisti kertoi, etteivät tällä hetkellä tarjolla olevat palvelut ole nuorille helposti lähestyttäviä hoitajien kysymysten ja asenteiden takia. Hän oli huolissaan myös jälkiehkäisyn väärinkäytöstä. Jälkiehkäisyn pitäisi olla reseptilääke, mutta sitä myydään harvoin reseptillä yksityisissä apteekeissa. Hallituksen sairaaloista sitä saa ilmaiseksi. Eniten jälkiehkäisyä ostetaan yksityisistä apteekeista viikonloppuaamuisin.

Young people they are actually misusing the emergency contraception. Because it means, they are not having any contraceptive method. So they just come sometimes several times in a month that means they is non use aspect. So they don't have the information. Because basically contraception is for young people. The old people, they have menopause so they don't need. Then the young people who should use them, they don't access them. So they come when it's all ready too late. They want emergency contraception. So basically we should have a program targeting young people so they would know. And the clinics, and clinics again, they don't like going because they can do questions ask by nurses unless you come for teenage friendly or young people friendly clinics. They can go and discuss they thing that's the only way other ways they don't access. Cause again the nurses are they mothers, they fear stigmatization. If they like young person coming for contraceptives they think it's promiscuous. And they just rather stay behind some closed doors until now when it's too late they are forced to come for emergency contraception. If they know they probably be having for example 5 year implants or 3 month injections or every day pills. Yeah. Everyday pills can be, they miss, they miss. Not a effective. So that's a challenge, how to get them. (Mies, Kisumu)

### **11.7 Apteekkien ja farmasistien rooli perhesuunnittelussa ja ehkäisyn jakelussa**

Haastateltavat kertoivat yksityisten apteekkien myyvän ehkäisyä, pääasiassa ehkäisytabletteja ja kondomeja, paljon korkeampaan hintaan kuin perhesuunnitteluklinikat. Syiksi apteekkiin hakeutumiselle mainittiin kiire, yksityisyyden halu, salailu ja nuori ikä. Asiakkaat olettivat saavansa parempaa palvelua korkealla hinnalla. Sairaala-apteekeista annettiin vähemmän neuvontaa, koska perhesuunnitteluklinikat sijaitsevat niiden yhteydessä, mutta yksityisessä apteekissa autetaan ehkäisyn valinnassa. Suurin osa haastateltavista kertoi neuvovansa ehkäisyn käytössä.

Varsinkin sairaalassa työskentelevät farmasistit kokivat olevansa osa terveydenhuoltojärjestelmää. He näkivät oman roolinsa sukupuolitautilien ehkäisemisessä tärkeänä. Eräs haastateltava koki, että työnsä lisäksi hän voi auttaa ihmisiä vapaa-ajallaan puhumalla terveydestä. Toisen haastateltavan mielestä hän voi auttaa varsinkin nuoria.

Pharmacists role could be very appropriate ones again, cause to the teenagers and young adults, they can easy go to pharmacies. Cause you can imagine somebody young people want buy condom, and supermarkets, supermarkets could be somebody servicing and charging and one is the cashier. They don't like to go and buy it from there. But for the pharmacies, if I come from this side of town, and I go pharmacy other side of town, because of stigmatization. So they don't know me.

They can just pick it. As a point, end of the point pharmacies, all pharmacies could be great help. (Mies, Kisumu)

Eräs farmasisti oli kuitenkin sitä mieltä, että asioihin on vaikea puuttua, kun asiakas on tullut ostamaan. Hän oli sitä mieltä, että hän vain myy eikä hänellä ole suurta roolia ehkäisyneuvonnan antamisessa. Hän oletti, että ihmiset ovat tietoisia.

It is about difficult, because my area of work is just in my pharmacy. Say when I sell Postinotu, emergency pill, when people come for the emergency pill, we think maybe they should have used condom in the first place, but if you tell someone, somebody will be offended. I think we can't do much as a pharmacists in our work. It is not so easy, for you to starting to advising the patient, when patient has come to buy. It is not that easy. (Nainen, Kisumu)

Saman farmasistin mielestä farmasisteilla on suuri rooli ehkäisyn toimittamisessa hintojen sääntelyn kautta. Hänen mielestään apteekkien myymät edullisimmat ehkäisytabletit (20 KES/kk) mahdollistavat köyhimmillekin ehkäisyn käytön.

### **11.7.1 Farmasistien omaksumia rooleja ja asenteita**

Tyypittelin haastattelemiä farmasisteja, ja esiin nousivat seuraavat ääriyhmät: opettavaiset ja ei-opettavaiset, aktiiviset ja passiiviset ja suvaitsevaiset ja tuomitsevat (Taulukko 9). Kaikki, jotka opettivat, olivat myös aktiivisia ja kaikki ei-opettavat passiivisia. Tuomitsevia oli vain yksi ja loput olivat suvaitsevia. Neljä farmasisteista kuului opettavien ja aktiivisten ryhmään. Heitä yhdisti neuvonnan antaminen ehkäisyn käytöstä ja sukupuolitaudeista. He olivat aktiivisia opettamaan ja kokivat sen osaksi työtään. Aktiivisuus ei kuitenkaan merkinnyt kaikille suvaitsevaa asennetta ehkäisyn käyttöön: ryhmään kuului myös yksi haastateltava, joka suhtautui negatiivisesti ehkäisyn antamiseen nuorille. Kaikilla ryhmäläisillä oli selkeä kanta ehkäisyn käyttöön ja aihe nostatti vahvoja mielipiteitä ja tunteita pintaan. Tunteita saattoivat olla suru, huoli, ymmärrys, innokkuus ja ehdottomuus. Aihe tuntui koskettavan ryhmäläisiä, ja heillä tuntui olevan siitä sanottavaa. Tuomitseva kuului opettavien ja aktiivisten ryhmään.

Taulukko 9. Farmasistien omaksumien roolien ja asenteiden tunnusmerkit

Rooli tai asenne	Tunnusmerkit	Esimerkki mielipiteestä
Opettavainen	Kertoo oma-aloitteisesti perhesuunnittelusta ja kokee neuvonnan antamisen tärkeäksi osaksi työtään.	”you must counsel, you must, we must, that is part of our work”
Ei-opettavainen	Ei koe perhesuunnitteluneuvontaa omaksi tehtäväkseen eikä anna neuvontaa.	”no, we don’t because we don’t give advice. Maybe if a patient asks me, I will give, but nobody has ask”
Aktiivinen	Haluaa antaa neuvontaa ja edistää terveyttä. Kokee perhesuunnittelun tärkeäksi. Voimakkaita mielipiteitä perhesuunnittelusta.	” So out there, I really give health talks either in churches, or in meetings”
Passiivinen	Suhtautuu passiivisesti perhesuunnitteluun eikä koe itsellään olevan roolia siinä. Kokee itsensä ulkopuoliseksi. Ei voimakkaita mielipiteitä perhesuunnittelusta.	“I think we can’t do much as a pharmacist in our work.”
Suvaitsevainen	Suvaitsevainen suhtautuminen perhesuunnitteluun.	“Yes, is it is possible that everybody can use it, there is not strict control”
Tuomitseva	Kielteisiä asenteita perhesuunnitteluun.	“it’s like we are encouraging them [ehkäisyn antaminen nuorille]” “Because, if we would start these contraceptives earlier, something bad would end of it.”

Kaikki ryhmäläiset antoivat neuvontaa osana työtään. Osa ryhmäläisistä kuitenkin halusi neuvonnallaan vaikuttaa asioihin. He kokivat vaikuttavansa yksilöiden valintoihin ja sitä kautta vähentävänsä köyhyyttä tai helpottavansa nuorten pääsyä perhesuunnittelupalveluihin. Yksi ryhmäläisistä halusi edistää terveyttä neuvomalla myös vapaa-ajallaan ja osallistumalla sairaalan ”terveystuntien” pitämiseen. Toinen ryhmäläinen kertoi joidenkin yksityisten apteekkien ottavan maksun neuvomisesta, mutta hänen apteekissaan neuvonta oli maksutonta.

Kaksi farmasisteista kuului ei-opettavien ja passiivisten ryhmään. He eivät kokeneet tehtäväkseen neuvoa ehkäisyssä tai kertoa sukupuolitaudeista vaan sanoivat ohjaavansa kysyjät eteenpäin perhesuunnitteluklinikalle tai vastaavansa kysyttäessä. Toinen farmasisteista kuitenkin mainitsi, ettei kukaan ollut kysynyt vielä tähän mennessä. Ehkäisyn käyttö ei herättänyt erikoisesti keskustelua ryhmässä. Ryhmäläiset totesivat, että kaikki voivat käyttää ehkäisyä. Ryhmäläisten haastatteluista välittyi ulkopuolinen asenne, ”me vain myymme, en voi auttaa”.

Farmasistien omaksumat roolit eivät liittyneet heidän tunnollisuuteensa työntekijöinä. Mielestäni kummastakin ryhmästä löytyy sekä työstään innostuneita että työnsä velvollisuutena kokevia. Useimmat haastateltavat olivat kuitenkin työstään innostuneita. Omaksuttu rooli ei ollut myöskään riippuvainen siitä, työskentelikö haastateltava yksityisessä apteekissa vai sairaala-apteekissa tai kaupungissa vai maaseudulla. Mielestäni farmasistien antama neuvonta kuuluu Keniassa farmasistin laajennettuun rooliin. Eräs vastaajista kertoikin, että tilanne on muuttunut aikaisemmasta.

Me for one, yes. Pharmacy has a big, big part to play in the health over the whole community, is only that many, many years back, we thought that pharmacists, pharmacists are only in domain in the pharmacies, either in the hospital or private pharmacy. But now we have a number of pharmacists like me, have done, what I call community health. So out there, I really give health talks either in churches, or in meetings, we are called on often to give talks. And I believe, yes, we have a part to play. Yes, yes. (Mies, Kendu Bay)



## **11.8 Asenteet**

### **11.8.1 Haastateltujen kuvaamat kenialaisten asenteet perhesuunnitteluun ja ehkäisyn käyttöön**

Farmasistit kertoivat, että suurin osa perheistä hyväksyy nykyään perhesuunnittelun, mutta eivät kaikki perheet. Syiksi hyväksymättömyyteenä mainittiin uskonto, kulttuuri ja miesten halu saada paljon lapsia. Eräs farmasisti mainitsi, että ennen vain prostituoidut käyttivät ehkäisyä, ja tämän takia miehet eivät halua naistensa käyttävän sitä. Toinen kertoi, että maaseudulla naiset ymmärtävät paljon paremmin perhesuunnittelun tärkeyden kuin miehet.

Osa haastateltavista kertoi, että miesten asenne vasektomiaa kohtaan on huono. Maaseudulla sitä ei tehdä ja kaupungissakin harvoin. Syiksi todettiin miehuuden menetyksen pelko, itsekkyyys ja moniavioisuus. Erään haastateltavan mielestä operaation tulisi olla suosittu. Ehkäisystä huolehtiminen on Länsi-Keniassa jätetty usein naisille, ja naiset käyvät yksin hakemassa sitä sairaaloista tai klinikoilta. Erään vastaajan mielestä vastuu ehkäisystä on jätetty lähes koko Afrikassa naisten vastuulle. Yksityisissä apteekeissakin naiset asioivat yleensä yksin.

Attitudes, yes that is true, like the man, you see, this establishment of this hospital have only seen one case coming for vasectomy. That is to see, that men have very poor attitude to towards vasectomy. They believe that it's going to reduce their manhood and you see, ones you are man, you'll be reacted by them you are despised by your community. This is one attitude. There is one was a other attitude from other people. Some still believe that by a lady going to involve with him, this there are still associate people with promiscuity. Who say why, if we are living together, why resolve, what are you going to protect. There is like social life, which is people still associate this with prostitution. So long before, when you see that most people who would come, would be prostitutes, because who want to protect them self, but till now is when people are getting aware. There is a lot of material been told over the media, people are changing they attitude, but still there is some people who still believe they don't want their people, their women to go for these. Some all so associate this one with bad side effects. (Mies, Kendu Bay)

Farmasistien mielestä parin tulisi keskustella ja päättää ehkäisyn käytöstä yhdessä, mutta varsinkin maaseudulla miehellä on usein päätösvalta. Naiset kuitenkin käyttävät ehkäisyä

salaa välittämättä miestensä mielipiteistä. Osa farmasisteista kertoi, että kaupungeissa naisilla on enemmän sananvaltaa näissä asioissa kuin maaseudulla.

Mostly I think the man might have a big role in use of contraceptives they use. Cause lets take example the condom. If the man does not want to use the condoms, it can have big affect on the woman. Maybe she is much poorer. So and the man is great leader. Even if woman wants to use condom, man may refuse. Woman can forced to not to use condom, because of the man's influence on her. I think that man makes most contraceptive related decision. (Nainen, Kisumu)

Eräs mieshoitaja lastenosastolla kertoi, että Keniassa naisilla ja miehillä on omat tehtävänsä ja niissä tulee pysyä. Jos nainen ei pysty huolehtimaan tehtävistään, esimerkiksi tiskaamisesta tai ruuanlaitosta, mies saattaa ottaa uuden vaimon. Kalastajat saattavat ottaa uuden vaimon, kun kalaa tulee runsaasti, ja rakentaa hänelle talon. He tuhlaavat kaikki rahansa, eikä heillä ole rahaa jäljellä, kun satoa tulee vähemmän. Hoitaja toivoi, että naiset voisivat voimistua ja saada äänensä kuuluville. Jos mies ei halua käyttää kondomia, ei sitä myöskään käytetä. Naisilla ei ole asiassa sananvaltaa. (Päiväkirja 11.6.2007)

### **11.8.2 Terveydenhuoltohenkilökunnan asenteet perhesuunnitteluun**

Haastateltavien mukaan koko terveydenhuoltohenkilökunta ja farmasistit hyväksyvät perhesuunnittelun. Erään farmasistin mukaan terveydenhuoltohenkilökunnan täytyy hyväksyä perhesuunnittelu, koska he ovat eturintamassa. Muutamit haastateltavat kokivat, että perhesuunnittelun avulla voi vaikuttaa ihmisten elämään.

Healthcare personnel, me I'm one, we accept it fully. We fell it is necessary, we think, we feel it is a solution. Like right now in Africa, in Kenya, we taking about poverty, you know, people wants to get out of the poverty situation. One way that you can see that to be working or it can work is that give birth to as fewer children as possible. When the government, if say everybody had birthed to their maximum maybe 3-4, then surely I'm seeing population getting thinner and thinner, so that in the future, after about 20 years to come on so, the government should be able to offer jobs to everybody. Right! And that is now trying to, you know, to work upon the poverty situation. Yeah. Otherwise, therefore I would say health workers, health personal, they see the need. They really see the need. But back home [maaseudulla] it is unfortunate even ladies who have problems in giving birth, during labor. They still don't see there is a problem. Somebody who wants to give birth until she maybe dies out of that. (Mies, Kendu Bay)

Vain yksi vastaaja oli sitä mieltä, etteivät kaikki terveydenhuoltoammattilaiset hyväksy perhesuunnittelua.

Some accept, some don't. It is just the same thing like in our community is maybe, people come from believe in children, they want to get as many as they can. Other people don't believe in that. (Mies, Kendu Bay)

### **11.8.3 Uskonnon vaikutus ehkäisyn käyttöön**

Kaikkien paitsi yhden farmasistin mielestä uskonto vaikuttaa ehkäisyn käyttöön. Suurin osa mainitsi katolilaisuuden vaikuttavan ehkäisyn käyttöön vähentävästi. Toisaalta kerrottiin osan katolisista käyttävän ehkäisyä, vaikka se olisikin synty tai kirkon tahdon vastaista. Muutama kertoi joidenkin ihmisten noudattavan Jumalan lakia maan täyttämistä.

Local people they they, well, here it varies. Many families read the bible and it says, god said, give forth until you crowd the world. Right. So they feel, why should we hinder, something that is god given? So you can just give birth or give forth to children or give as many as the woman may carry. Not realizing, that might as you may give birth to so many that carrying for them is burden. (Mies, Kendu Bay)

Yksi vastaajista kertoi, ettei ollut koskaan kuullut kirkon vaikuttavan ehkäisyn käyttöön, vaan sanoi kaikkien käyttävän ehkäisyä uskonnosta riippumatta.

No at all, never. I've never heard of that. It is used even by our sister institutions the Muslims, the Catholics, all the protestant church's, even 7. days, I think that one is out, everyone uses it. (Mies, Kendu Bay)

### **11.8.4 Abortti**

Suurin osa haastatelluista farmasisteista laillistaisi abortin. Abortin vastustajat perustelivat kantaansa kristinuskolla. Eräs farmasisti koki abortin olevan murha ja Jumalan rankaisevan siitä. Aborttia vastustivat nuori nais- ja miesfarmasisti, mutta heillä oli avoin suhtautuminen muihin tutkimuksen teemoihin.

Abortin kannattajat mainitsivat perusteluiksi abortin sallimiselle esimerkiksi raiskatuksi tulemisen, inestin ja hyvin nuoren iän. Abortteja tehdään salassa, ja joskus naisten on mentävä komplikaatioiden takia sairaalaan ja he saattavat jopa kuolla. Teiniäidit ovat tabu Keniassa ja usein häpeä perheelle.

I feel it is high time abortion was legalized in Kenya. It is illegal. But if it was legalized today, we wouldn't have as many deaths resulting from abortion as we do have now. Cause you realize in Africa or in Kenya for that matter, it is a taboo for a young woman to be pregnant. I mean the family feels so low about it. But it happens. So should it happen, the woman or the young lady may seek for ways and means of taking out this and you know, when they do it illegally, they do it hiding either by drugs or by physical you know, torture aside. Their lives are always in danger. As we are talking now, I know that families unfortunate, they have had now two girls dying because of abortion. The lady tries it on her own or goes to some quack in the bush tries it out and it doesn't work, so now that it has been tried the lady feels shy, for ashamed to go to the hospital. They come when it is too late, either she has bled, become pepper white, that is now when they come to the hospital. When it is as late, no way she can be resist back to life. And they lose their lives like that. So my feeling as you asked is I think it is high time the government should legalized abortion, so that should anyone want to do it is done professionally. (Mies, Kendu Bay)

Eräs vastaaja kertoi ihmisten hakevan apteekista misoprostolia abortin aikaansaamiseksi. Lääkkeen tulisi olla reseptilääke. Käypä hoito -suosituksen mukaan Suomessa lääkkeellisellä raskauden keskeytyksellä tarkoitetaan antiprogestiinin (mifepristonin) ja prostaglandin (misoprostoli) yhdistelmän käyttöä (Käypä hoito 2007).

### **11.8.5 Moniavioisuus**

Maaseudulla ihmiset kertoivat moniavioisuuden olevan hyvin yleistä, mutten tavannut yhtään miestä, jolla olisi ollut monta vaimoa. Eräät farmasistit selittivät asiaa sillä, että vaimoja on vain yksi, loput ovat tyttöystäviä. Yksikään mies ei kuitenkaan myöntänyt minulle tyttöystäviääkään. Moniavioisuudesta keskustelivat melkein kaikki farmasisteista, mikä kertoo sen yleisyydestä. Moniavioisuus liitettiin melkein kaikkiin haastatteluni teemoihin. Ainoa näkemäni ”todiste” tästä käytännöstä oli nuorempi vaimo vanhemman vaimon sairavuoteella sairaalassa. Eräs haastateltava kertoi, ettei hänellä ole kuin yksi vaimo, koska hän on koulutettu ja kristitty. Toinen ei ollut ajatellut hankkia lisää vaimoja, koska saattaa periä veljensä vaimon.

## **11.9 Sukupuoliteitse tarttuvat taudit**

Farmasistien mukaan ihmiset saavat tietoa HIV:stä radiosta, mediasta, klinikoilta, sairaaloista, postereista, VCT-keskuksista, mobiiliklinikoilta, kampanjoista ja apteekeista. Eräs farmasisti kertoi erilaisista ryhmistä, joista saa tietoa, kuten naisten ja nuorten ryhmät. Terveystieteiden ammattilaiset käyvät ryhmissä kertomassa erilaisista terveyteen liittyvistä asioista, kuten HIV:stä, madoista, loisista, malariasta ja hygieniasta.

Vierailin useissa ryhmissä, kuten People Living With Aids -ryhmä (PLWA) ja nuorten ryhmä. Nuorten ryhmän tavoite oli opettaa nuoret elämään niin, että he säilyisivät HIV-negatiivisina niin kauan kuin mahdollista, parhaassa tapauksessa koko loppuelämänsä. PLWA-ryhmän tarkoitus oli opettaa elämään positiivisesti viruksen kanssa ja antaa vertaistukea sairauden keskellä. Yksi ryhmän tavoite oli myös pyrkiä turvaamaan lapsille jonkinlainen toimeentulo vanhemman kuoleman jälkeen. Suurin osa ryhmän 36 jäsenestä oli naispuolisia leskiä.

Joidenkin haastateltavien mielestä sukupuoliteitse tarttuvien tautien määrä on vähenemässä lukuun ottamatta HIV:tä. Syiksi mainittiin kondomien helppo saatavuus, antibioottien ylikäyttö ja uusi lääkepakkaus, joka hoitaa kolme tautia kerralla. Pakkauksessa on neljä tablettia ja hoito hiivatulehdukseen, klamydiaan ja trikonomiaasiin. Hoito kestää yhden päivän. Pakkaus mahdollistaa hoidon ilman diagnoosia ja kalliita laboratoriotestejä. Muutamien haastateltavien mielestä sukupuoliteitse tarttuvien tautien määrä on kasvussa esimerkiksi nuorten huonon tietoisuuden takia.

### **11.9.1 Sukupuoliteitse tarttuvien tautien leviäminen**

Farmasistit kertoivat HIV:n leviävän kulttuurin, tietämättömyyden, stigman, köyhyyden, raiskausten, uskottomuuden, prostituution, moniavioisuuden ja turvattomuuden takia. Syiksi mainittiin myös kondomin käytön lopettaminen.

Poverty, poverty related issues, when young women or women who are poor, they just have to have sex with men, because they are poor and they want money. And then of course polygamy. Polygamy also spreads HIV. Then some cultural practice in Kenya like wives heritage, the numbers are now coming down, but when a man,

a husband dies, then the wife is inherited to the brother, but the man says don't want to know if he died of HIV, so cultural practices like that spread HIV. They still spread HIV. Arranged marriages, but these are few cases, especially in the old, in the countryside, when young girl getting married with old men. Of course not using condoms. And then young people, I think they change their behavior, and they are promiscuous and reckless. (Nainen, Kisumu)

Parhaaksi tavaksi estää HIV:n leviäminen mainittiin uskollisuus.

The best way, I think, I don't have any other way but to preach faithfulness. If you are not married, remember to be faithful to yourself or if you must, because those who are married out there darlings. People there are close to, but if only you have to go out with a woman or woman goes out with a man, the best thing is to protect themselves. Yeah. They can have sex if they want, but the best thing is to protect themselves. Personally, I don't think that sex is a whole thing about friendship. I don't think it is so, I believe in company. So if they could only be going out for company, and not indulge so much in the sexual intercourse and then the married ones to remain faithful to their wives and husbands, I believe that would control it. So the only key word is faithfulness, either faithful to yourself or faithful to your partner. (Mies, Kendu Bay)

### **11.9.2 HIV:n aiheuttama stigma**

Puolet farmasisteista oli sitä mieltä, että HIV:n aiheuttama stigma oli edelleen suuri ongelma, puolet sanoivat, ettei stigmaa ollut enää paljon. Stigma saattaa ilmetä ennakkoluuloina, pelkona, selän takana puhumisena ja leimaamisena. Erään farmasistin mielestä ongelmana on se, ettei asioista puhuttu avoimesti.

Yeah, in Kenya, you know Ann, this is mostly the human behavior that more of African I would say. Because I do know, I've been in some countries out side and I've found people talking very freely, I've not been in to your country all, people talk very freely. A young lady may be talking to the father about her boyfriend and how they went out and how they all that they did outside there. How she loves her friend and the boy do the same out there, but in Africa I think we have a problem. The people are not open with the sexual talk. The family, in the family you know, the all family and even extended family, we are only happy to bring in a person who I hope will end up to being my wife or will end up to being my husband to bring and show to the parents. Now that shyness inhibits our thinking about sex so that anything sexual is sort of very unthinkable, so now comes the disease. So if you are now HIV-infected, then everybody knows you been loose out side there. You've been wife to everybody or you've been husband to every woman and that is why you are sick. So they become inhibited, you don't want to talk about it, don't want talk about yourself. And that is a problem. (Mies, Kendu Bay)

Eräs vastaaja mainitsi ongelmaksi sairaaloissa olevat vain HIV-positiivisille tarkoitetut alueet. Palvelut tulisi integroida muihin palveluihin, jotta kaikki eivät näkisi sairaiden menevän heille tarkoitetulle alueelle.

## 12 PERHESUUNNITTELUHOITAJIEN HAASTATTELUT

Koska perhesuunnitteluhoitajien haastatteluja oli vain kaksi, purin ne kuvauksiksi. Kaikki haastateltavat työskentelevät Kendu Bayssa, mutta eri sairaaloissa. Ensimmäinen haastattelu on puheliaalta ja kokeneelta perhesuunnitteluhoitajalta, toinen haastattelu on parihaastattelu nuorilta perhesuunnitteluhoitajilta, jotka eivät halunneet haastatteluun nauhoitettavan. Tämän takia ja haastateltujen vähäsanaisuuden takia, toinen kuvaus on lyhyempi.

### 12.1 Haastattelu 1

*Olen 58-vuotias nainen ja luo-heimon jäsen. Olen koulutukseltani hoitaja ja kättilö ja olen työskennellyt yli 30 vuotta sairaaloissa, esimerkiksi Nairobissa. Minulla on viisi lasta ja kolme lastenlasta. Olen vastuussa tämän sairaalan terveyskeskuksesta, perhesuunnitteluklinikasta ja äitiysklinikasta. Tehtäväni on koordinoida ja organisoida toimintaa. Kanssani terveyskeskuksessa työskentelee kolme hoitajaa ja opiskelijoita. Parasta työssäni on tiedon jakaminen, opiskelijoiden opettaminen ja kiire. Jos on rauhallista, tunnen meneväni hukkaan. Ikävää on pula tarvikkeista ja henkilökunnasta.*

*Tieto perhesuunnittelusta levisi aikaisemmin vain klinikoiden ja sairaaloiden välityksellä. Nykyään tieto leviää myös median, kuten lehtien, radion ja esitteiden kautta. Myös käyttäjät, lääkärit ja johtajat levittävät tietoa. Nykyään on helpompaa käyttää perhesuunnittelua kuin ennen.*

*Nykyään ehkäisyä voi hankkia terveyskeskuksista tai yksityiseltä sektorilta, mutta 6–8 vuotta sitten saatavuudessa oli ongelmia. Palvelut tulivat ensin saatavilla kaupunkiin ja sitten vasta maaseudulle. Suurin osa terveydenhuoltohenkilökunnasta hyväksyy perhesuunnittelun nykyään.*

*Ihmiset ovat motivoituneita käyttämään perhesuunnittelua, koska heillä ei ole työtä eikä rahaa. He joutuvat kamppailemaan päivittäisestä toimeentulosta eivätkä selviä useiden lasten kanssa. Kun lapsia on vähemmän, elämä on erilaista. Elämäntyyli on muuttunut:*



*äidilläni oli 10 lasta, minulla on viisi, mutten usko tyttärieni hankkivan viittä lasta. Maaseudulla asuvat köyhät voivat pitää useiden lasten hankintaa ainoana toivonaan, mutta jos hankkii paljon lapsia, muttei voi kouluttaa heitä, lapsista ei ole paljon hyötyä. Vaikka vanhempani eivät olleet koulutettuja, he onnistuivat kouluttamaan meidät.*

*Koulutetut ihmiset tietävät, mitä ehkäisymenetelmää haluavat käyttää, mutta osalle me valitsemme menetelmän tietojemme perusteella. Suurin osa yhteiskuntamme naisista pitää injektioista tai ehkäisytableteista. Naiset näkevät perhesuunnittelun hyvät puolet ja hyväksyvät neuvonnan erittäin hyvin, riippumatta heidän puolisoitensa hyväksynnästä. He ymmärtävät, että elämä on erilaista, jos lapsia on kaksi tai kahdeksan.*

*Ihmiset todella pitävät perhesuunnittelusta, mutta suurimmalla osalla ei ole siihen varaa. Kustannukset ovat este käytölle: ehkäisymenetelmän aiheuttamien kustannusten lisäksi matkustaminen maksaa eikä ihmisillä ole maaseudulla varaa tulla perhesuunnitteluklinikalle. Jotkut käyttävät perinteisiä ehkäisymenetelmiä, ja se on sallittua, jos menetelmä on käyttäjälle sopiva. Aina kun nainen lähtee kotoa, hän tarvitsee rahaa, ja siksi on mahdollista, että hänen puolisonsa saa tietää minne hän on menossa. Aika monet salailevat vielä perhesuunnittelun käyttöönsä, vaikka mielestäni miehet ovat alkaneet suhtautua positiivisemmin perhesuunnitteluun. Perhesuunnittelusta on paljon apua köyhille ja heikoille ihmisille. Kannustan lapsianikin käyttämään perhesuunnittelua. Perhesuunnittelun ei ole tarkoitus lopettaa synnytyksiä vaan estää liian tiheät synnytykset.*

*Moniavioisuus on perinteinen ehkäisymenetelmä: nainen pitää miehen kaukana synnytyksen jälkeen, mutta saa silti kodin ja ruuan. Muistan isoäitini sanoneen minulle, että synnytyksen jälkeen pidä mies poissa 2–3 vuotta. Silloin hän tosin saattaa mennä etsimään muita. Jotkut uskovat, ettei nainen voi tulla raskaaksi niin kauan kuin hän imettää. Vanhat naiset voisivat kertoa muista ehkäisykeinoista.*

*Sanoisin, että puolet nuorista käyttää ehkäisyä. Toinen puoli haluaa käydä koulun loppuun. Kristityssä kodissa kasvaneet eivät käytä modernia vaan perinteistä ehkäisyä, kuten heidän isoäitinsäkin. Köyhyys estää ihmisiä tekemästä, mitä he haluavat, ja osa joutuu väärälle puolelle. Nuorilla ei ole rahaa ostaa ehkäisyä, koska köyhän kodin rahat eivät riitä muuhunkaan. Mielestäni nämä asiat tulisi unohtaa ennen avioliittoa ja keskittyä*

*koulutukseen. Perhesuunnittelu on mielestäni naimisissa olevia varten, ja opiskelijoiden tulisi keskittyä yhteen asiaan kerrallaan.*

*Kun perhesuunnittelu alkoi, se oli henkilökohtainen salaisuus. Sitä tehtiin salaa, koska puoliso ei olisi välttämättä pitänyt siitä. Perhesuunnittelusta ei keskustella julkisesti, mutta joskus ikätoverit saattavat puhua siitä esimerkiksi markkinoilla. Yleensä se on salaisuus. Siitä keskustellaan vain sairaalan henkilökunnan kanssa. Ne, jotka eivät pidä perhesuunnittelusta, alkaisivat muuten puhua pahaa sinusta. Se kannattaa pitää salaisuutena.*

*Ainoa asia, jota miehet haluavat naimisiin mentyään tai ystäväystytyään naisen kanssa, ovat lapset. Jos nainen haluaisi käyttää perhesuunnittelua, miehet ajattelevat, ettei hän ei halua lapsia vaan on prostituoitu tai haluaa useampia kumppaneita. Miesten ajattelu on tosin muuttumassa. Nykyään he lukevat lehtiä ja kuuntelevat radiota, mutta 8–10 vuotta sitten tilanne oli erilainen. Anopit eivät pidä perhesuunnittelusta, koska heidän mielestään nainen on naimisissa vain tehdäkseen lapsia. He ajattelevat, ettei nainen halua lapsia vaan useita partnereita, jos hän käyttää perhesuunnittelua. Siksi sitä salaillaan. Asiat ovat tosin muuttumassa.*

*Avoliitossa ei ole vain kaksi ihmistä, vaan uusilla sukulaisilla on paljon sanottavaa. Miehet antavat naisten käyttää perhesuunnittelua, koska jos he haluavat lisää lapsia, he voivat olla moniavioisia. Moniavioisuus on tällä alueella yleistä ja sallittua. Sanoisin, että 80 % ihmisistä tällä alueella pitää siitä. Suurin osa kuitenkin salaa sen aluksi. Kun lapset ovat isompia, he kertovat siitä. Edes naiset eivät tiedä toisistaan. Jos haluat tulla huijatuksi, tulet huijatuksi.*

*Naiset eivät pidä moniavioisuudesta, koska kaikki joutuvat kamppailemaan ja kärsimään, jos mies on köyhä. Miehet eivät välitä toimeentulon turvaamisesta, vaan he tekevät niin kuin haluavat. Naiset haluaisivat, että elämä olisi hyvää, lapsilla olisi ruokaa ja heidät voisi kouluttaa. Miehet puolestaan haluavat useita vaimoja, koska heidät on kasvatettu moniavioisissa kodeissa: he ovat saaneet sen perintönä. Ennen, kun ihmiset olivat maanviljelijöitä, oli paljon työtä ja paljon ruokaa. Silloin moniavioisuudesta pidettiin. Nykyään moniavioisuus tarkoittaa, ettei perheellä ole ruokaa eikä koulutusta. Miehet uskovat saavansa tunnustusta ja kunniaa olemalla moniavioisia.*

*Naiset haluavat tulla petetyiksi! Miehet valehtelevat, eivätkä naiset erota valhetta ja totuutta. Miehet sanovat menevänsä esimerkiksi kokoukseen ja ovat poissa kotoa muutaman yön. Jossain vaiheessa mies ei voi enää salailla, mutta hän voi olla sitä mieltä, ettei tarvitse naista tai mitään häneltä. Naiset eivät voi tehdä paljonkaan. He eivät voi puhua miehensä moniavioisuudesta, koska miehen äiti ja muut sukulaiset eivät pidä siitä. He näyttävät hyväksyvän sen mitä mies tekee. He kehottavat naista vain lähtemään, koska mies voi hankkia uusia vaimoja. Yksin et voi voittaa.*

*Jotkut heimot uskovat vielä ympärileikkaukseen, mutta minun heimollani ei ole mitään tekemistä sen kanssa. Hallitus yrittää poistaa tämän tavan. Minun heimossani oli tapana poistaa kuusi etuhammasta 11–12 vuoden iässä, jotta voitaisiin antaa vettä letkulla, kun ihminen on hyvin sairas. Näin ei enää nykyään tehdä, sairaaloissa on nykyään muut keinot. Hallitus haluaa, että vanhat tavat jätettäisiin taakse ja kehityttäisiin.*

*Mielestäni abortti on paha asia ja olen sitä vastaan sekä kristittyinä että terveydenhuoltohenkilönä. Olen työskennellyt aborttiosastolla ja nähnyt monien nuorien tyttöjen kuolevan yksin komplikaatioihinsa, eivätkä heidän poikaystävänsä olleet siellä.*

*Sukupuolitautilien määrä on vähenemässä, koska elämäntyyli on muuttunut. Naiset ovat hyvin varovaisia ja huolehtivaisia. HIV leviää useiden kumppaneiden ja itsensä myymisen takia. Keskustelin eräiden naisten kanssa, jotka uskoivat, että mitä enemmän seksiä, sitä enemmän taudit häviävät. He toimivat salaisesti, koska he ovat noitatohtoreita. Heidän yleinen neuvonsa sairaalle on, että virus tulisi antaa nuorille naisille ja lapsille, jotta siitä vapautuisi. He neuvovat, että vapauttamalla virusta sairaalle itselleen jää sitä vähemmän. Naisilla ei myöskään ole mahdollisuutta kieltäytyä seksistä aviomiehensä kanssa, vaikka miehen uskottomuus olisi naisen tiedossa. Mielestäni ei ole syytä pakottaa toista seksiin. Niin kauan kun toisella osapuolella on enemmän valtaa kuin toisella, tapahtuu vääriä asioita.*

*HIV tulee hyvin kalliiksi ja vaikuttaa kaikkiin yhteiskunnan alueisiin. HIV:n aiheuttamaa stigmaa ei saisi olla. Se aiheuttaa vain lisää ongelmia, eikä ihmisten syyttely tai syrjäytyminen auta. Sairaas tarvitsevat rakkautta ja hoitoa. Ajatellaan, että olet prostituoitu, jos sinulla on HIV.*

## 12.2 Haastattelu 9

*Olemme kaksi nuorta naishoitajaa ja työskentelemme aluesairaalan perhesuunnitteluklinikalla. Parasta työssämme on nähdä lasten kasvavan. Ikävintä ovat lasten kuolemat. Syy lapsen kuolemaan on yleensä HIV, malaria tai välinpitämättömyys. Toisen meistä mielestä sopiva lapsiluku on 6 tai 10 ja toisen 2–3.*

*Tietoa ehkäisystä saa radiosta, lääkäriltä ja ehkäisyklinikalta, mutta köyhillä on usein väärinä käsityksiä ehkäisystä. Injektio on suosituin ehkäisymetodi, koska ehkäisypilleri voi unohtua tai aiheuttaa haittavaikutuksia. Haittavaikutuksena hormonaalisesta ehkäisystä voi olla korkea verenpaine, eikä ehkäisypillereitä tulisi käyttää, jos verenpaine on korkea. Kannustamme täällä kondomin käyttöön, ja sitä käytetäänkin, jos sukupuolipartnereita on paljon. Katolilaiset eivät halua käyttää hormonaalista ehkäisyä, mutta hyväksyvät kondomin käytön. Annamme täältä myös 16–17-vuotiaille tytöille ehkäisyä.*

*Pariskunta keskustelee ehkäisystä, mutta jos mies ei sitä hyväksy, nainen käyttää ehkäisyä salaa. Miehet uskovat ehkäisyn käytön vähentävän libidoa ja meistä se on totta. Naiset puolestaan pelkäävät hedelmättömyyttä. Vanhemmilla naisilla munanjohtimet voidaan sitoa, kun haluttu lapsiluku on saavutettu. Pojat ovat hyvin tärkeitä, ja sen takia halutaan lapsia, kunnes syntyy poikalapsi.*

*Sairaalasta ehkäisyn saa ilmaiseksi, mutta yksityisessä apteekissa se maksaa. Apteekista hakevat ne, jotka eivät halua odottaa.*

*Meidän mielestämme abortti on rikos, riski ja synti. Kyläläiset tekevät abortteja salaa nuorille ja naimattomille tytöille. Mielestämme abortti voisi olla laillinen raiskatuille.*

*Sukupuolitautilien esiintyvyys ei ole korkea, mutta sairastuneet potilaat eivät tule hoitoon. Yksi keino vähentää tartuntoja on poikien ympärileikkaus. Se on meistä hyvä asia.*

*Moniavioisuus on hyväksyttyä Keniassa ja hyvin yleistä luo-heimon parissa. HIV tarttuu tähän liittyvän vaimon perimisen takia. Nainen ei voi vaikuttaa, kuka kylän miehistä hänet perii. HIV jättää jälkeensä orpoja, sairaita ja stressiä. HIV:n stigma johtuu pelosta ja*

*virheellisistä uskomuksista koskien taudin tarttumista. Me neuvomme täällä potilaita elämään positiivisesti HIV:n kanssa ja kannustamme heitä perustamaan tukiryhmiä. Tietoa HIV:stä saa sairaalasta, radiosta ja kylissä kiertävistä mobiiliklinikoista.*

## 13 YHTEENVETO JA POHDINTA

### *13.1 Aineisto ja menetelmien arviointi*

Kaiken tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi arvioida (Hirsjärvi ym. 2004). Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta. Tutkijan on selostettava haastattelupaikat ja olosuhteet, käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinnat haastatteluissa ja tutkijan itsearviointi. Tutkimusmenetelmien yhteiskäytöllä eli triangulaatiolla voidaan parantaa tutkimuksen validiutta.

Kun määritellään teemahaastattelun luotettavuutta, on otettava huomioon koko tutkimusprosessi eikä pelkkää haastattelua (Hirsjärvi ja Hurme 1991). Tutkijan oma kokemuksiin perustuva käsitys tuloksen ja todellisuuden vastaavuudesta on luotettava luotettavuuden ilmaisina.

Tutkimuksen luotettavuutta olisi parantanut suurempi haastattelujen määrä. Toivottavaa olisi ollut, että pääpaino haastatteluissa olisi kohdistunut yksityisien apteekkien farmasisteihin, mutta ainakin Kendu Bayssa sairaala-apteekeilla näytti olevan vastuu lääkkeiden jakelusta, sillä siellä ei ollut yksityisiä apteekkeja.

Mielestäni tutkimukseni luotettavuutta parantaa tarkka dokumentaationi ja tutkimuspäiväkirjani, jonka kirjoittamisen aloitin jo hyvissä ajoin ennen erikoistyvaiheen alkua. Halusin saada kaikkien farmasistien äänen kuuluville tutkimukseni kautta, ja olenkin liittänyt tutkimukseeni suoria lainauksia kaikista haastatteluista. Luotettavuutta olisi parantanut, jos olisin haastatellut myös apteekkien ja perhesuunnitteluklinikoiden asiakkaita. Uskon kuitenkin, että haastattelujen saaminen olisi ollut vaikeaa, koska kenialaiset eivät ehkä olisi halunneet keskustella kanssani perhesuunnittelusta eikä meillä olisi ollut yhteistä kieltä.

Aineistoni on valikoitunut, koska sain haastatteluja vain yksityisistä apteekeista kaupungista ja sairaala-apteeekeista maaseudulta. Tämä tosin johtuu siitä, että kaupungin keskustassa, johon pakettiauto minut jätti, oli vain yksityisiä apteekkeja ja maaseudulla oli vain sairaala-apteekkeja. En usko valikoitumisen vaikuttaneen tuloksiin, koska sairaala-apteekkien ja yksityisten apteekkien toiminta oli hyvin samankaltaista. Eroina näkisin yksityisen apteekin voitontavoittelun ja perhesuunnitteluklinikoiden sijainnin sairaala-apteekkien yhteydessä. Tämän takia yksityisen apteekin farmasistit olivat mielestäni myyntihenkisempiä kuin sairaala-apteekissa työskentelevät, mutta he tarjosivat enemmän perhesuunnittelupalveluja, koska perhesuunnitteluklinikan palveluja ei ollut saatavilla samasta toimipisteestä. Aineistoni on valikoitunut myös niin, että kaikki apteekit valitsi sponsorini. Uskon kuitenkin, että sponsori valitsi apteekit sen perusteella, mitkä olivat lähinnä.

Tutkimustuloksia ei voi yleistää koko Afrikkaan eikä edes Keniaan, koska heimot ovat Keniassa hyvin merkityksellisessä asemassa ja jokaisella heimolla on omat tapansa ja arvonsa (Sääksi 1977). Suurin haaste ja uhka tutkimuksen onnistumiselle olikin itselleni tuntematon ja erilainen kulttuuri. Valitettavasti minulla ei ollut mahdollisuutta tutustua kulttuuriin alkuperäisessä ympäristössä ennen tutkimuksen alkamista, vaan yhtäkkiä se ympäröi minua. Uuteen kulttuuriin sopeutuminen oli vaikeaa, kuten olin etukäteen uskonut, mutta eri tavalla kuin odotin. Koin, että kohtaamieni ihmisten oli vaikea hyväksyä minun kulttuuriani ja arvojani. En tosin odottanutkaan hyväksyntää vaan jonkinlaista kohteliaisuutta.

Moni kysymys jäi kuitenkin vielä ilman vastausta, koska en osannut kysyä niitä Keniassa ollessani. Uusia kysymyksiä ja osa-alueitakin nousi esiin vasta aineistoa analysoidessani. Mielestäni tähän on kaksi syytä. Toinen on se, että informaatiotulva oli Keniassa valtava. Uutta tietoa tuli koko ajan kaikkialta, ja sitä omaksuessa osa kysymyksistä jäi kysymättä. Toisaalta taas pidin joitakin terveydenhuoltoon ja apteekin toimintaan liittyviä asioita niin itsestään selvinä, etten osannut kysyä oikeita kysymyksiä. Tietoa kerääntyi kuitenkin myös monista sellaisista aiheista, joista en itse olisi osannut kysyä, mutta jotka kenialaiset nostivat esiin. Yksi osa-alue, josta olisi ollut mielenkiintoista saada lisää tietoa, oli lapsettomuus. Paikalliset eivät lapsettomuudesta puhuneet, mutta kertoivat lapsettomuuden pelon vaikuttavan ehkäisyn käyttöön. Olettaisin lapsettomuuden olevan hirveä asia kenialaisessa kulttuurissa, jossa lapset ovat tärkeässä asemassa.

Vaikka pohdinkin ennen Keniaan lähtöäni tutkimukseni eettisyyttä ja rajoja, joita noudattaisin riippumatta paikallisten kulttuurista, en osannut varautua yksityisyyden suojan täydelliseen puuttumiseen. En vielääkään tiedä, miten minun olisi tullut toimia tilanteissa, jotka mielestäni loukkasivat merkittävästi potilaiden oikeutta yksityisyyteen. Välillä minusta tuntui, että olen tirkistelijä, vaikka monissa tilanteissa kysyinkin, onko läsnäoloni varmasti toivottua. Kenialaiset olisivat voineet loukkaantua, jos olisin kieltäytynyt seuraamasta kaikkia tilanteita, joihin minut oli haettu.

Valitsemani menetelmät sopivat tutkimukseeni hyvin. Havainnointimateriaalia kertyi koko ajan vieraasta kulttuurista, tavoista ja arvoista. Minut otettiin hyvin vastaan yhteisössä, ja ihmiset keskustelivat mielellään kanssani. Teemahaastattelumenetelmän ansiosta sain kasaan näinkin monta haastattelua. Uskon, että esimerkiksi kyselylomakkeen avulla olisin saanut vähemmän vastauksia, kaikkiin kysymyksiin ei olisi vastattu tai vastaukset eivät olisi olleet yhden ihmisen mielipiteitä vaan lomake olisi saatettu täyttää yhdessä. Valitettavasti osa haastateltavista vastasi kysymyksiin lyhyesti eikä heittäytynyt vapaamuotoisempaan kerrontaan.

### **13.2 Tulosten arviointi**

Tutkimukseni tärkeimmät tulokset liittyvät farmasistien rooliin perhesuunnittelussa ja ehkäisytoimittamisessa. Aiheesta ei löydy kirjallisuutta, vaikka farmasisteilla on merkittävä rooli. Olisi huolestuttavaa, jos farmasistit eivät kokisi rooliaan tärkeäksi, koska apteekit toimittavat viidenneksen ehkäisytableteista ja kondomeista kenialaisille (Measure DHS 2003). Roolin tärkeyttä vahvistaa se, ettei ehkäisytablettien ostamiseen tarvita Keniassa reseptiä, ja näin ollen asiakkaan mahdollista saada neuvontaa ainoastaan ehkäisytoimintapaikasta. Yksityisissä apteekeissa työskentelevien farmasistien tulisi ottaa enemmän vastuuta ehkäisyneuvonnasta verrattuna sairaala-apteekissa työskenteleviin, koska sairaala-apteekkien yhteydessä on usein saatavilla myös perhesuunnitteluklinikan palvelut. Mielestäni farmasistien rooli Keniassa on laajentunut terveydenhuoltohenkilökunta- ja resurssipulan takia. Koska terveydenhuoltopalvelut eivät ole kaikkien saatavilla, saatetaan hakea saatavilla olevista palveluista apua kaikkiin ongelmiin. Kehitys on mielestäni oikeansuuntainen, koska farmasistien koko



potentiaalinen ammattitaito tulisi hyödyntää. Toisaalta on ikävää, että rooli on laajentunut negatiivisista syistä.

Farmasistit kokivat oman roolinsa tärkeäksi sukupuolitautilien ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä. Vaikka perhesuunnitteluklinikat ovat Keniassa suurin perhesuunnittelupalveluiden tarjoaja, myös apteekkeilla on oma asiakaskuntansa, jolla ei ehkä ole pääsyä muihin palveluihin. Tähän asiakaskuntaan kuuluvat esimerkiksi nuoret ja ehkäisyn käyttöä salailevat.

Haastateltavista kaikki hoitajat olivat naisia. Yksi farmasisti oli nainen, loput olivat miehiä. Naisia oli kuitenkin apteekkeissa töissä esimerkiksi apulaisina tai siivoojina. Mielestäni tämä kuvastaa afrikkalaista sukupuolten välistä epätasa-arvoa, joka on paremmin havaittavissa maaseudulla kuin kaupungissa (Kekäläinen ja Roos 2006). Ainoa naisfarmasisti työskenteli kaupungissa. Miehillä on helpompi pääsy koulutukseen, mikä lisää epätasa-arvoa ja tekee naiset taloudellisesti riippuvaisiksi miehistä.

Farmasistien mielestä ehkäisy oli kaikkien saatavilla ja lähes kaikilla oli siihen varaa. Perhesuunnitteluklinikan hoitaja oli kuitenkin eri mieltä. Hänellä oli mielestäni läheisempi näkökulma potilaan arkeen ja vallitsevaan tilanteeseen, ja hän osasi ottaa huomioon myös ehkäisyn hinnan lisäksi tulevat muut kustannukset, kuten matkakulut. Tutkimusten mukaan perhesuunnittelupalvelut eivät ole kaikkien saatavilla (USAID 2006), vaikka farmasistit niin uskoivatkin.

Keniassa jaetaan kondomeja VCT-keskuksissa, mutta naisten kondomeja ei ole säännöllisesti saatavilla (Mung'ala ym. 2006). Myös Kendu Bayssa tilanne oli tämä. Naisten kondomit ovat paljon kalliimpia kuin miesten kondomit, mutta ne antavat naisille mahdollisuuden neuvotella ehkäisyn käytöstä, joten mielestäni olisi hyvin tärkeää, että niitä olisi paremmin saatavilla.

Ehkäisyn antamisesta nuorille oli haastateltavilla erilaisia mielipiteitä, vaikka tutkimuksien mukaan monet nuoret ovat seksuaalisesti aktiivisia (Oindo 2002, Kiragu ja Zabin 1995). Osa toivoi, että ehkäisyä annettaisiin jo ennaltaehkäisevästi, mutta osa koki sen rohkaisevan nuoria. Eräs haastateltu perhesuunnitteluklinikan hoitaja asetti vastakkain nuoren sukupuolielämän ja koulutuksen. Mielestäni tämä viittaa mahdolliseen raskaaksi

tuloon ja tästä johtuvaan koulusta erottamiseen (Kiragu ja Zabin 1995). Nuorille on kuitenkin yritetty antaa oikeaa tietoa (PATH ja Population Council 2006), ja heidän ehkäisy saantiaan on pyritty helpottamaan (PATH 2004).

Negatiivinen suhtautuminen perhesuunnitteluun johtuu farmasistien mukaan uskonnosta, kulttuurista, miesten halusta saada paljon lapsia ja ehkäisy käytön liittämistä prostituutioon. Tämän vuoksi ainakin Kendu Bayssa naiset käyttivät ehkäisyä salaa. Ihmisillä on myös harhaan johtavia uskomuksia ehkäisy käytöstä (Measure DHS 2003, Rutenberg ja Watkins 1997), mikä vaikuttaa asenteisiin ja ehkäisy käyttöön. Perhesuunnitteluun vaikuttavat eniten mielestäni perinteet, joiden muuttuminen vie aikaa. Perhesuunnittelun hyväksymättömyys on mielestäni yksi Kenian kehityksen ja vaurastumisen esteistä. Perhesuunnittelun seurauksena useammat perheen lapsista pääsisivät kouluun ja ravintoa riittäisi paremmin. Myös äidit voisivat paremmin ja lapsikuolleisuus vähenisi. Näihin asioihin vaikuttavat tietysti myös monet muut asiat.

Vaikka vain puolet haastateltavista koki HIV:n stigman suurena ongelmana, stigma kuitenkin estää ihmisiä menemästä testeihin (Measure DHS 2003), ja näin virus leviää edelleen. Mielestäni HIV-tartuntojen määrän on vaikeaa laskea ennen kuin kondomin käyttöä ei enää liitetä prostituutioon, uskottomuuteen tai HIV-positiivisuuteen. Ongelmana Keniassa on, että vain harvoilla sairastuneilla on varaa ARV-lääkitykseen. Onneksi osalla on mahdollisuus saada lääkkeitä lahjoituksena, kuten Kendu Bayn Aids Relief -keskuksen asiakkaille. HIV-positiivisten pitempi eliniänennuste parantaa perheiden tuottavuutta ja taloudellista asemaa, mutta toisaalta pidempi elinikä mahdollistaa taudin levittämisen useammille. Tartuntoja lisäävät esimerkiksi noitatohtorien parannuskeinot.

Kenian HIV/aids tilanne on vaikea, mutta tilanne helpottuisi, jos oikean tiedon määrä lisääntyisi ja asenteet muuttuisivat. Tällä hetkellä kenialaisten tiedot ovat puutteellisia tai jopa vääriä ja monet asenteet ovat tuomitsevia (Measure DHS 2003, Pulerwitz 2006). Asenteet ovat kuitenkin paranemassa koko ajan, mikä käy ilmi esimerkiksi haastatteluistani.

### **13.3 Tutkimuksen vaikutus tutkijaan**

Odotukseni olivat hyvin erilaiset, kuin todellisuus, koska en tiennyt mitä odottaa. Ennen lähtöäni minua jännitti vieras ja eksoottinen kulttuuri. Nyt koen sen arkipäiväiseksi, vain erilaiseksi. Tutkimus auttoi minua ymmärtämään ihmisten lähtökohtia ja heidän omia valintojaan. Ihminen itse määrittää itsensä. Tutkimus auttoi minua näkemään ihmisen ulkokuorta syvemmälle ja sai minut ymmärtämään, että vaikka elämä on erilaista Afrikassa, kaikkialla ja kaikilla on omat ongelmansa. Elämän arvot ovat erilaisia, mutta tärkeitä kullekin kulttuurille. Minulla oli ennen tutkimusta parempi kuva kenialaisista ja heidän kulttuuristaan, mutta siihen tutustuttuani huomasin monet yleistykset myös turhiksi. Mielestäni monilla on liian mustavalkoinen kuva Afrikasta ja sen kansoista. Näen itsekin jotkin asiat hyvin yksipuolisina: iloitsen, että olen suomalainen nainen! Myös Afrikassa on sekä hyviä että huonoja asioita. Negatiivisimpina asioina koin kenialaisen parisuhdekulttuurin ja sukupuolten välisen epätasa-arvon.

Koin tutkimustyön ajoittain hyvin raskaaksi kenialaisen kulttuurin aiheuttaman ahdistuksen takia. Välillä taas aineisto imaisi mukaansa ja nostatti kaipuun ja tunteet pinnalle. Nyt suhtaudun aineiston keräämiseen Keniassa positiivisesti, mutta se herättää monia ristiriitaisia ajatuksia. En tiedä, oliko vierailullani minkäänlaista vaikutusta kenialaisten elämään, mutta minuun kokemus teki lähtemättömän vaikutuksen.

### **13.4 Tutkimuksen opetukset ja jatkotutkimusaiheet**

Jos lähtisin nyt tekemään tutkimustani, osaisin kysyä enemmän ”tyhmiä kysymyksiä” enkä olettaisi asioita. Aineiston keräämistä olisi helpottanut, jos minulla olisi ollut etukäteen paremmat mahdollisuudet tutustua kenialaiseen kulttuuriin. En tekisi tutkimustani maaseudulla vaan kaupungissa, koska uskon, että kaupungissa olisin säästynyt monilta kiusallisilta tilanteilta ja sopeutumisongelmilta. Tutkimuksen toteuttaminen kaupungissa olisi tosin johtanut erilaisiin tuloksiin. Toisaalta tutkimukseni sijoittuminen haasteellisiin oloihin tekee siitä mielestäni arvokkaamman.

Olisin saanut paremman kuvan farmasistien antamasta ehkäisyneuvonnasta, jos olisin haastatellut vain yksityisten apteekkien farmasisteja. Toisaalta nyt sain paremman kuvan kenialaisesta apteekkijärjestelmästä, kun mukana tutkimuksessani olivat myös sairaala-apteeekeissa työskentelevät farmasistit.

Tutkimustani voisi jatkaa keskittymällä nuoriin. Mielestäni heidän tulisi olla perhesuunnittelun pääkohderyhmä. Nuorille suunnattuja perhesuunnittelupalveluja tulisi olla enemmän tarjolla, ja niihin tulisi kaikilla olla vapaa pääsy. Toiminnan pääpainon tulisi olla ennaltaehkäisevässä eikä reaktiivisessa toiminnassa. Jotta perhesuunnittelupalvelut voisivat olla myös nuorten saatavilla, tulisi asenteiden muuttua. Tähän voitaisiin vaikuttaa esimerkiksi kouluttamalla terveydenhuoltohenkilökuntaa.

Naisilla on tärkeä rooli kenialaisessa yhteiskunnassa, vaikka naisten tekemä työ onkin usein näkymätöntä. Naisten tulisi voimistua ja sukupuolten välistä epätasa-arvoa vähentää. Sekä naisten että nuorten tilannetta voisi tutkia toimintatutkimusmenetelmällä. Olisi tärkeää saada myös naisten ja nuorten ääni kuuluviin eikä keskittyä pelkästään terveydenhuoltohenkilökuntaan. Tutkimukseni voisi myös toistaa Keniassa eri heimojen alueilla ja verrata tuloksia.

Tutkimusta voisi jatkaa myös kenialaisen apteekkijärjestelmän suuntaan. Esimerkiksi lääkeväärennökset ja niiden vaikutus olisi mielenkiintoinen aihe, koska uskon sen olevan Keniassa merkittävä ongelma. Apteekkien henkilökunnan rooleja ja koulutusta voisi tutkia laajemmin. Olisi mielenkiintoista verrata suomalaista ja kenialaista opetusohjelmaa ja selvittää, mihin vaipeihin apteekista haetaan apua. Myös farmasistien työtä terveydenedistäjinä voisi tutkia.

Toivon, että tutkimukseni auttaa ymmärtämään kenialaisten elämää ja lisäämään suvaitsevaisuutta. Mielestäni on tärkeää tehdä myös sellaista tutkimusta, jonka tulokset eivät ole suoraan taloudellisesti hyödynnettävissä.

## 14 PÄÄTELMÄT

- Farmasisteilla on tärkeä rooli ehkäisyneuvonnassa, perhesuunnittelussa ja terveyden edistämisessä.
- Farmasistit hyväksyvät hyvin perhesuunnittelun.
- Kulttuuri ja perinteet vaikuttavat merkittävästi ehkäisyn ja perhesuunnittelun käyttöön.
- Suurimmat ongelmat ehkäisyn käytössä ovat väärät uskomukset ja sukupuolten epätasa-arvosta johtuva ehkäisyn käyttäminen salaa.
- Farmasistit ovat merkittävä osa terveydenhuoltoa.
- Nuorilla ei ole pääsyä perhesuunnittelupalveluihin.
- Vaikka tietoa perhesuunnittelusta on paljon saatavilla, se ei välttämättä vaikuta tekoihin tai asenteisiin.
- Tutkimuksen teko oli hankalaa, koska seksuaalisuuteen liittyvät asiat ovat kenialaisessa kulttuurissa tabu.

## KIRJALLISUUS

Aaltonen S: Terveysthuollon menot. Haettu Internetistä 29.12.2007: [http://www.pif.fi/page.php?page\\_id=308](http://www.pif.fi/page.php?page_id=308) Lääketietokeskus

ACTAfrica: Exploring the Implications of the HIV/aids Epidemic for Educational Planning in Selected African Countries: The Demographic Question. Aids Campaign Team for Africa, The World Bank, 2000

Aids-tukikeskus: HIV ja aids. Haettu Internetistä 11.1.2008

Association of Public Health Officers Kenya: Training 2006. Haettu Internetistä 20.12.2007: <http://www.aphok.org/training.htm>

Baker J, Khasiani S: Induced Abortion in Kenya: Case Histories. *Studies in Family Planning* 23 (1): 34–44, 1992

Bradley J, Muia E, Ngugi E, Njeru E, Eldridge G, Olenja J, Wotton K, Ronald A, Plummer F, Moses S: Sexual behaviour and sexually transmitted disease in Kenya: opportunities for intervention. *Int Conf AIDS* 8:19-24, 1992

Brinkhoff T: Kenya – City Population 2007. Haettu Internetistä 7.1.2008: [http://www.citypopulation.de/Kenya.html#Stadt\\_alpha](http://www.citypopulation.de/Kenya.html#Stadt_alpha)

Central Bureau of Statistics and Ministry of Health: Kenya Demographic and Health Survey 2003, Nairobi, Kenya. Haettu Internetistä 23.3.2007: [http://www.cbs.go.ke/downloads/pdf/Kenya\\_Demographic\\_and\\_Health\\_Survey\\_2003\\_Preliminary\\_Report.pdf](http://www.cbs.go.ke/downloads/pdf/Kenya_Demographic_and_Health_Survey_2003_Preliminary_Report.pdf)

Central Bureau of Statistics: Kenya, Facts and Figures 2006. Haettu Internetistä 7.5.2007: <http://www.cbs.go.ke/downloads/pdf/Kenyafacts2006.pdf?SQMSESSID=101561fb04e4511cde553e35a3da421e&SQMSESSID=fc3b2074d3942d3a67e3765d3e40c6ff>

Che Y, Cleland J, Ali M: Periodic Abstinence in Developing Countries: An Assessment of Failure Rates and Consequences. *Contraception* 69:15–21, 2004

Childbirth By Choice Trust. Haettu Internetistä 21.3.2007: [http://www.cbctrust.com/history\\_law\\_religion.php#45](http://www.cbctrust.com/history_law_religion.php#45)

Dovlo D: Using Mid-level Cadres as Substitutes for Internationally Mobile Health Professionals in Africa. *Human Resources for Health* 2 (7): 2004

Duodecim: Lääketieteen termit. 4. painos. Gummerus Kirjapaino Oy. 2002

Erulkar A: The Experience of Sexual Coercion Among Young People in Kenya. *International Family Planning Perspectives* 30 (4): 182–189, 2004

Eskola J, Vastamäki J: Teemahaastattelu: Opit ja opetukset, kirjassa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, 2. painos. WS Bookwell Oy, Juva 2007, 26, 41–43

Export Processing Zones Authority -Kenya: Kenya's pharmaceutical industry 2005. Haettu Internetistä 18.12.2007: <http://www.epzakenya.com/UserFiles/File/Pharmaceutical.pdf>

Family Health International: HIV Counseling and Testing. Haettu Internetistä 14.1.2008: <http://www.fhi.org/en/Topics/Voluntary+Counseling+and+Testing+topic+page.htm>

Ferguson A: Fertility and Contraceptive Adoption and Discontinuation in Rural Kenya. *Studies in Family Planning* 23 (4): 257–267, 1992

Floor K, Vilkkuna J: Kenia: Maakatsaus. Ulkoasiainministeriön kehitysyhteistyöosasto, kirjapaino TT, Porvoo 1991

Forex: Valuuttalaskin. Haettu Internetistä 12.1.2008: [www.forex.fi](http://www.forex.fi)

Geology.com: Kenya Map – Kenya Satellite Image. Haettu Internetistä: 19.12.2007 <http://geology.com/world/kenya-satellite-image.shtml>

Gichangi P, Karanja J, Kigundu C, Fonck K, Temmerman M: Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Emergency Contraception Among Nurses and Nursing Students in Two Hospitals in Nairobi, Kenya. *Contraception* 59 (4): 253–256, 1999

Government of Kenya: National Condom Policy and Strategy 2001–2005, National Aids Control Council; Ministry of Health, Nairobi 2001

Grönfors M: Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä, kirjassa Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, 2. painos. WS Bookwell Oy, Juva 2007, 151–161

Hirsjärvi S, Hurme H: Teemahaastattelu. 5. painos. Yliopistopaino, Helsinki 1991, 73–83

Hirsjärvi S, Hurme H: Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 4. painos. Yliopistopaino, Helsinki 2006, 34–37, 135–176

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P: Tutki ja kirjoita. 10. painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2004, 152–170, 194–195, 201–206, 216–218

Hovatta O: Lapsettomuuden syyt, kirjassa Lääkäriin käsikirja, 7. painos. Gummerus kirjapaino, Jyväskylä 2004, 929

HYKS-instituutti: Antiretroviraalisen hoidon ohjeisto (Arvo). Haettu Internetistä 14.1.2008: <http://www.arvosta.fi/index.php>

International Pharmaceutical Federation: Migration of Pharmacist Global Pharmacy Workforce and Migration Report, part 3: 21–26, 2006. Haettu Internetistä 22.11.2007: <http://www.fip.org/files/fip/HR/final%20report/Part3.pdf>

- Kaler A, Watkins S: Disobedient distributors: Street-level Bureaucrats and Would-be Patrons in Community-based Family Planning Programs in Rural Kenya. *Studies in Family Planning* 32 (3): 254–269, 2001
- Kansanterveyslaitos, infektioepidemiologian ja -torjunnan osasto: HIV Suomessa, Haettu Internetistä 29.12.2007: <http://www.ktl.fi/ttr/gen/rpt/HIVsuo.html>
- Kekäläinen A, Roos J: Päiväntasaajan valo ja varjot – Afrikkalaisten naisten vahvuus ja taakka. Väestöliitto Helsinki 2006
- Kim Y, Kols A, Mucheke S: Informed Choice and Decision-making in Family Planning Counseling in Kenya. *30 (1): 4–11, 42, 1998*
- Kiragu K, Zabin L: Contraceptive Use Among High School Students in Kenya. *International Family Planning Perspectives*, 21:108–113, 1995
- Koponen J: Kehitysmatutkimus – tieto ja toiminta, kirjassa Kehitysmatutkimus, Tammer-Paino Oy, Tampere 2007a
- Koponen J: Kehitysmat ja maailman ymmärtäminen, kirjassa Kehitysmatutkimus, Tammer-Paino Oy, Tampere 2007b
- Koponen J: Kehityksen selvitysmalleja, kirjassa Kehitysmatutkimus, Tammer-Paino Oy, Tampere 2007c
- Käypä hoito: Raskauden keskeytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen lääkärisseura Duodecim, Helsinki 2007. Saatavilla Internetistä: <http://www.kaypahoito.fi>
- Larsen U: Primary and Secondary Infertility in Sub-Saharan Africa. *International journal of Epidemiology* 29 285–291, 2000
- Library of Congress – Federal Research Division Country Profile: Kenya, March 2005. Haettu Internetistä 7.5.2007: <http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/profiles/Kenya.pdf>
- Lindstrand A, Bergström S, Rosling H, Ruberson B, Stenson B, Tylleskär T: *Global Health – An introductory textbook*. Studentlitteratur, Narayana Press 2006, 48
- Luhahi Y, Wanyonyi R: Assessment of Knowledge and Attitude Regarding Voluntary Counseling and Testing Services Among Youth in Meru Central District. *Kenya Nursing Journal* 33 (2):10–16, 2005
- Lääketietokeskus, Haettu Internetistä 30.12.2007: <http://www.laaketietokeskus.fi>
- Measure DHS: Demographic and Health Surveys, Kenya: DHS, 2003 – Final Report. Haettu Internetistä 21.2.2007: [http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?ID=462&ctry\\_id=20&SrchTp=ctry#dfiles](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=462&ctry_id=20&SrchTp=ctry#dfiles)



Ministry of Education: National ICT Strategy for Education and Training in June 2006. Haettu Internetistä 6.5.2007: <http://www.education.go.ke/MOESTDocs/NATIONAL%20ICT%20STRATEGY%20FOR%20EDUCATION%20AND%20TRAINING%20JUNE%202006.pdf>

Ministry of Health: The Kenya National Drug Policy, Republic of Kenya, Nairobi 1994

Ministry of Health: Aids in Kenya, Republic of Kenya, Nairobi 2001

Ministry of Health: Kenya National Health Accounts 2002. Haettu Internetistä 7.5.2007: [http://www.who.int/nha/country/Kenya\\_NHA%202002.pdf](http://www.who.int/nha/country/Kenya_NHA%202002.pdf)

Ministry of Health. Haettu Internetistä 14.4.2007: <http://www.health.go.ke/>

Muga R, Kizito P, Mbayah M, Gakuruh T: Overview of the Health System in Kenya, Service Provision Assessment Survey 2004, Maternal & child health, Family planning and STIs, National Coordinating Agency for Population and Development Nairobi, Kenya, 2005

Muia E, Blanchard K, Lukhando M, Olenja J, Liambila W: Evaluation of an Emergency Contraception Introduction Project in Kenya. *Contraception* 66 (4): 255–260, 2002

Mung'ala L, Kilonzo N, Angala P, Theobald S, Taegtmeier M: Promoting Female Condoms in HIV Voluntary Counselling and Testing Centres in Kenya. *Reproductive Health Matters* 14 (28):99–103, 2006

Musalia J: Gender, Sosial Networks, and Contraceptive Use in Kenya. *Sex Roles* 53 (11/12):835–846, 2005

Siikamäki H, Kainulainen K: Malarian tartunta, taudinkuva ja diagnoosi. Kirjassa *Matkailijan terveysopas 2007*. Duodecim, Kansanterveyslaitos.

Ogola S, Ngatia K ja Solomon M: Family Planning Services, Service Provision Assessment Survey 2004, Maternal & child health, Family planning and STIs, National Coordinating Agency for Population and Development Nairobi, Kenya, 2005

Oindo M: Contraception and Sexuality Among the Youth in Kisumu, Kenya. *African Health Sciences* 2 (1): 33–39, 2002

Opetushallitus: Ennakkotietoja ja arvioita syksyn 2006 koulutuksesta ja uusimpia tilastotietoja oppilaitosten, opiskelijoiden ja opettajien määristä 2006. Haettu Internetistä 6.5.2007: [http://www.oph.fi/info/tilastot/Tiedote\\_ennakkotilasto\\_2006.pdf](http://www.oph.fi/info/tilastot/Tiedote_ennakkotilasto_2006.pdf)

Organon: Lapsettomuustutkimukset, lapsettomuus. Haettu Internetistä 12.1.2008: <http://www.lapsettomuus.com/Lapsettomuustutkimukset/Lapsettomuustutkimukset/index.asp>

PATH: About PATH. Haettu Internetistä 12.1.2008: [www.path.org](http://www.path.org)

PATH: RxGen: Reaching Youth Through Pharmacies, 2004. Haettu Internetistä 20.11.2007: [www.path.org/publications](http://www.path.org/publications)

PATH, Population Council: Tuko Pamoja, Adolescent Reproductive Health and Life Skills Curriculum. Nairobi 2006

Pharmacy and Poison Board: Regulates the Practice of Pharmacy. Haettu Internetistä 21.3.2007: <http://www.pharmacyboardkenya.org/pharmacist.htm>

Pharmacy Schools in Kenya. Haettu Internetistä 21.3.2007: <http://www.a2zcolleges.com/medical/Pharmacy/KENYA.html>

Population of Kendu Bay. Haettu Internetistä 7.1.2008: <http://population-of.com/en/Kenya/07/Kendu-Bay/>

Pulerwitz J, Lillie T, Apicella L, McCauley A, Nelson T, Ochieng S, Mwarogo P, Kiragu K, Kunyanga E: ABC Messages for HIV Prevention in Kenya: Clarity and Confusion, Barriers and Facilitators. Horizons Program, 2006

Ritamies M: Sinappikylvystä ehkäisy pilleriin, suomalaisen perhesuunnittelun historia. Väestötutkimuslaitoksen julkaisusarja D 44/2006, Vammalan kirjapaino, Helsinki 2006, 9–12, 181, 286–287

Rutenberg N, Watkins S: The Buzz Outside the Clinics: Conversation and Contraception in Nyanza Province, Kenya. *Studies in Family Planning* 28 (4): 290–370, 1997

Saastamoinen M: Tunnustaminen, refleksiivisyys ja representaatiot haastattelututkimuksessa 2003. Haettu Internetistä 7.1.2007: <http://www.uku.fi/~msaastam/tunnustaminen.pdf>

Seppänen M: Kaupunkien uhkat ja mahdollisuudet, kirjassa Kehitysmaatutkimus, Tammer-Paino Oy, Tampere 2007

Seppänen M, Koponen J ja Vuola E: Väestö – kehityksen este vai ehto? kirjassa Kehitysmaatutkimus, Tammer-Paino Oy, Tampere 2007

Shauri Janet: RxGen Final Presentation, 13.2.2006, sähköposti 24.10.2007

Sosiaali- ja terveysministeriö: Terveysthuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11, Helsinki 2004

Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaali- ja terveystietokertomus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006/4, Helsinki 2006

Stanback J, Janowitz B: Provider Resistance to Advance Provision of Oral Contraceptives in Africa. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 29 (1):35–36, 2003

Sääksi T: Kenia, päiväntasaajan maa. Gummerus Jyväskylä 1977, s. 23, 27–29, 68–87

Terveysthuollon oikeusturvakeskus: Toimintakertomus 2006

Tiilikainen M: Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa, asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle, Ihmisoikeusliitto, Kainuun Sanomat, Kainuu 2004

Tilastokeskus: Terveys, 2007. Haettu Internetistä 7.5.2007:  
[http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk\\_terveys.html](http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_terveys.html)

Toivonen J: Raskauden ehkäisy. Haettu Internetistä 29.12.2007:  
[http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=sae38000](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae38000), Kustannus Oy Duodecim 2006

Ulkoasiainministeriö: Kehityspolitiikka: Kehityksen mittarit, 2006. Haettu Internetistä 4.4.2007:  
<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=15367&contentlan=1&culture=fi-FI>

UNAIDS, UNICEF, World Health Organization: Kenya – Epidemiological fact sheets on HIV/aids and sexually transmitted infections 2004. Haettu Internetistä 24.1.2008:  
[http://data.unaids.org/Publications/Fact-Sheets01/Kenya\\_EN.pdf](http://data.unaids.org/Publications/Fact-Sheets01/Kenya_EN.pdf)

UNDP (the United Nations Development Programme): Human development index 2005. Human Development Records 2007/2008

UNFPA (United Nations Population Fund) Statistics, state of world population 2005, U.S.A.

Unicef: Kenya, Statistics. Haettu Internetistä 6.5.2007:  
[http://www.unicef.org/infobycountry/kenya\\_statistics.html#26](http://www.unicef.org/infobycountry/kenya_statistics.html#26)

University of Eastern Africa, Baraton. Haettu Internetistä 8.1.2008:  
<http://www.ueab.ac.ke/ind/index.html>

University of Nairobi, School of Pharmacy. Haettu Internetistä 6.10.2007:  
<http://www.uonbi.ac.ke/index.php>

USAID: The Stall in the Fertility Transition in Kenya, DHS Analytical Studies 9, 2006. Haettu Internetistä 23.3.2007: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/AS9/AS9.pdf>

U.S. Department of State: Kenya: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC), 2001. Haettu Internetistä 7.5.2007:  
<http://www.state.gov/g/wi/rls/rep/crfgm/10103.htm>

Warenius L, Faxelid E, Chishimba P, Musandu J, Ong'any A, Nissen E: Nurse-Midwives' Attitudes Towards Adolescent Sexual and Reproductive Health Needs in Kenya and Zambia. *Reproductive Health Matters* 14 (27):119–128, 2006

Werner D: Where There Is No Doctor, a village health care handbook for Africa. 4. painos. The Hesperian Foundation, Malesia 2004

WHO: Essential Medicine. Haettu Internetistä 14.1.2008:  
[http://www.who.int/medicines/services/essmedicines\\_def/en/index.html](http://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/index.html)

Wood C, de Glanville H, Vaughan J: Community Health. 9. painos. Nairobi 2001

World Health Organization: Kenya, HIV/aids, 2005. Haettu Internetistä 6.5.2007:  
[http://www.who.int/HIV/HIVCP\\_KEN.pdf](http://www.who.int/HIV/HIVCP_KEN.pdf)

World nomads adventures: Kenya itinerary: Tribal Tour. Haettu Internetistä 7.1.2008:  
<http://adventures.worldnomads.com/destination/110/itinerary/281.aspx>

Wright K: Defining Infertility. Network 23 (2), 2003

## **Liite 1**

### **Participation for study interview for pharmacists about family planning and use of contraceptives**

Dear Madam/Sir

I am hereby to ask your agreement to participate for my interview. All the information you give will be kept fully confidential.

I am interested of “The role of pharmacists in contraception use and family planning in Kenya”. My purpose is to find out which healthcare professionals are for providing contraceptives and from where can people get them. The plan is to interview pharmacists during my two months stay in Kenya. I am participating in the Public Health Program in Kendu Bay hospital with Finnish medical students.

I am a Finnish pharmacy student from the University of Kuopio, Finland. Finland is one of the Scandinavian countries. My name is Anne Alitalo and I will graduate next year.

If you agree to be interviewed, I would like to record our conversation because I need to transcribe the information. After transcribing, the tapes will be destroyed. I also remove all references to names, places or other things that could be used to identify the interviewed person from my documents. Your attendance will be totally anonymous. You may withdraw at any time from the study.

Your participation is voluntary. I wish that you would like to take a part, as it is very important and valuable to my study.

Thank you in advance.

Yours sincerely,  
Anne Alitalo  
Bachelor in Pharmacy  
University of Kuopio  
Faculty of Pharmacy  
Department of Social Pharmacy  
PL 1627  
70211 Kuopio  
Finland-Europe  
[alitalo@hytti.uku.fi](mailto:alitalo@hytti.uku.fi)  
+358 503833750

Supervisors: Riitta Ahonen, Ph. D. (Pharm.) Professor of Pharmact practice and Leena Lindell-Osuagwu, M.Sc. (Pharm.) Teaching assistant

## Liite 2

### Teemahaastattelurunko

#### Teema 1: Johdatus ja tausta

- Perhetausta
- Koulutus
- Työhistoria
- Työnkuva
- Työn hyvät ja huonot puolet
- Apteekin rakenne
- Muut työntekijät

#### Teema 2: Ehkäisyn käyttö Keniassa

- Käytön yleisyys
- Käyttötarkoitus
- Esteet
- Saatavuus
- Kustannukset
- Lääkeyritysten vaikutus ja rooli

#### Teema 3: Farmasistien rooli ehkäisyneuvonnassa

- Kenelle suositellaan ja mitä ehkäisyä?
- Keiden ei tulisi käyttää ehkäisyä?
- Millaisia tyypilliset asiakkaat (asia + tausta)?
- Miten kokee oman roolinsa verrattuna muihin terveydenhuoltohenkilöihin?
- Kenen tulisi ottaa vastuu ehkäisystä ja perhesuunnittelusta?
- Miten on hoidettu?
- Mihin suuntaan tulisi kehittää?

#### Teema 4: Asenteet ehkäisynkäyttöön ja perhesuunnitteluun

- Miten tavalliset ihmiset suhtautuvat ehkäisyyn ja perhesuunnitteluun?
- Tulisiko ehkäisyn olla kaikkien saatavilla?

- Kuka perheessä päättää ehkäisykäytöstä?
- Entä farmasitit?
- Sukupuolierot

#### Teema 5: Sukupuoliteitse tarttuvat taudit

- Miksi HIV leviää?
- Onko paha ongelma tällä alueella?
- Miten tilanteeseen on yritetty puuttua?
- Mikä olisi hyvä tapa vähentää tartuntoja?
- Miksi aids on niin stigmatisoiva sairaus?
- Mistä ihmiset saavat tietoa HIV:stä?
- Tulisiko abortti olla laillinen jossakin tilanteessa?
- Mitä mieltä abortista?

## Liite 3

### Teemakysymykset farmasisteille

#### Theme 1

- Tell me something about yourself.
- Do you have a family? Any children?
- What education do you have?
- How long have you been at your current work?
- Do you have any previous work experience?
- What are your main tasks here?
- What do you like most in your work? Anything in particular?
- What are the things you don't like? Any downsides?
- Who else works here with you?

#### Theme 2

- What are the methods in birth control in Kenya?
- Which one of the methods is most popular?
- What is the price range of contraceptives?
- Where can you get them?
- Why people use contraceptives?
- Are there any differences between men and women about use of contraceptives?
- Are there any differences between old and young people about use of contraceptives?
- Where can you get information about contraception?
- What things increase the use of contraception? And which ones decrease?
- Do drug/pharmaceutical companies have any effect in the use of contraception?  
How?

#### Theme 3

- Do you sell any contraceptives in pharmacies?
- Do you sell them here? Which ones?
- How would you describe a typical person who buys contraception?



- How much do you sell contraceptives?
- Who do you think shouldn't use contraception?
- How do you see yourself as compared to other healthcare personnel in Kenya concerning contraceptives?
- Who do you think is responsible for birth control and family planning advice in Kenya?
- Do you think that contraceptives are available for everyone?
- How young people can get contraceptives?
- How about family planning advice?
- What do you think could be changed, done better?

#### Theme 4

- How do regular people think about birth control and family planning? Do they approve it?
- How about healthcare personnel?
- How about pharmacists?
- Do you think contraceptives should be more easily available?
- Who do think decides about the use of contraception?
- Do you think that contraceptives should not be sold to young people?
- Do you think that men and women think differently about contraception?
- Does religion/faith affect the use of contraception?
- What do you think about abortion?
- Should abortion be legal in some situations? Which kind of situations?

#### Theme 5

- What do you think about the sexual transferred diseases -situation?
- Why do you think HIV is spreading?
- Has anyone tried to control it?
- Do you think that pharmacists could help?
- What do you think should be done?
- What do you think would be the best way to control sexual transferred diseases?
- How does aids affect on peoples lives?
- What do you think about aids-stigmatization?
  - What causes it?

- Should something be done about it?
- Where do people get information about HIV?
- Do you give advice on HIV?

## Liite 4

### Teemakysymykset perhesuunnitteluhoitajille

#### Theme 1: Introduction and background

- Tell me something about yourself.
- Do you have a family? Any children?
- What education do you have?
- How long have you been at your current work?
- Do you have any previous work experience?
- What are your main tasks here?
- Tell me about your typical workday?
- What do you like most in your work? Anything in particular?
- What are the things you don't like? Any downsides?
- Who else works here with you?

#### Theme 2: Contraceptives use in Kenya

- What are the methods in birth control in Kenya?
- Which one of the methods is most popular?
- What is the price range of contraceptives?
- Where can you get them?
- Why people use contraceptives?
- Are there any differences between men and women about use of contraceptives?
- Are there any differences between old and young people about use of contraceptives?
- Are there any differences between rich and poor people about use of contraceptives?
- Where can you get information about contraception?
- How about lay people? How do they get information? From where? From who? When?
- What things increase the use of contraception? And which ones decrease?
  - Is it shameful to talk about contraception?

- Have attitudes related to family planning changed?
- Do women use contraceptives secretly?
- Is polygamy common in Kenya?
- Is genital mutation common in Kenya?
- Can you have information about family planning and contraceptives from
  - school?
  - hospital?
  - for men/women?
- How would you describe a typical person who byes contraception?
- Who do you think shouldn't use contraception?
- Can young people have contraceptives?
- Who do you think is responsible for birth control and family planning advice in Kenya?
- Do you think that contraceptives are available for everyone?
- How about family planning advice?
- What do you think could be changed, done better?

### Theme 3: Attitudes to contraceptives and family planning

- How do regular people think about birth control and family planning? Do they approve it?
- How about healthcare personnel?
- Do you think contraceptives should be more easily available?
- Who do think decides about the use of contraception?
- Do you think that contraceptives should not be sold/given young people?
- Do you think that men and women think differently about contraception?
- Does religion/faith affect the use of contraception?
- What do you think about abortion?
- Should abortion be legal in some situations? Which kind of situations?

### Theme 4: Sexual transferred disease

- What do you think about the sexual transferred diseases -situation?
- Why do you think HIV is spreading?

- What do you think should be done?
- What do you think would be the best way to control sexual transferred diseases?
- How does aids affect on peoples lives?
- What do you think about aids-stigmatization?
  - What causes it?
  - Should something be done about it?
- Where do people get information about HIV?
- Do you give advice on HIV?