

SEKSUAALITERVEYSKASVATUSPROJEKTI KENIASSA KARIBUNI-
TYTTÖKOULUN OPPILAILLE

Tiina Rantapirkola ja Eeva Saviniemi

Opinnäytetyö, kevät 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Pohjoinen, Oulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK) + diakonin virkakelpoisuus

TIIVISTELMÄ

Rantapirkola, Tiina & Saviniemi, Eeva. Seksuaaliterveyskasvatusprojekti Keniassa Karibuni-tyttökoulun oppilaille. Diak Pohjoinen, Oulu, kevät 2011, 48 s., 5 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja (AMK) / Sosiaalialan koulutusohjelma, Sosionomi (AMK) + diakonin virkakelpoisuus.

Opinnäytetyön tehtävänä oli toteuttaa Keniassa Karibuni-tyttökoulun 14–18-vuotiaille oppilaille seksuaaliterveyskasvatustapahtuma. Opinnäytetyö toteutettiin projektityönä yhteistyössä kenialaisten toimijoiden kanssa kansainvälisen opiskelijavaihdon yhteydessä. Projektin tavoitteena oli koulutuksella rohkaista tyttöjä ottamaan aktiivisesti vastuuta omasta terveydestään. Eri kulttuureissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että seksuaalikasvatus kannustaa vastuulliseen käyttäytymiseen. Seksuaalikasvatusta saaneet nuoret yleensä osaavat pidättäytyä yhdynnästä ja tiedostavat suojaamattomaan seksiin liittyvät riskit.

Tässä työssä seksuaaliterveyskasvatusta lähestytään kulttuurisesta näkökulmasta. Seksuaaliterveyskasvatus nähdään osana koko yhteisön terveyden edistämistyötä. Seksuaaliterveyskasvatuksessa käytettävien aiheiden tulee nousta yhteisön omista tarpeista, jotta se olisi mielekästä. Seksuaaliterveyskasvatuksen tarpeen toivat esille Karibuni-tyttökoulun henkilökunta, ja käsiteltävinä aiheina olivat teiniraskaudet, sukupuolitaudit ja HIV/aids.

Seksuaaliterveyskasvatustapahtuma järjestettiin Karibuni-tyttökoululla kolmen viikon aikana kolmena päivänä viikossa. Koululta saadun palautteen mukaan koulun oppilaat ja henkilökunta kokivat aiheet tärkeiksi ja ajankohtaisiksi. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tyttökoulun oppilaiden kanssa saavutettiin luottamus ja seksuaaliterveyskasvatus antoi tytöille uusia valmiuksia kohdata seksuaaliterveyteen liittyviä haasteita kenialaisessa yhteiskunnassa. Jatkossa haasteena on jatkaa seksuaalikasvatuksen kehittämistä ja vakiinnuttamista Karibuni-tyttökoulussa osaksi tyttöjen terveydenedistämiskoulutusta.

Asiasanat: seksuaaliterveys, Kenia, kulttuurilähtöinen terveyden edistäminen ja kansainvälinen sosiaalityö

ABSTRACT

Rantapirkola, Tiina; Saviniemi, Eeva. Sexual health education project in Kenya for students of Karibuni-School for girls. 48 pages. 5 appendices. Language: Finnish. Oulu, Spring 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree programme in nursing, Degree: Registered nurse / Degree programme in social services, Degree: Bachelor of social services (AMK) + Qualification of Deacon.

The mission of the thesis was to execute a sexual health education event in Kenya for Karibuni School for Girls students aged 14-18. The thesis was executed as a project in association with Kenyan authorities within the international student exchange. The goal of the project was to encourage girls to actively participate in taking responsibility of their own health. Studies made in different cultures indicate that sex education stimulates into responsible behaviour. Young people that have had sex education are generally able to abstain from intercourse and they recognise the risks related to unprotected sex.

In this thesis sexual health education is approached from a cultural perspective. Sexual health education is seen as a part of the whole community's health promotion work. Themes of sexual health education should come from the community's own needs, in order to be meaningful. The need for sexual health education was brought up by the staff of Karibuni School for Girls and the themes were teenage pregnancy, sexually transmitted infections and HIV/aids.

The sexual health education event was carried out in Karibuni School for Girls within a three weeks' period, three times a week. According to the feedback, the students and the staff experienced the themes important and prevailing. As a conclusion it can be said that trust was gained with the students of the school and sexual health education gave them new capacities to face sexual health related challenges in Kenyan society. The follow-up challenge is to continue the development of sexual education and stabilise it as a part of Karibuni School for Girls' health promotion education.

Keywords: sexual health, Kenya, culture based health promotion and international social work

SISÄLLYS

Tiivistelmä.....	2
Abstract.....	3
Johdanto	5
1 Kulttuurilähtöinen seksuaaliterveyden edistäminen Keniassa.....	7
1.1 Kulttuurilähtöinen hoitotyö	8
1.2 Kansainvälinen sosiaalityö	9
1.3 Seksuaaliterveyden tila Keniassa	12
1.4 Seksuaaliterveyden sosiaaliset ulottuvuudet.....	14
1.5 Diakoninen näkökulma seksuaaliterveyden edistämiseen.....	17
1.6 Seksuaaliterveyskasvatus Keniassa	18
2 Projektin suunnittelu ja toteutus	21
2.1 Projektin organisaatio.....	21
2.2 Projektin lähtökohdat ja tausta	22
2.3 Projektin suunnitteluvaihe.....	25
2.3.1 Opettaminen vieraassa kulttuurissa.....	27
2.4 Haastattelut, tiedonhaku ja haastattelujen analysointi.....	29
2.5 Seksuaaliterveyskasvatusprojektin toteutus	30
2.5.1 Teiniraskaudet ja niiden ehkäisy	32
2.5.2 Sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy.....	33
2.5.3 HIV/aids ja sen ehkäisy.....	34
3 Arviointi	37
3.1 Diakonian toteutuminen projektissa.....	41
3.2 Johtopäätökset	42
4 Pohdinta.....	44
4.1 Seksuaaliterveyskasvatusprojektin eettisyyden pohdintaa	46
5 Lähteet	48

LIITE1: INTERVIEW

LIITE 2: EARLY AGE PREGNANCY

LIITE 3 STD'S

LIITE 4: HIV

LIITE 5: OPINNÄYTETYÖ SUUNNITELMA

JOHDANTO

Afrikkalaisen naisen terveyteen vaikuttavia asioita ovat muun muassa väestönkasvu, perheen koko, kulttuuriset ja uskonnolliset perinteet ja käsitykset sekä naisen oikeudet ja asema.(Kekäläinen & Roos 2006, 11). Seksuaaliterveyskasvatus on olennainen osa terveyden edistämistä niin kehitysmaissa kuin länsimaissakin. Tämä projekti pyrki omalta osaltaan yhteistyökumppaneiden kanssa luomaan kohde-ryhmälle edellytykset holistisen terveyden kokemiseen. Seksuaaliterveyskasvatusprojektin tarkoituksena oli tyttöjen kouluttamisen välityksellä parantaa heidän sosiaalista ja terveydellistä tilannettaan. Projektin tarkoituksena oli saada yksilö ymmärtämään syy- ja seuraussuhde sosiaali- ja terveystalalla, esimerkiksi terveysongelmista aiheutuvat sosiaaliongelmien tai sosiaalisten ongelmien vaikutus terveyteen. Tehtävänä oli syksyllä 2009 valmistella 14—18-vuotiaille Karibuni-tyttökoulun oppilaille seksuaaliterveyskasvatustapahtuma sekä toteuttaa se kolmen viikon aikana.

Tämä opinnäytetyö sijoittuu Länsi-Keniaan Bungoman piirikunnassa sijaitsevaan Sirisian alueeseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli seksuaaliterveyskasvatuksen keinoin muuttaa niitä ihmisen uskomuksia ja tapoja, jotka vaikuttavat heidän terveyteensä. Sen tärkein tavoite on kouluttamisen välityksellä rohkaista ihmisiä osallistumaan aktiivisesti ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Jotta ihmisten käyttäytymisen muuttaminen seksuaaliterveyskasvatuksen kautta onnistuisi, on tärkeä huomioida ihmisten uskomukset ja niihin liittyvät harjoittamiset. Ihmiset ovat todennäköisesti halukkaampia kuuntelemaan henkilöä, joka osoittaa tietämyksensä heidän terveysuskomuksistaan ja on halukas keskustelemaan niistä. (Were 2005, 130–133.)

Kenian suurimpia terveydellisiä haasteita ovat maan HIV-tilanne ja äitilapsikuolleisuus. Keniassa HIV/aids-epidemia on levinnyt erittäin laajalti ja muodostaa suuren haasteen maan terveydenhuoltojärjestelmälle. (Opetushallitus 2009.)

Vuonna 2008 Kenian väestöstä noin 8 % eli 1,3—1,6 miljoonaa oli HIV-positiivisia. Tartunnan saaneista 33 prosenttia oli 15—30-vuotiaita. Kaikista HIV-tartunnan saaneista vain 84 % oli tietoisia tartunnastaan. Tutkimusten mukaan suurin riskiryhmä ovat 15—24-vuotiaat. Ikäryhmän naisilla on 5,5 kertaa suurempi todennäköisyys saada HIV-tartunta kuin samanikäisillä miehillä. (UNGASS 2008.)

Erityisen huolestuttavaa tilanteen kehitys on raskaana olevien naisten kohdalla. Kenian teiniraskauksien määrä on yksi Afrikan suurimmista. Synnytyskomplikaatiot ja vaaralliset abortit ovat suurin syy alle 20-vuotiaiden kuolleisuuteen. Kuolemanriski saattaa olla jopa 2—4 kertaa korkeampi, mikä riippuu naisen terveydellisestä ja sosioekonomisesta tilanteesta. (Lema & Njau 1988, 5—10.) Vuonna 2007 noin 9,6 prosenttia raskaana olevista 15—49-vuotiaista naisista oli HIV-tartunnan saaneita. (Opetushallitus 2009). Keniassa on arviolta 2,4 miljoonaa orpolasta, joista noin 50 % on jäänyt orvoiksi aidsin vuoksi. Aids on sosiaalinen ja taloudellinen katastrofi maalle. Maan sairaalapaikoista yli puolet on varattuna HIV:hen/aidsiin liittyvistä infektioista kärsiville potilaille. Erityisesti kouluikäiset orvot ovat vaarassa ilman perheen suojaverkostoa, ja usein he päätyvät muita helpommin kadulle tai lapsityöläisiksi. (UNGASS 2008; Ulkoasiainministeriö 2006.)

1 KULTTUURILÄHTÖINEN SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN KENIASSA

Seksuaaliterveyden määrittelyssä usein käytetään vuodelta 2002 olevaa Maailmanterveysjärjestön (WHO:n) määrittelyä. WHO:n määritelmän mukaisesti seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvä fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Seksuaaliterveys käsittää kaiken seksuaaliseen kehitykseen, sukupuolielämään ja sukupuolielimiin liittyvän. Hyvää seksuaaliterveyttä on esimerkiksi mahdollisuus turvalliseen aborttiin, sukupuolitautilien ehkäisy ja hoito sekä mahdollisuus käyttää luotettavia ehkäisymenetelmiä. Olennaisesti myös raskaudenaikainen hoito sekä sukupuoliin liittyvän väkivallan ja perinnäistapojen vastustaminen ja vähentäminen ovat osa seksuaaliterveyttä. (Alkio, Mattila & Tuominen 2004; WHO 2004.)

Seksuaaliterveyden edistäminen tarkoittaa yksilöiden ja yhteisöjen terveydentilan parantamista. WHO määrittelee seksuaaliterveyden edistämisen olevan prosessi, jolla pyritään lisäämään ihmisten mahdollisuuksia hallita ja parantaa terveyttään. Yksi seksuaaliterveyden edistämisen päätarkoituksista on lisätä ihmisen mahdollisuuksia hallita omaan terveyteensä vaikuttavia elämänalueita. Seksuaaliterveyden tärkeimmät osatekijä-alueet ovat yhteiskunnallisia, taloudellisia ja ympäristötekijöitä, joihin yksilön ja jopa yhteisön on usein hyvin vaikea vaikuttaa. Seksuaaliterveyden edistäminen mahdollistuu korostamalla terveyden merkitystä, puolustamalla ja tukemalla terveyttä sekä nostamalla terveyskysymykset yksilöiden ja viranomaisten asialistan kärkeen. (Koskinen-Ollonqvist & Savola 2005, 8—12; WHO 1998,14.)

Seksuaaliterveyden edistämisen kulttuurisidonnaisuudella tarkoitetaan vallitsevan kulttuurin ja sen ominaispiirteiden huomioimista lähtökohtaisesti jo suunnitteluvaiheessa. Saman mallin tai ohjeiden toteuttaminen sekä palveluiden tarjoaminen kaikille ei onnistu, sillä ihmisten arvot ja tapa hoitaa terveyttään ovat kulttuurisidonnaisia. Terveydenedistäjän on huomioitava yksilön ja yhteisön sen hetkinen kehi-

tys- ja elämänvaihe, ympäristö sekä kulttuuri tai kulttuurit, joissa eletään. Jos kohdeyksilöä tai ryhmää katsellaan asiantuntijan koulutuksen, tapojen, arvojen ja asenteiden suodattamana, toiminnan tulokset saattavat jäädä odotettua huonommiksi. Kulttuurisidonnaisuudesta vapautuminen edellyttää oman koulutuksen, sosiaalisen ryhmän, roolin ja omien oletusten ylittämistä. Tällöin on mahdollista eläytyä kohdeyksilöönsä tai ryhmäänsä ja aidosti kuunnella heitä. (Hakulinen, Hirvinen & Koponen 2002, 35—38.)

Ihmisten välisissä suhteissa ja yhteisöissä huomioidaan ihmisten kulttuuriset lähtökohdat, ja kanssakäymistä leimaa erilaisuuden kunnioitus, tasa-arvoisuus ja yhdenvertaisuus. Asiakkaan ulkomaalaisuutta ei tule pitää asiakassuhdetta hallitsevana ongelmana tai ominaisuutena. Kulttuurilähtöisessä työssä työntekijän tulee sisäistää, että eri ihmisten ajattelu ja käyttäytyminen eivät pohjaudu samanlaiselle maailmankuvalle. Kulttuurin kohtaamisen edellytyksenä voidaan pitää työntekijän tietoisuutta omista kulttuurisista asenteista, traditioista, ihanteista, ennakkoluuloista ja normeista. Työntekijän tulee ymmärtää, millaisille kulttuurisille käsityksille toisen ihmisen käyttäytyminen ja ajattelu perustuvat. (Arvilommi 2005, 20—23; Koskinen 2009, 18—19.)

1.1 Kulttuurilähtöinen hoitotyö

Kulttuurien parissa tehtävästä hoitotyöstä käytetään nimitystä transkulttuurinen hoitotyö, jonka päämääränä on asiakkaan kulttuurisen taustan huomioiminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Koskinen 2009, 18–19). Transkulttuurisen hoitotyön ja inhimillisen hoidon teorian johtohahmo on Madeleine Leininger. Transkulttuurinen hoitotyö on alue, joka keskittyy eri kulttuurien ja osakulttuurien hoitamiskäyttäytymiseen sekä terveyttä ja sairautta koskeviin arvoihin, uskomuksiin ja käyttäytymismalleihin. Leiningerin mukaan hoitotyön teoriassa täytyy pyrkiä selvittämään yksilöiden, perheiden ja ryhmien kulttuurisiin elämäntapoihin perustuvaa hoitamiskäyttäytymistä. Teorian mukaan kulttuurin pohjalta pystytään muodosta-

maan kaikkein kokonaisvaltaisimmin käsityksiä ihmisistä, ymmärtämään heitä ja toimimaan tehokkaasti heidän parissaan. (Alexander ym. 1994, 413—414; Leininger 1997, 341–347.)

Transkulttuurisen hoitotyön teorian pääelementtejä Leininger kuvaa auringonnousumallilla. Ympyrän yläpuolisko kuvaa yhteiskuntarakenteen osatekijöitä ja maailmankatsomuksellisia tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitoon ja terveyteen kielen ja ympäristön välityksellä. Nämä tekijät vaikuttavat suoraan mallin alempaan puoliskoon sijoitettuihin kansanomaisiin, ammatillisiin ja hoitotyön järjestelmiin. Kulttuurilähtöisessä hoitotyössä tulee huomioida auringonnousumallin ympyrän yläpuoliskon maailmankatsomukselliset ja yhteiskuntarakenteeseen vaikuttavat osatekijät. Tiedostamalla nämä tekijät terveydenhuollon ammattilainen osaa paremmin toimia vallitsevan kulttuurin mukaisesti. (Alexander ym. 1994, 413—414; Leininger 1997, 341–347.)

1.2 Kansainvälinen sosiaalityö

Sosiaalityön tavoitteena on lisätä hyvinvointia edistämällä yhteiskunnallista muutosta sekä ihmissuhdeongelmien ratkaisua, elämänhallintaa ja itsenäistymistä. Välineenä sosiaalityö käyttää sosiaali- ja käyttäytymisteoreettista sekä yhteiskunnan järjestelmää koskevaa tietoa. (IFSW 2009.)

Sosiaalityön perustana on ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen sekä sosiaaliseen oikeudenmukaisuuden edistäminen. Sosiaalityö toimii sosiaalisen yhteenkuuluvuuden lisäämiseksi työskentelemällä köyhyyden vähentämiseksi ja heikkojen ja sorrettujen ihmisten vapauttamiseksi yhdessä heidän kanssaan. Sosiaalityöntekijöiden tulee tukea ja puolustaa jokaisen yksilön fyysistä, psyykkistä, emotionaalista ja henkistä koskemattomuutta ja hyvinvointia. Sosiaalityöntekijöillä on myös velvollisuus edistää sosiaalista oikeudenmukaisuutta sekä yksittäisen asiakkaan että koko yhteiskunnan tasolla. (IFSW 2009.)

Kansainvälisen sosiaalityön käsitettä voidaan määritellä monella eri tavalla. Termi *international social work* on käsitteenä vanha, mutta suomalaisessa sosiaalialan

keskustelussa se ei ole kovin tunnettu. (Tapanainen 2009, 7.) Warren G Bennisin määritelmän mukaan kansainvälinen sosiaalityö sisältää auttamistyön, sosiaalialantyöntekijöiden ideoiden vaihdon kansainvälisissä tapaamisissa, sekä maiden ja hallitusten välisen sosiaalialan työskentelyn. (Healy 2001, 6). Kansainvälinen sosiaalityö on käytännön ala, jossa merkittävänä seikkana ovat sosiaalialantyöntekijöiden ammatilliset tiedot ja taidot. Tämä mahdollistaa sosiaalialantyöntekijöiden työskentelyn kansainvälisissä järjestöissä. Lisäksi termiin on myös sisällytetty maahanmuuttajien ja pakolaisten parissa tehtävä sosiaalityö kotimaassa. (Xu 2006.) Kansainvälinen sosiaalityö yleisesti määritellään suppean ja laajan tulkinnan mukaisesti. Suppealla tulkinnalla tarkoitetaan toimintaa kansainvälisellä tasolla eli toimintaa kansainvälisissä projekteissa, muun muassa YK:n eri ohjelmissa. Laajalla tulkinnalla puolestaan käsitetään kaikki kansainvälisyyteen liittyvät sosiaalityön toiminnat eli kaikki sosiaalityön osa-alueet, jotka ylittävät kansalliset ja kulttuuriset rajat. (Healy 2001, 6.)

Healy (2001, 5–13) näkee kansainvälisen sosiaalityön kansainvälisenä toimintana (*international action*). Sosiaalialantyöntekijöillä on sekä mahdollisuus että myös velvollisuus ottaa osaa kansainväliseen toimintaan. Healy jakaa kansainvälisen toiminnan neljään eri osa-alueeseen:

- 1) kansainvälisyyteen liittyvä kotimainen käytäntö
- 2) ammatillinen vaihto
- 3) kansainvälinen käytäntö sekä
- 4) kansainvälisen toimintatavan kehittäminen ja edistäminen. (Tapanainen 2009,8.)

Kansainvälisyyteen liittyvällä kotimaisella käytännöllä tarkoitetaan kotimaassa tehtävää sosiaalityötä, joka liittyy kahteen tai useampaan eri maahan. Kotimaisen käytännön työssä tulee kehittää ja tuoda esille sosiaalisia näkökohtia oman maan ulkopoliitikassa. Ammatillinen vaihto on kansainvälisen sosiaalityön toiminnan osa-alue, jolla tarkoitetaan kykyä vaihtaa kansainvälisesti sosiaalityön tietoa ja kokemuksia. Näin ollen tietoa ja kokemuksia on mahdollista soveltaa kotimaassa tehtävän sosiaalityön käytännön ja sosiaalipolitiikan kehittämiseen. (Healy 2001, 7–11.)

Kolmantena oleva osa-alue on kansainvälinen käytäntö, joka tarkoittaa sosiaalityön suoraa resurssointia kansainväliselle kehitystyölle. Käytännössä sosiaalityön ammattihenkilöt työskentelevät erilaisissa kansainvälisissä kehitystyön organisaatioissa. Vieraassa maassa tehtävän työn onnistuminen edellyttää sosiaalialatyöntekijältä kansainvälisen tiedon yhdistämistä laajasti sosiaalityön ammattitaitoon. Käytännön työssä näitä taitoja yhdistetään kehitykselliseen näkökulmaan, tietoon kansainvälisestä kontekstista sekä kommunikointitaitoihin ja monikulttuurisessa työssä tarvittavaan hienovaraisuuteen. (Healy 2001, 10–12.)

Neljäntenä osa-alueena on kansainvälisen toimintatavan kehittäminen ja edistäminen. Lähtökohtaisesti työssä tulee ottaa huomioon paikallinen, alueellinen, kansallinen ja kansainvälinen taso, eikä ainoastaan keskittyä kansainväliseen tasoon. Useiden eri käytäntöjen yhdistämisellä halutaan välttää länsimaisen käytännön liiallinen painottaminen. (Cox & Pawar 2006, 20–21.) Sosiaalityö on käytännössä ja ydinarvoiltaan samanlaista kaikkialla, vaikka maailmassa on suuria sosioekonomisia, poliittisia ja kulttuurisia eroja. Kaikkialla maailmassa sosiaalialatyöntekijät käsittelevät työssään esimerkiksi nälän, köyhyyden, kodittomuuden, sairauden, ympäristön tuhoutumisen, epätasa-arvoisuuden ja väkivallan vaikutuksia. Kansainvälisessä sosiaalityössä työntekijältä vaaditaan ymmärtämystä globaaleista tapahtumista, vaikutteista ja ongelmista sekä kansainvälisen tiedon hyödyntämistä käytännön työssä. Tällöin on mahdollista liittää kansainvälisiä ja kulttuurien välisiä ulottuvuuksia kohdemaan paikallisiin tapahtumiin. (Lyons 1999, 8–9; Lyons, Manion & Carlsen 2006, 12.) Lisäksi työn onnistumisen edellytyksenä ovat kulttuurienvälisen kommunikaation taidot sekä kohdemaassa olevien poliittisten rajoitteiden tunnistaminen, jotka ovat esteenä tiettyjen sosiaalisten toimintojen toteuttamiselle. (Healy 2001, 12–13).

1.3 Seksuaaliterveyden tila Keniassa

Afrikan alueella on suuria seksuaaliterveydellisiä haasteita, kuten äiti- ja lapsikuolleisuus, sukupuolitaudit, vaaralliset abortit sekä väkivaltaisuus naisia ja lapsia kohtaan. 1990-luvun loppupuolella seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset tulivat entistä ajankohtaisemmiksi, ja tärkeämmiksi lisääntyneiden HIV-tartuntojen myötä. Kenian väestöstä noin 1,3—1,6 miljoonaa on HIV-positiivisia, joista naisia on 9,2 % ja miehiä 5,8 %. (UNGASS 2008.)

Vuonna 2003 tehdyn Kenya Demographic and Health Surveyn kyselyyn osallistuneista 15—24-vuotiaista naisista vain 34 % osasi kuvata oikein HIV:n/aidsin leviämistavat. Tutkimuksissa kävi ilmi, että koulussa olevien tyttöjen tietämys asiasta oli todennäköisempää kuin niiden tyttöjen, jotka eivät käyneet koulua. Ikäryhmän naisista 30 prosenttia ja miehistä 84,4 prosenttia oli ollut yhdynnässä satunnaisen kumppanin kanssa edellisen vuoden aikana. Vain 25,4 % vastanneista naisista ja 46,8 % miehistä käytti yhdynnän aikana kondomia. (UNGASS 2008.)

Keniassa on yli miljoona aids-orpoa, koska monet lapset jäävät orvoiksi sekä isän että äidin kuoltua aidsiin. Tartuntariskiryhmässä suurimmassa vaarassa ovat perheet, joissa toinen puolisoista on jo saanut HIV-tartunnan, seksityöntekijät ja heidän asiakkaansa, nuoret naiset, suonensisäisiä huumeita käyttävät, vangit sekä homoseksuaalit. Varhainen avioituminen, raiskaukset ja tietämättömyys sairaudesta lisäävät riskiä saada HIV-tartunta. Fysiologisesti herkkiä HIV-tartunnalle ovat erityisesti nuoret naiset, joilla tartunta on jopa neljä kertaa useammin kuin nuorilla miehillä. Aidsin leviäminen liittyy voimakkaasti naisten huonoon asemaan. (UNGASS 2008.)

Kenian teiniraskauksien määrä on yksi Afrikan suurimmista. Liian nuorena rasakaaksi tuleminen voi olla vaarallista sekä äidille että lapselle. Synnytyskomplikaatiot ja vaaralliset abortit ovat suurin syy alle 20-vuotiaiden kuolleisuuteen. Kuolemanriski saattaa olla jopa 2—4 kertaa korkeampi, mikä riippuu naisen terveydelli-

sestä ja sosioekonomisesta tilanteesta. Riskit ovat suurimmat köyhillä naisilla, joilla on vähiten mahdollisuuksia synnytyksenaikaiseen hoitoon. Teini- ja vahinkoras-kaudet ovat vaarallisia erityisesti, koska Keniassa abortit ovat sallittuja vain ras-kauden ollessa vaarallista äidille. Tämän seurauksena tytöt päätyvät laittomiin ja vaarallisiin abortteihin sekä synnyttämään epähygieenisissä olosuhteissa. Useiden tutkimuksien mukaan Keniassa seksuaalisen aktiivisuuden taso on korkea, huoli-matta siihen liittyvän tiedon vähäisyydestä. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että suuri osa kenialaisista nuorista ei useimmiten tiedä seksin seurauksista. (Lema & Njau 1988, 5—10.)

Keniassa teiniraskaudet johtavat yleensä väistämättä koulunkäynnin keskeytyk-seen, joko tytön omasta tai koulun aloitteesta. Monet tytöistä yrittävät välttää kou-lunkäynnin keskeyttämisen päätyessä laittomaan aborttiin. Yleistä on myös lapsen hylkääminen heti synnytyksen jälkeen, jos tyttö on onnistunut salaamaan raskau-tensa eikä ole avioitunut. Raskaana olevan tytön on usein solmittava avioliitto lap-sen isän kanssa, halusi hän sitä tai ei. Teiniraskaudet aiheuttavat ongelmia sosiaa-lisissa suhteissa tytön ja hänen perheensä välille, ja pahimmillaan se johtaa per-hesiteiden katkeamiseen. Tiedonpuute raskaudenhoidosta on myös yksi yleisim-mistä asioista, sillä raskauteen sekä yleisesti seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhutaan harvoin perheen piirissä. Näin tytön tulisi hakeutua terveydenhuollon pii-riin, mutta useimmille se on vaikeaa häpeän vuoksi, ja monet salaavat raskautensa jopa synnytykseen saakka. Synnytyksen jälkeen tyttöjen on huolehdittava lapsis-taan. Kouluttamattomuuden vuoksi työnsaanti on vaikeaa, ja näin lapsen koulutta-minen tulevaisuudessa on vaikeaa köyhyyden vuoksi. Usein teiniraskaudet johta-vat prostituutioon, koska äidillä ei ole varaa elättää itseään eikä lastaan. Nuorena äidiksi tulleen puutteellinen kyky huolehtia lapsesta aiheuttaa usein lapsen aliravit-semusta sekä puutteita hygieniasta huolehtimisessa. (Akai, Paul, henkilökohtainen tiedonanto 18.11.2009; Johns Hopkins School of Public Health 1995; Mukhaweka, George, henkilökohtainen tiedonanto 15.10.2009.)

Keniassa sukupuolitautilien määrä on Afrikan aikuisväestön korkein. On olemassa vahvaa näyttöä siitä, että sukupuolitaudit nopeuttavat HIV:n siirtyvyyttä vahvistamalla sen tartuttavuutta ja alttiutta. Tästä syystä sukupuolitautilien ehkäisy ja hoito ovat tärkeä osa HIV:n kontrolloimista. Sukupuolitautilien määrä onkin laskenut HIV-tietoisuuden myötä. Tämä on pitkälti ilmaisen testauksen ja hoidon ansiota. Jos sukupuolitautilien määrä on korkea, on myös mahdollisuus korkeisiin seksuaalisen kanssakäymisen kautta leviävän HIV:n lukemiin. Tartuntariskiinkin vaikuttavia käyttäytymismenetelmiä ovat muun muassa seksuaalikumppaneiden vähentäminen, seksin aloittamisen viivästyttäminen ja kondominkäytön markkinointi. Kondominkäytön lisääntymiselle on tarvetta erityisesti nuorten aikuisten parissa. Vuoden 2006 Kenya Demographic and Health Survey- kyselyn mukaan kondomia kertoi edellisellä yhdyntäkerralla käyttäneensä 24 % 15—24-vuotiaista naisista, joilla oli ollut useampi kuin yksi kumppani viimeksi kuluneen vuoden aikana. Miehillä vastaava luku oli 46 %. Tilastot ovat pysyneet samana vuodesta 2003 lähtien. (Unicef 2004, 7; UNGASS 2008.)

1.4 Seksuaaliterveyden sosiaaliset ulottuvuudet

Köyhyys, syrjäytyminen ja hyvinvointi ovat kenialaisen naisen seksuaalikäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Köyhyys on moniulotteista puutetta elämän perustarpeista ja hyvinvoinnista. Käytännössä köyhyyttä on puhtaan juomaveden puute, huono ravinto, surkeat asuinolot sekä puutteellinen saniteettihygienia. Kehitysmaissa köyhyys näkyy terveydenhuollon puutteena, lukutaidottomuutena ja koulutuksen puutteena, syrjäytyneisyytenä yhteiskunnasta, turvattomuutena sekä epätaasa-arvona. Lisäksi köyhyyteen vahvasti liittyvät huonot ihmisoikeudet, sillä ihmisillä ei ole tasa-arvoisia mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan tai vaikuttaa edes oman elämäntilanteensa parantamiseen. Köyhyysrajan tuntumassa ja alapuolella olevien ihmisten elämälle ominaista on myös sen haavoittuvuus. Esimerkiksi sairauden tai sadonmenetyksen vaikutukset ulottuvat koko perhee-

seen. Tällöin perheen talous saattaa romahtaa ja perhe suistuu köyhyyteen lyhyemmäksi tai pidemmäksi ajaksi. (Junttila 2006.)

Köyhyyden määrittelyssä käytetään yleisesti absoluuttisen sekä suhteellisen köyhyyden käsitteitä. Absoluuttisella köyhyydellä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihmisen tulot eivät riitä olennaisten perustarpeiden, kuten ruoan, asunnon ja perusterveydenhuollon hankkimiseen. Tällöin myös elossa säilyminen voi olla uhattuna. Suhteellisella köyhyydellä tarkoitetaan köyhyyttä suhteessa yhteiskunnan tai yhteisön yleiseen varallisuuteen. Köyhiksi määritellään ihmiset, joiden tulot jäävät yhteiskunnan mediaanitulosta alle puoleen, puhuttaessa tulosta jonka ala- ja yläpuolella on yhtä monta kansalaista. Lisäksi köyhäksi määritellään ihminen silloin, kun hänellä ei ole mahdollisuutta elää yhteiskunnassa tyypillisenä pidettyä elämäntyyliä. Tällaisessa tilanteessa köyhillä on puutteelliset resurssit, heillä ei varallisuutta, koulutusta tai verkostoa. (Junttila 2006.)

Seksuaaliterveyteen vaikuttaa muun muassa ympäristö. Esimerkiksi slummien tyttöillä on riski joutua raiskatuksi jo viisivuotiaana. Myös köyhyys vaikuttaa suurelta osin seksuaaliterveyteen, sillä köyhillä ei ole varaa koulutukseen, ja tämä lisää tiedonpuutetta seksuaaliterveysasioissa. Usein köyhiä pakotetaan seksiin, mikä usein johtaa prostituutioon, kun elinkeinoa ei muulla tavoin löydy. Tiedonpuutteen ja köyhyyden vuoksi useat tytöt tulevat raskaaksi tai ovat raskaana tietämättään. (Kipmenwo, Mary, henkilökohtainen tiedonanto 5.3.2010.)

Syrjäytyminen on prosessi, jossa yksilöä ja yhteiskuntaa yhdistävät sidokset heikenevät. Syrjäytyminen näkyy muun muassa sulkeutumisenä koulutus-, työ-, ja asuntomarkkinoiden ulkopuolelle. Yleisesti syrjäytyminen määritellään olevan yhdistelmä taloudellista, sosiaalista, terveydellistä, ja koulutuksellista huono-osaisuutta. Ihmisiltä, joita luonnehditaan syrjäytyneiksi, puuttuu erilaisia täysipainoisen elämän kannalta olennaisia resursseja. (Juhila 2006, 50–55; Helne 2002; Ollila 2008, 168.) Syrjäytymisellä tarkoitetaan myös sivuun joutumista sosiaalisista suhteista, vaikuttamisesta ja vallankäytöstä. Lisäksi syrjäytyminen on sivuun jou-

tumista mahdollisuudesta osallistumaan työhön, kulutukseen ja yhteisölliseen toimintaan. (Laine, Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2010, 11–12.) Huono seksuaaliterveydentila Keniassa aiheuttaa syrjäytymistä perheestä, yhteisöstä ja yhteiskunnasta. Esimerkiksi HIV-infektiota sairastava nuori todennäköisesti salaa sairautensa häpeän vuoksi tai yhteisöstä syrjityksi tulemisen pelossa. Nuorelle on tyypillistä myös eristäytyä sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle edellä mainituista syistä.

Hyvinvointi laajassa merkityksessä viittaa siihen, mitä ihmisellä on kun eletään hyvää elämää. Hyvinvoinnin kokemus on jokaisen yksilön subjektiivinen tulkinta tilanteestaan. Hyvinvoiva ihminen pystyy kohtaamaan vastoinkäymisiä. Kokiessaan hyvinvointia yksilö kokee olevansa tasapainossa itsensä ja ympäristönsä kanssa, joten se ei ole pelkästään pahoinvoinnin poissaoloa. Näin ollen hyvinvoinnin ylläpitoon tähtäävät toimet ovat sekä ennaltaehkäiseviä, että jo ilmenneitä ongelmia korjaavia toimia. Ihmisen hyvinvointiin ja elämänlaatuun vaikuttavat oleellisesti muun muassa terveys, työ, ihmissuhteet ja ympäristö. (Jyväskylän yliopisto 2006.)

Ihmisten seksuaalinen aktiivisuus on pitkälti sosiaalisesti rakennettu. Kaikki yritykset vähentää ei-toivottuja teiniraskauksia ja sukupuolitauteja sekä HIV-infektiota ovat myös sosiaalisessa kontekstissa. Nuorten vaikutteita ja arvoja sukupuolisuhteita kohtaan voidaan kehittää ja tällä tavalla vaikuttaa heidän päätöksensä osallistua tai viivyttää seksuaalista kanssakäymistä. Kun kulttuurissa vallitsevat huonot ja epäterveelliset mallit tunnistetaan, voidaan kulttuurisesti asianmukaisella koulutuksella ja julkisen terveydenhuollon toimenpiteitä muuttamalla alkaa rikkoa näitä vahingollisia ja itsetuhoisia malleja. Sosiaalityön avulla voidaan vaikuttaa epäterveellisiin kulttuurimalleihin, koska interventio kehitysprosessissa on sidoksissa kansainvälisen sosiaalityön arvoihin, joita ovat ihmisen kunnioittaminen, tasa-arvon ja ihmisarvon luominen kaikille ihmisille. Ihmisoikeudet ja yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus toimii motivaationa ja perusteluna sosiaalityön toiminnoissa. Edistämällä heikommassa asemassa olevien sosiaalista osallisuutta, voidaan sen avulla vaikuttaa myös köyhyyden vähentämiseen. (Cox, Frost, Gerritsen-McKane, Panos & Panos 2009.)

Sosiaalityön tutkijat Cox ym. ovat raportoineet tuloksista Stay Alive Hiv/aidsin ehkäisy-ohjelmassa, jota käytetään kulttuurilähtöisessä kehittämistyössä. Ohjelman tarkoituksena on kehittää ja käsitellä useita eri kulttuurimalleja muun muassa Keniassa sekä työskennellä eri kulttuureissa. Raportissa todettiin, että nuoret naiset eivät ymmärrä, että heillä on oikeus kieltäytyä miesten ja erityisesti kylän johtajien seksuaalisesta lähentelystä. Tutkijat havaitsivat kuitenkin, että eri kulttuureissa nuorilla naisilla oli oikeus suojella heidän perheitään. Jotta nuoria voidaan opettaa sisäistämään oikeutensa, tulee ohittaa kulttuurinen käyttäytymismalli, ja nuoria tulee opettaa miesten ja kylän johtajien käyttäytymistä kyseenalaistamatta. Näin ollen Stay Alive-ohjelma suosittelee kehittämistyöntekijöitä opettamaan nuorille naisille, että kieltäytymällä seksuaalisesta lähentelystä ja kanssakäymisestä, he suojelevat nykyisiä sekä tulevia perheitään. (Cox ym. 2009.)

1.5 Diakoninen näkökulma seksuaaliterveyden edistämiseen

Diakonian tehtävänä on etsiä, poistaa ja lievittää ihmisten kärsimystä ja hätää. Diakonian tavoitteena on parantaa ja eheyttää ihmistä yksilönä ja yhteisössä sekä selviytymään vaikeuksienkin keskellä. Lisäksi diakonia pyrkii edistämään oikeudenmukaisuutta ja luomakunnan eheyttä sekä toimimaan ihmisarvoisen elämän edellytysten luomiseksi. (Suomen evankelisluterilainen kirkko 2009.) Diakoniatyön tavoitteena on lievittää hätää auttamalla niitä, joita muu yhteiskunnan tuki ei tavoita, sekä vaikuttaa yhteiskunnan rakenteisiin. (Juntunen, Grönlund & Hiilamo 2006, 6.)

Kansainvälisellä diakonialla tarkoitetaan kirkkojen tai kristillisten järjestöjen tekemää kansainvälistä avustustoimintaa. Näitä ovat kehitysyhteistyö, humanitaarinen apu, rauhan- ja sovinnontyö sekä ihmisoikeuksien puolustaminen. Kansainvälinen diakonia toimii diakonisen periaatteen mukaisesti kaikkein köyhimpien ja syrjäytettyjen ihmisten, ihmisryhmien ja kansojen parissa. Tällä ei pyritä mielipiteen tai va-

kaumuksen muuttamiseen. Kansainvälinen diakonia on osa kirkon kansainvälistä vastuuta. (Kirkon Ulkomaanapu 2009.)

Diakoniatyön periaatteena on auttaa lähimmäisiä heidän lähtökohdistaan käsin. Sekä autettava että auttaja ovat tasavertaisia keskenään. (Rintatalo 2000 190; Hakala 2002, 234.) Lisäksi diakonityön tehtävänä on tukea ihmistä kokonaisvaltaisesti, ja sen osana on myös ihmisen inhimillinen todellisuus. Tällöin pelkkä henkisen elämän ja hengellisyyden tukeminen ei ole riittävää. Diakoniatyöhön kuuluu olennaisesti ihmisen sosiaalisten ja yhteiskunnallisten olojen parantaminen sekä materiaalisten tarpeiden tukeminen. Näiden diakonian perustehtävien myötä mahdollistuvat usko ja hyvä elämä muillekin kuin hyväosaisille. (Faith in the city 1985, 50; Rintatalo 1999; 18.)

Seksuaaliterveydentila Keniassa on huolestuttava ja kansainvälisellä diakoniatyöllä on vastuu myös huomioida ja parantaa seksuaaliterveyden tilaa. Seksuaaliterveydentilaa parantamalla voidaan vaikuttaa ihmisen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Tässä opinnäytetyössä seksuaaliterveyskasvatuksella pyritään kansainvälisen diakonityön periaatteiden mukaisesti erityisesti naisten ja nuorten tyttöjen aseman parantamiseen sekä köyhyyden ja syrjäytymisen ehkäisyyn. Keniassa yhteiskunnallinen tuki naisten ja tyttöjen aseman parantamiseksi on puutteellista kulttuurisista, yhteisöllisistä ja yhteiskunnallisista syistä johtuen. Kansainvälisellä diakoniatyöllä seksuaaliterveyskasvatuksen keinoin pyritään vaikuttamaan sekä yksilöön, että yhteiskunnan rakenteisiin.

1.6 Seksuaaliterveyskasvatus Keniassa

Kaikkia maailman nuoria sukupuolesta, ihonväristä, seksuaalisesta suuntauksesta tai terveydentilasta riippumatta koskevat seksuaalioikeudet. Näistä oikeuksista tärkein projektin kannalta on oikeus tietoon seksuaalisuudesta, se velvoittaa aikuisen

jakamaan tietoa seksiin liittyvistä riskeistä sekä menetelmistä, millä niitä välttää. (Väestöliitto 2006.)

Seksuaaliterveyskasvatus on terveyden edistämisen työmuoto, jonka tehtävänä on terveysriskeistä tiedottaminen ja yksilöiden terveysasenteiden ja -käyttäytymisen muuttaminen. Seksuaaliterveyskasvatus voidaan suunnata yksilölle, ryhmälle tai suurelle yleisölle. Sen avulla voidaan välittää tietoa, tutkia ihmisten arvoja ja asenteita, saada ihmiset tekemään terveellisiä valintoja ja opettaa heille vastuullisen seksuaalikäyttäytymisen taitoja. Tietoisuuden lisäämisen avulla ihmiset voivat muuttaa seksuaalikäyttäytymistään. Suurin osa lapsille ja nuorille suunnatusta seksuaaliterveyskasvatuksesta on primaarista, ja sen aihepiirejä ovat ehkäisyneuvonta, terveystieto, sosiaaliset valmiudet, ihmissuhteet ja terveen itsetunnon luominen lapsille. Primaarisen seksuaaliterveyskasvatuksen tavoite on sairauksien ehkäisemisen lisäksi terveyden ja elämänlaadun parantaminen. (Ewles & Simnet 1992, 23.)

Seksuaaliterveyskasvatus muun terveyskasvatuksen tavoin keskittyy ihmisten ajatuksiin, tarpeisiin, tekoihin ja käyttäytymiseen sekä terveyspalvelujen oikein käyttämisen mainontaan. Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestön mukaan seksuaaliterveyskasvatus on opetusta kaikkeen seksuaalisuuteen sekä sen ilmaisuun liittyvistä tekijöistä. Englanninkielisellä *sex education* -käsitteellä järjestö viittaa perusopetukseen, jossa käsitellään lisääntymisprosessia, puberteettia ja seksuaalikäyttäytymistä. Seksuaaliterveyskasvatuksen perusopetuksen tarkoituksena on jakaa tietoa raskauden ehkäisymenetelmistä, suojautumisesta sukupuolitaudeilta sekä vanhemmuudesta. Lisäksi seksuaaliterveyskasvatus sisältää seksuaaliasenteisiin, seksuaalirooleihin, ihmissuhteisiin ja sukupuolten välisiin suhteisiin liittyviä asioita sekä päätöksenteko- ja vuorovaikutustaitojen harjoittelua. (Liinamo 2005, 23–24.)

Seksuaaliterveyskasvatus evätään usein kouluissa eri puolilla maailmaa, koska vanhemmat ja muut viranomaiset pelkäävät sen kannustavan varhaiseen seksuaaliseen kanssakäymiseen. Kokemus kuitenkin osoittaa, että nuoret tarvitsevat tietoa,

mutta sen lisäksi myös elämäntaitoja, kuten päätöksentekoa, viestintä- ja neuvottelutaitoja. Heidän täytyy ymmärtää käsitteet riskikäyttäytymisestä, kuten suojaamattomasta seksistä, mahdollisista seurauksista riskikäyttäytymisessä ja siitä miten välttää niitä. Nuorten on myös tiedettävä, mistä saada seksuaaliterveyspalveluja ja apua seksuaaliterveyttä koskevissa asioissa. (UNAIDS i.a.)

Keniaassa seksuaaliterveyskasvatusta annetaan yleensä ensimmäisen lapsen saaneille äideille synnyttäneiden äitien osastolla. Tällöin annetaan ohjeita myös lapsen ruokinnasta ja hygienian hoitamisesta. Kulttuurisensitiivistä seksuaaliterveyskasvatusta Health Worker antaa myös lukiossa ja erilaisissa nuorten ryhmissä. Seksuaaliterveydestä on saatavilla tietoa Voluntary Counselling and Testing -(VCT) keskuksessa. VCT-keskus on osa kenialaisten tehokasta kampanjaa aidsia vastaan. Paikka sijaitsee yleensä sairaalan yhteydessä, ja siellä on mahdollisuus ottaa HIV/aids testit sekä saada seksuaaliterveyskasvatusta ja ehkäisyvälineitä. Keskusten palvelut ovat ilmaisia kaikille. (Kipmenwo, Mary, henkilökohtainen tiedonanto 5.3.2010.)

2 PROJEKTIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Seksuaaliterveyskasvatusprojektin tarkoituksena oli tyttöjen kouluttamisen välityksellä parantaa heidän sosiaalista ja terveydellistä tilannettaan. Tehtävänä oli valmistella 14—18-vuotiaille Karibuni-tyttökoulun oppilaille seksuaaliterveyskasvatus-tapahtuma sekä toteuttaa se kolmen viikon aikana syksyllä 2009. Opinnäytetyön tavoitteena oli seksuaaliterveyskasvatuksen keinoin muuttaa niitä ihmisen, uskomuksia ja tapoja, jotka vaikuttavat heidän terveyteensä. Sen tärkein tavoite kouluttamisen välityksellä oli rohkaista ihmisiä osallistumaan aktiivisesti ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Pitkän aikavälin tavoitteena oli projektin toteuttamisen avulla parantaa tyttöjen asemaa sekä poistaa eriarvoisuutta kenialaisessa yhteisössä.

2.1 Projektin organisaatio

Opinnäytetyön toteuttivat Diakonia-ammattikorkeakoulun, Diak Pohjoisen Oulun yksikön opiskelijat. Ohjaajana Keniassa toimi vanhempi lehtori Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Suomessa ohjausta antoivat lehtorit Diakonia-ammattikorkeakoulu Diak Pohjoisesta.

Projektityöryhmään kuuluivat Diakonia-ammattikorkeakoulun Pohjoisen, Oulun yksikön sairaanhoitajaopiskelija, sosionomi-diakoniopiskelija sekä Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön opiskelijoita. Projektiryhmä laati toteutus- ja projektisuunnitelman, vastasi projektin toteuttamisesta sekä laati projektista loppuraportin. Projektin vastuuhenkilöinä toimivat Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikön opiskelijat, jotka valvoivat projektin etenemistä, tarkastivat projektisuunnitelman ja vastasivat projektin raportoinnista.

Projektin tukiryhmään kuuluivat paikalliset ihmiset Sirisian alueelta, Sirisian Sub-District Hospitalin henkilökunta sekä Karibuni Secondary School:in henkilökunta. Projektin toteuttamista ohjaavia arvoja olivat ihmisarvon sekä itsenäisyyden kunnioittaminen ja parantaminen, kestävä kehitys, oikeudenmukaisuus ja osallistuminen.

2.2 Projektin lähtökohdat ja tausta

Itä-Afrikassa päiväntasaajalla sijaitseva Kenian tasavalta on itsenäistynyt Iso-Britanniasta vuonna 1963. Kenia on pinta-alaltaan (582 650 km²) lähes kaksi kertaa niin suuri kuin Suomi. Kenian pääkaupunki on Nairobi, ja maa jakautuu seitsemään maakuntaan sekä 72 provinssiin eli piirikuntaan. Kenian naapurivaltioita ovat Etiopia, Sudan, Uganda, Tansania ja Somalia. Lisäksi Kenia rajoittuu idässä 400 kilometrin matkalta Intian valtamereseen. (Ulkoasiainministeriö 2006.) Sirisia sijaitsee Länsi-Kenian provinssissa Bungoman piirikunnassa, lähellä Mount Elgonia ja Ugandan rajaa. Sirisian kylän lisäksi Sirisian sub-location-alueella on muita kyliä, ja asukkaita on yhteensä noin 44 000. (Naloosia-projektin suunnitelma Ulkoasiainministeriölle 2005; Naloosia projekti 2006.)

Kenian väkiluku vuonna 2009 oli 39,8 miljoonaa, ja väestöennuste vuodeksi 2050 on 85,4 miljoonaa ihmistä. Keniassa virallisia kieliä ovat englanti ja swahili. Kenian väestö jakaantuu 42 eri heimoon tai etniseen vähemmistöön, ja väestöstä noin 80 % on kristittyjä. Eliniän ennuste Keniassa on naisilla 55 vuotta ja miehillä 54 vuotta. Eliniän ennusteeseen vaikuttaa suurelta osin HIV/aids-ennuste. Uskomukset ja perinteiset traditiot kuuluvat voimakkaasti kenialaiseen kulttuuriin. Kenia on Itä-Afrikan suurin talous, mutta se kuuluu silti alhaisen tulotason maihin. Lähes neljännes maan väestöstä elää köyhyydessä, joka lisää väestön turvallisuushkia, erityisesti ahtaasti asutuissa slummeissa. Kenian köyhistä suurin osa asuu maaseudulla ja saa tulonsa maataloudesta. (Ulkoasiainministeriö 2006.)

Projektityönä toteutettu opinnäytetyö on itsenäinen työ, jonka juuret ovat vuosina 1998–2008 toimineissa Suomen ulkoministeriön rahoittamissa Karibuni- ja Naloosia-projekteissa. Projektien saavutuksia ovat esimerkiksi Karibuni-tyttökoulu Sirisiaan, Sirisian terveystieteiden keskuksen kehittäminen sekä kouluterveydenhuollon edistäminen ja terveystieteiden opetuksen toteuttaminen Sirisian kouluilla. Oulun diakoniasäätiö ja Diakonia-ammattikorkeakoulu ovat olleet projektin yhteistyökumppaneita 1990-luvulta lähtien yhdessä Oulun seudun ammattikorkeakoulun, Kakamegan terveydenhuolto-oppilaitoksen sekä Kenian terveysministeriön kanssa. Naloosia-projektin päättymisen jälkeen Oulun seudun ammattikorkeakoulu on solminut opiskelijavaihtosopimuksen Masinde Muliro -sekä Moin-yliopistojen kanssa. (Naloosia-projektin suunnitelma Ulkoasianministeriölle 2005; Naloosia projekti 2006.)

Keniassa tyttöjä ei pidetä yhtä suurella arvolla kuin poikia. Tytöt joutuvat yleensä pitämään huolta kodista ja perheestä poikien käydessä koulua, sillä perheellä ei ole varaa kouluttaa kaikkia lapsia. Sukupuolieroja on myös tullut ilmi: tyttöjen, enemmän kuin poikien, odotetaan jäävän kotiin hoitamaan sairastuneita sukulaisiaan tai työskentelemään maatilalla. Erityisesti sairastuneiden perheiden nuoret lapset keskeyttävät todennäköisimmin koulun, sillä perheellä ei ole varaa kouluttaa lastaan. Sukupuoliroolit näkyvät käytännössä siten, että tyttöjen suhde isään on etäinen, sillä isät yleensä keskittyvät poikiensa kasvattamiseen ja tytöt ovat äitinsä vastuulla. Sukupuoliasioissa perheessä ollaan hyvin sulkeutuneita. Omaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ei uskalleta puhua aiheen arkaluontoisuuden vuoksi. (Vogel, Teresa, henkilökohtainen tiedonanto 10.10.2009.)

Keniassa tyttöjä syrjäytetään olemalla kuuntelematta heidän mielipiteitään ja näkökantojaan sekä kyseenalaistamalla heidän osallisuuttaan. Tällainen toiminta ilmaisee yhteiskunnallisia ongelmia ja epäoikeudenmukaisuutta. Tyttöjen hyvinvointiin ja elämänlaatuun vaikuttavat oleellisesti muun muassa terveys, työ, ihmissuhteet ja ympäristö. Hyvinvointia voidaan kuvata tilana, jossa ihmisellä on mahdollisuus saada keskeiset tarpeensa tyydytyksi näillä elämänalueilla, joihin vaikuttavat sekä elintaso että elämänlaatu. Elintaso käsittää yksilön tulot, asumistason, koulu-

tuksen, työllisyyden ja terveyden. Tyttökoulun oppilaiden elämänlaatua parantavat muun muassa hyvät sosiaaliset suhteet ja itsensä toteuttaminen. Kaikille välttämättömiä tekijöitä ovat perhe, ystävät ja kuuluminen johonkin yhteisöön. Tärkeä osa ihmisen hyvinvointia on myös tarve tuntee itsensä korvaamattomaksi ja arvostetuksi sekä itsensä toteuttaminen mielenkiintoisen tekemisen kautta. Jokainen ihminen kokee hyvinvointia yksilöllisesti, joten hyvinvoinnille on mahdotonta esittää objektiivista määritelmää. (Oulun yliopisto i.a.)

Keniaassa seksuaalisuus on hyvin korostunutta, ja tapa, miten sitä harjoitetaan, aiheuttaa ongelmia nuorille naisille. Suuri osa kenialaisista elää köyhyysrajan alapuolella, ja tämän vuoksi esimerkiksi nuoret opiskelijatyöt suostuvat seksiin maksua vastaan. Nuorten tyttöjen joutuminen seksuaalisen hyväksikäytön ja väkivallan uhriksi on myös yleistä erityisesti köyhässä slummissa ja Kenian syrjäseuduilla. Yleisimpiä syitä vastuuttomalle seksuaalikäyttäytymiselle ovat köyhyys ja tiedonpuute käyttäytymisen seurauksista. (Mukhaweka, George, henkilökohtainen tiedonanto 15.10.2009; Akai, Paul, henkilökohtainen tiedonanto 18.11.2009, Johns Hopkins School of Public Health 1995.)

Keniaassa seksiin ja sukupuolitauteihin liittyvistä asioista puhuminen on edelleen voimakas tabu. Afrikkalainen voi olla estynyt ja häveliäs puhumaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, mihin syynä ovat yleensä vallitseva kulttuuri ja siihen liittyvät traditiot. (Yhteinen maailmamme i.a; Ulkoasiainministeriö 2006; WHO 2009.) Seksuaalisuuteen liittyvä arkaluonteisuus luo oman haasteensa seksuaalivalistuksen antamiselle. Afrikkalaisilla on varsin tarkat säännöt siitä, kenen kanssa seksi-asioista voi puhua. Yleensä niistä voidaan keskustella lähinnä samaa sukupuolta olevien ja samanikäisten kanssa. Vanhempien on yleensä mahdotonta puhua seksistä omille lapsille, eikä seksuaalivalistusta yleensä ole lainkaan saatavilla. Terveystieteiden antamiseen vaikuttavat syvästi esimerkiksi opettajan tausta ja kulttuuri, jota usein leimaavat häpeä ja tabu seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Usein tämä johtaa siihen, että ongelmia piilotellaan, kun niistä puhuminen on vaikeaa. Afrikkalaisissa kulttuureissa ei kuitenkaan ole koskaan ihannoitu selibaattia, mutta

pidättyvyyttä saatetaan vaalia jossain vaiheessa elämää, kuten koulutuksen ollessa kesken. (Ylänkö 1998, 67; Kipmenwo, Mary, henkilökohtainen tiedonanto 5.3.2010.)

Korkea koulutustaso ja koulunkäynti lisäävät turvallisempaa seksuaalikäyttäytymistä ja viivästyttävät seksuaalisen kanssakäymisen aloittamista. Eri puolilla maailmaa eri kulttuureissa tehdyissä tutkimuksissa on saatu kiistatonta näyttöä siitä, että seksuaalikasvatus kannustaa vastuulliseen käyttäytymiseen. Seksuaalikasvatusta saaneet nuoret yleensä osaavat pidättäytyä yhdynnästä tai ollessaan seksuaalisessa kanssakäymisessä tiedostavat riskit ja käyttävät kondomia. Kuitenkin vuoteen 2005 mennessä vain puolessa Kenian Secondary School -koulujen opintosuunnitelmista oli elintapakoulutusta. (UNAIDS i.a.)

2.3 Projektin suunnitteluvaihe

Projekti toteutettiin moniammatillisena yhteistyönä tulevan sairaanhoitajan ja sosionomi-diakonin kesken. Yhteistyöllä pyritään yhteisesti asetettuun tavoitteeseen, joka tulee saavuttaa mahdollisimman onnistuneesti. Yhteistyössä ei ole kysymys pelkästään tavoitteeseen pyrkimisestä, vaan siihen liittyy myös yhdessä toimimista ja yhteistä kanssakäymistä. Moniammatillinen yhteistyö on eri alojen asiantuntijoiden yhdessä tekemää työtä, ja siinä yhdistyy eri asiantuntijoiden tieto ja osaaminen, joiden avulla saavutetaan laajempia tavoitteita. Kun yhteistyö sujuu hyvin, siitä saadaan palkitsevia kokemuksia sekä opitaan uutta sosiaalisen kanssakäymisen avulla. Toisilta oppiminen ja omaksuminen, oman työn roolin ja rajojen muuttaminen ovat moniammatilliselle yhteistyölle ominaista. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 27–38; Häkkinen 2003, 307—310.)

Moniammatillisuudella tarkoitetaan tässä työssä niin projektin vastuuhenkilöiden kuin projektiryhmän ja paikallisten toimijoidenkin välistä yhteistyötä. Projektin vastuuhenkilöt toteuttivat moniammatillista yhteistyötä jakamalla projektin suunnittelun

ja toteuttamisen yhteisesti, näin ollen turvattiin myös ammatillinen kehitys ja monialainen oppiminen. Mikäli vastuuhenkilöillä oli epäselvyyksiä toisen erikoisalaan kuuluvissa käsitteissä tai toteutuksessa, käytettiin tämä oppimistilanne hyödyksi selvittämällä ja ohjaamalla toista. Moniammatillisuus näkyi myös opetuksessa esimerkiksi ryhmän vetäjien muodossa. Jokaisen oppilasryhmän veti yksi terveydenhuoltoalan ja yksi sosiaali-alan opiskelija. Näin turvattiin kokonaisvaltainen oppiminen ja lähestyminen tuntien aiheista.

Keniassa ollessaan projektin suomalaiset jäsenet tutustuivat kenialaiseen kulttuuriin ja elämäntyyliin. Molemmat jäsenet työskentelivät Sirisian provinssissa eri paikoissa ja hankkivat kokemusta projektin aihealueita ajatellen. Pyyntö projektin toteuttamisesta tuli Sirisiassa Karibuni Secondary School for Girls-koulun rehtorilta Judith Wangwelta. Yhteistyössä Karibuni-koulun rehtorin ja apulaisrehtorin sekä projektin ohjaajan kanssa sovittiin terveystuntien teemat ja opetuksen aikataulu. Käsiteltäviksi aiheiksi sovittiin teiniraskaudet, sukupuolitaudit, HIV/aids sekä niistä aiheutuvat ongelmat ja niiden ennaltaehkäisy. Kyseessä oleva aihe on kenialaisille tabu, joten asiaan tuli suhtautua hienovaraisesti. Tunteja suunniteltiin yhteistyössä ohjaavan opettajan sekä Karibuni-koulun kanssa ja käyttämällä aiheeseen liittyviä teorialähteitä. Tuntien aikataulusta ja toteutuspaikasta sovittiin koulun yhdyshenkilö Mr. Maukan kanssa. Projektin tärkeitä teemoja olivat kouluikäisten tyttöjen asema Keniassa, terveydenhuolto, sosiaalinen tuki, henkinen jaksaminen ja elämänhallinta.

Ideoinnin alkuvaiheessa nousi esille tavoite saada ja jakaa laadukasta tietoa niin teiniraskauksien kuin sukupuolitautilienkin yleisyydestä, niistä aiheutuvista ongelmista sekä oman seksuaalikäyttäytymisen vaikutuksista ja sen muuttamisesta. Projektiryhmän tärkein tavoite oli kouluttamisen välityksellä rohkaista ihmisiä osallistumaan aktiivisesti ottamaan vastuuta omasta terveydestään. (Were 2005, 130–133). Kouluissa annettavan terveystuntien tavoitteena on parantaa oppilaiden terveydentilaa ennaltaehkäisevällä hoidolla, ja terveyden edistämällä seksuaalikasvatuksen keinoin. Tällöin ihmiset voivat itse vaikuttaa terveydentilaansa. Suurin

osa kenialaisista on vastaanottavaisia terveystiedotteille, minkä ansiosta he ymmärtävät terveystensä parantamiseksi vaadittavien tekojen merkityksen. Valitettavasti suuri osa kenialaisista ei käytä tietojaan hyväksi, joten on tärkeää lisätä tietoutta seksuaaliterveydestä sekä auttaa ihmisiä tekemään seksuaaliterveyden edistämiseksi tarvittavia muutoksia. (Were 2005, 130—133.) Annetun seksuaaliterveyskasvatuksen vaikutuksia ovat terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalveluiden kehittyminen. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. (Koskinen-Ollonqvist & Savola 2005, 8.)

2.3.1 Opettaminen vieraassa kulttuurissa

Koulutus on aina interventiota. Sen avulla pyritään muuttamaan yhteisön käytänteitä ja ratkaisemaan yhteiskunnan ja sen jäsenten ajankohittaisia ongelmia. Koulutuksella pyritään toisin sanoen saattamaan tavoitteellisesti matkaan muutoksia koulutettavien tiedoissa, taidoissa, arvoissa, asenteissa, motivaatiossa ja muissa vastaavissa asioissa. (Rauste-Von Wright, Soini & Von Wright 2003.)

Kaiken systemaattisen opettamisen ja oppimisen perustana on jokin käsitys siitä, millainen on oppimistapahtuman luonne. (Rauste- Von Wright, Soini & Von Wright 2003, 103). Oppimiskäsitys vaikuttaa opettajan opettamiseen, opiskelijan oppimiseen ja opiskeluun sekä opetusjärjestelyihin, koulutusjärjestelmiin ja opetussuunnitelman laatimiseen. Tämän opinnäytetyön toteutuksessa on sovellettu konstruktivistista oppimiskäsitystä, jonka mukaan ihmisen mieli vastaanottaa ja tulkitsee aistihavainnot omien käsitejärjestelmiensä kautta. Käsitteet ja käsitejärjestelmät kehittyvät ja vaihtelevat kielen ja kulttuurin mukaan. Näin tieto on aina riippuvainen tietäjästä ja se on yksilön tai yhteisön rakentamaa. (Auvinen 2002, 2.)

Oppiminen on kulttuurisidonnaista, sillä olemme kaikki oman kulttuurimme tuotteita. Konstruktivismissa oppiminen tarkoittaa muutosta oppijan tietorakenteissa. Se, mitä ja miten opimme, rakentuu aina meidän aikaisempien tietojemme ja käsitystemme pohjalle. Oppiminen lähtee liikkeelle ristiriidasta opittavan asian ja aikai-

sempien käsitystemme välillä. Oppija voi joko liittää uuden asian aiempaan skeemaan eli mielen sisäiseen malliin maailmasta tai mukauttaa aiempaa skeemaansa siten, että hänelle syntyy uudenlainen tietorakenne, johon uusi tieto voi liittyä. Oppija voi myös kokonaan hylätä vanhan käsityksensä asiasta ja rakentaa uuden tilalle. Opetusta aloiteltaessa on syytä kartoittaa oppijoiden aikaisempi tieto opiskeltavasta asiasta sekä sen merkityksestä oppijoiden elämälle. (Auvinen 2002, 4–5.) Oppitunnit suunniteltiin niin, että tuntien alussa kartoitettiin oppilaiden aikaisemmat käsitykset tunnin teemoista. Opetuksessa oli tarkoituksena käyttää hyväksi oppilaiden aikaisempaa tietoa sekä mahdollisia ristiriitaisuuksia. Tiedonhaun ja havainnoinnin pohjalta ristiriitaisuuksia ja vääriä käsityksiä osattiin odottaa ja näiden käsittelyyn varattiinkin opetuksessa riittävästi aikaa.

Oppimista tulee tarkastella ainakin kahdesta näkökulmasta: millaisissa oppimistilanteissa opiskelijat oppivat parhaiten ja miten opittu tieto on todella käytettävissä ja sovellettavissa. Todelliseen oppimiseen liittyy aina se, että oppija osaa myös käyttää oppimaansa. Oppisisältöjä tarkasteltaessa lähtökohtana on asiantuntijan tiedon laatu, hänen käsityksensä ja se, miten hän niitä käyttää. Opittavat asiat tulisi kyetä ajattelemaan todellisiin tilanteisiin, jotta opittua voidaan käyttää ja kehittää käytännössä ja muissa oppimistilanteissa. Todelliset esimerkit ja käyttötilanteet vaikuttavat myös oppijoiden motivaatioon. (Auvinen 2002, 10–12.) Opetuskerrat suunniteltiin niin, että teoria liitettiin käytäntöön. Opetuksessa oli tarkoituksena käyttää havainnollistavia esimerkkejä arkielämästä, niin oppilaiden kokemuksista kuin ryhmän vetäjienkin. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaisesti jokaiselle oppilaalle tuli antaa mahdollisuus itse oivaltaa saamansa tiedon sovellettavuus ja käyttömahdollisuudet. Tämä onnistuu intervention ja havainnollistamisen avulla.

Konstruktivismissa painotetaan sisäisen motivaation merkitystä. Oppimistilanteet ja –tehtävät pitää suunnitella ja rakentaa sellaisiksi, että ne ovat oppilaan näkökulmasta mielekkäitä ja hänen omaa kokemusmaailmaansa koskettavia. Oppijan motivaatioon voidaan vaikuttaa esimerkiksi yleisillä oppimisjärjestelyillä aina fyysisestä ympäristöstä opetussuunnitelmaan. Oppitunneilla tulee käyttää erilaisia työmuotoja

ja jaksottaa eri asiat, jotta oppijoiden motivaatio säilyisi. (Auvinen 2002, 5—7.) Opetuksen sisältö jaksotettiin niin, että kullekin opetuskerralle oli oma teemansa. Teemat olivat kuitenkin sidoksissa toisiinsa. Tyttöjen motivaatiota opetukseen pyrittiin lisäämään osallistamalla heitä opetukseen. Käytännössä tämä tarkoitti avointa keskustelua seksuaaliterveyteen liittyvistä tekijöistä ja poikkeamista niin sanotusta opettajakeskeisyydestä.

Arviointi on keskeinen oppimisprosessiin liittyvä asia, joka vaikuttaa vahvasti siihen, miten ja mitä opitaan. Konstruktivisen oppimiskäsityksen mukaan kukin oppija rakentaa asioista oman tietorakenteensa ja oppiminen tarkoittaa näissä tietorakenteissa tapahtuneita muutoksia. Arvioinnissa painottuu silloin laadullinen arviointi eli se, mitä muutoksia oppijassa on tapahtunut ja miten ne on saatu aikaan. (Auvinen 2002, 11.) Tavoitteena opetuksessa oli tyttöjen terveystietämisen parantaminen ja seksuaalisuuden toteuttamiseen vaadittavien valmiuksien antaminen. Tällaiset muutokset tapahtuvat hitaasti, joten heti koulutuksen jälkeen tapahtuva arviointi ei välttämättä tuo niitä esille. Tästä syystä koululta ja oppilailta pyydettiin koulutuksesta palautetta vasta kun koulutuksesta oli kulunut useampi kuukausi. Oppiminen on subjektiivinen kokemus ja paras tapahtuneen muutoksen arvioija on oppilas itse.

2.4 Haastattelut, tiedonhaku ja haastattelujen analysointi

Projektin onnistumisen edellytyksenä oli hankkia tietoa käsiteltävistä aiheista. Tärkeitä teemoja tiedonhaussa olivat nuorten tyttöjen seksuaalikäyttäytymisen vaikutukset, ehkäisy ja seksuaaliterveyteen liittyvät yleisimmät ongelmat Keniassa. Tiedonhaussa käytettiin Internetistä löytyneitä tutkimuksia sekä kirjallitteita, joita saatiin Karibuni-koululta. Lopuksi tietoa syvennettiin haastattelemalla kahta Sirisian alueen ja Bungoman sairaalan sosiaalityöntekijää, katolisen kirkon sisarta, yliopiston opettajaa ja sairaanhoitajaa.

Haastateltavilta kysyttiin suostumus haastatteluun henkilökohtaisesti, ja samalla kerrottiin haastattelun käyttötarkoitus tulevassa opinnäytetyöraportissa. Haastatteluihin käytettiin projektiryhmän laatimia haastattelukysymyksiä (LIITE 1: Interview). Haastattelut toteutettiin siten, että jokainen henkilö haastateltiin erikseen ja jokaiselle haastattelulle varattiin riittävästi aikaa. Haastattelukielenä käytettiin englantia, joten tulkkia ei haastattelutilanteessa tarvittu. Haastattelut käännettiin suomen kielelle projektiryhmän tiedon jäsentämisen helpottamiseksi.

Haastattelujen tarkoituksena oli saada käytännön tietoa kuvaamaan Kenian seksuaaliterveyden tilannetta. Haastattelujen avulla saatiin tietoa Sirisian alueen seksuaaliterveyteen liittyvistä keskeisimmistä ongelmista ja saatavilla olevista sosiaali- ja terveyspalveluista. Tavoitteena oli haastatteluiden avulla sisäistää paikalliseen kulttuuriin liittyvät tekijät. Haastatteluiden avulla saadun tiedon ja muun tiedonhaun pohjalta tehtiin jokaiselle oppitunnille yksityiskohtaiset sisältö- ja opetussuunnitelmat. Projektisuunnitelma laadittiin Keniassa ja viimeisteltiin kevään 2010 aikana.

2.5 Seksuaaliterveyskasvatusprojektin toteutus

Kohderyhmä koostui 14—18 vuotiaista Karibuni-tyttökoulun yläluokan oppilaista. Projekti toteutettiin kolmen viikon aikana kokoontuvissa ryhmissä. Jokainen ryhmä kokoontui Karibuni-koululla kerran viikossa eli jokainen ryhmä tavattiin yhteensä kolme kertaa kolmen viikon aikana. Kaikilla opetuskerroilla ryhmä jaettiin kolmeen osaan, josta muodostui noin 12 henkilön ryhmät, ja heidän vetäjinään toimi kaksi suomalaista sosiaali- ja terveysalan opiskelijaa.

Seksuaaliterveyskasvatustunnit toteutettiin jakamalla teemojen sisältö kolmelle opetuskerralle. Ensimmäisen opetuskerran aiheeksi valittiin teiniraskaudet ja niiden ehkäisy, toisen opetuskerran aiheeksi sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy, sekä viimeisen opetuskerran aiheeksi HIV/Aids ja sen ehkäisy. Opetusaika oli rajallinen, sillä tunnit toteutettiin normaalin koulupäivän jälkeen, jolloin oppilaiden tuli olla ko-

tona vanhempiensa apuna kotiaskareita suorittamassa. Ajankohtana oli kello 16—17 kolmena päivänä viikossa kolmen viikon ajan ja ryhmiä oli kolme, yksi jokaiselle päivälle.

Seksuaaliterveyskasvatusta suunniteltaessa ja toteuttaessa tulee ottaa huomioon kenialaisten nuorten oppimistavat. Opetuksessa säilytettiin pääosin oppilaille tutut oppimismenetelmät, joita ovat opettajakeskeisyys ja asioiden toistaminen. Opetuksessa haluttiin käyttää myös luovempia opetusmenetelmiä, joilla saataisiin herätettyä oppilaiden mielenkiinto. Jokaiselle ryhmälle asiasisältö oli sama, mutta opetuksen asiasisällön laajuus vaihteli ryhmän tietotason ja osallistumisen mukaan.

Seksuaaliterveyskasvatuksen aikataulu:

Ryhmä 1, 40 oppilasta, opetuspäivät 10.11. 16.11. ja 23.11.2009

Ryhmä 2, 40 oppilasta, opetuspäivät 11.11. 17.11. ja 24.11.2009

Ryhmä 3, 40 oppilasta, opetuspäivät 12.11. 18.11. ja 25.11.2009

Tässä projektissa opetuskerrat aloitettiin konstruktivistisen ohjeistuksen mukaisesti kartoittamalla oppijoiden aikaisemmat käsitykset ja tiedot opetettavasta aiheesta. Opetuksessa käytettiin hyväksi oppimisprosessin vaatimaa ristiriitaisuutta opittavan asian ja oppijoiden ennakkotietojen välillä. Esimerkiksi väärää ennakkokäsityksiä ehkäisyn turvallisuudesta korjattiin teorian tiedon avulla. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaisesti oppijoiden motivaatioon vaikutettiin nostattavasti käyttämällä todellisia arkipäivän tilanteita ja esimerkkejä. Tällaisia esimerkkejä oli muun muassa kenialaisen teiniraskaus ja siitä aiheutuvat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat sekä nuoren sukupuolitaudit, niiden vaikutus kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Lisäksi opetuksessa käsiteltiin paljon häpeän ja pelon tunteita ja siitä ihmiselle aiheutuvaa stressiä ja stressin vaikutusta keskittymiskykyyn. Opetuksessa painotettiin teiniraskauksien, sukupuolitautien ja HIV/aidsin ennaltaehkäisyä. Opetuksen aiheet havainnollistettiin käytännön tasolla esimerkiksi kondominkäytön opetuksella, johon kukin oppija osallistui. Opetuksessa käytettiin esimerkkejä arkipäivän tilanteista kenialaisessa yhteiskunnassa, muun muassa tyttöjen oikeudesta kieltäy-

tyä seksuaalisesta kanssakäymisestä. Tällä tavoin helpotettiin teoretiedon soveltamista käytännössä. (Auvinen 2002, 5—12.)

2.5.1 Teiniraskaudet ja niiden ehkäisy

Ensimmäisen oppitunnin teemana olivat teiniraskaudet ja niistä aiheutuvat ongelmat (LIITE 2: Early Age Pregnancy). Oppituntiin valmistauduttiin ottamalla selvää aborttimahdollisuuksista ja saatavilla olevista ehkäisykeinoista. Keniassa aborttiin on mahdollisuus vain äidin tai lapsen terveyttä vaarantavissa tilanteissa. Ehkäisykeinoista painotettiin jälkiehkäisyä, sillä kondomien käyttöön liittyvä opetus haluttiin sisällyttää sukupuolitauteihin liittyvään opetukseen. Keniassa on saatavilla jälkiehkäisytabletteja, mutta niiden käyttö on vähäistä tiedonpuutteen ja väärin uskomusten vuoksi. Useat kenialaiset uskovat jälkiehkäisytablettien aiheuttavan lapsettomuutta sekä sikiöpömuodostumia. Tunnille hankittiin mukaan jälkiehkäisytabletti, johon oppilaat saivat tutustua. (Karani, Catrine, henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2009.)

Tunnilla käsiteltiin teiniraskauksia ja niiden fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia vaikutuksia nuoren elämään. Raskaus voi olla vaarallinen nuorelle erityisesti äidin epäkypsän kehon vuoksi. Tutkimusten mukaan nuorilla äideillä on jopa 2—4 kertaa suurempi riski saada komplikaatioita raskauden ja synnytyksen aikana. Myös äitien kuolleisuus on todennäköisempää nuorella iällä. Erityisen vaarallisen teiniraskauksista tekee se, että tytöt eivät häpeän vuoksi hakeudu sairaalahoidon piiriin, vaan synnytys hoidetaan usein epähygieenisissä oloissa. Tämä vaikeuttaa myös avunsaantia mahdollisissa komplikaatiotilanteissa. Sosiaalisia ongelmia ovat muun muassa koulun keskeytyminen raskauden takia ja kylästä sekä perheestä karkottaminen häpeän vuoksi. Vuosittain arviolta noin 10 000 kenialaista tyttöä joutuu keskeyttämään koulunkäynnin raskauden vuoksi. Teiniraskaudet aiheuttavat nuorille psyykkisiä ongelmia, joiden käsittelyyn he eivät saa ulkopuolista apua. Nuoren raskaana olevan tärkein tavoite on salata raskaus mahdollisimman pitkään ja synny-

tettyään mahdollisesti hylätä lapsi. Tällä tavoin nuori itse välttyy hylätyksi tulemiselta. (Karani, Catrine, henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2009; Johns Hopkins School of Public Health 1995.)

Raskauden ja sen ehkäisyn lisäksi tyttöjen kanssa keskusteltiin oikeudesta omaan kehoon ja oikeuteen kieltäytyä seksuaalisesta kanssakäymisestä. Keniassa naiset eivät uskalla kieltäytyä miehen ehdottamasta seksistä, koska pelkäävät väkivaltaa ja naimisissa ollessaan avioeroa tai usein eivät tiedosta oikeuttaan kieltäytyä seksistä. Keniassa tapahtuu paljon raiskauksia, mutta niistä ei puhuta häpeän vuoksi. Vain naisen yhteiskunnallista asemaa parantamalla voidaan vaikuttaa naisen aseman paranemiseen parisuhteessa. (Karani, Catrine, henkilökohtainen tiedonanto 20.10.2009.) Opetuksen tavoitteena oli, että tytöt halutessaan uskaltavat kieltäytyä seksistä tai puhua mahdollisesta seksuaalisesta kanssakäymisestä pakottamisesta luottamalleen ihmiselle sekä hakeutua tarvittaessa hoitoon.

2.5.2 Sukupuolitaudit ja niiden ehkäisy

Toisella opetuskerralla aiheena olivat seksuaalikäyttäytyminen ja sukupuolitaudit (LIITE 3: STD'S). Opetustunnilla käsiteltiin yleisimpien sukupuolitautilien oireet ja hoitomahdollisuudet sekä käytiin keskustelua siitä, mitä on seksuaalikäyttäytyminen ja millaisena oppilaat sen näkevät. Aiheen käsittelyssä huomioitiin myös, millaisia sosiaalisia ongelmia sukupuolitaudeista aiheutuu. Keniassa yleisimpiä sukupuolitauteja ovat tippuri, klamydia, herpes ja kondylooma. Opetuksessa painotettiin hoitamattomien sukupuolitautilien vaarallisuutta sekä mahdollisessa sukupuoliyhdyksessä kondomien käytön tärkeyttä. (UNGASS 2008.) Keniassa naiset eivät usein uskalla vaatia seksikumppaniltaan kondominkäyttöä, mikä lisää sukupuolitautilien leviämistä. Opetuksen tavoitteena oli rohkaista tyttöjä ennaltaehkäisemään ja tarvittaessa hoidattamaan sukupuolitartunnat. Tunnilla käsiteltiin sukupuolitauteihin liittyvää häpeää ja sen vaikutusta sosiaalisiin suhteisiin. Mahdollinen sukupuolitartunta lisää stressiä, vähentää keskittymiskykyä sekä alentaa itsetuntoa.

Oppitunnin ideana oli opetuksen lisäksi havainnollistaa ja opettaa kondomien käyttöä, joten tunnille varattiin mukaan riittävästi kondomeja sekä puinen tekopenis. Havainnollistaminen toteutettiin siten, että ryhmänvetäjät näyttivät kondomipaketin oikeaoppisen avaamisen, kondomin asettamisen ja sen poistamisen. Tämän jälkeen oppilaat saivat harjoitella kondomin asettamista. Tunnin lopuksi jokaiselle oppilaalle jaettiin kondomi. Naisten kondomeja ei ollut opetushetkellä saatavilla, joten niiden käyttöä ei kyetty opettamaan havainnollistamalla eikä niitä voitu jakaa oppilaille.

Keniassa kondomien käyttöä vähentää se, että niitä ei ole riittävästi saatavilla. Kondomiautomaatteja on julkisilla paikoilla, mikä vähentää riskikäyttäytyjien ja nuorien rohkeutta hakea niitä. Usein kondomit ovat loppuneet kesken, eikä varastoja täydennetä tarpeeksi usein. Tätä ongelmaa on yritetty hoitaa esimerkiksi markkinomalla naisten kondomeja. Nämä ovat kuitenkin usein liian kalliita sekä hankalasti saatavia ja löydettäviä. Suurin ongelma on kondomien hankkimiseen liittyvä häpeä. Nuori kondominhankkija leimataan usein esiaviollisen seksin harrastajaksi, erityisesti pienissä kylissä. Media on vaikuttanut kondomien käyttöön positiivisesti vähentämällä stigmaa ja opastamalla turvalliseen seksuaalikäyttäytymiseen. (UNGASS 2008.)

2.5.3 HIV/aids ja sen ehkäisy

Kolmannella opetuskerralla aiheena oli HIV/aids (LIITE 4: HIV). Viimeisen tunnin aiheeksi valittiin HIV/aids, koska se on tilastollisesti yksi yleisimmistä taudeista Keniassa. Tunnilla käsiteltiin ennen kaikkea sairauden ennaltaehkäiseviä menetelmiä sekä keskusteltiin, kuinka toimia, jos epäilee saaneensa tartunnan. Suuri osa kenialaisista sairastaa tartuntaa tietämättään. (UNGASS 2008.) Opetuskerralla keskusteltiin erityisesti siitä, kuinka tärkeää on mennä HIV- testeihin, mikäli epäilee

saaneensa tartunnan. Aiheeseen liittyi olennaisena myös sosiaalisten ongelmien, häpeän, tabujen ja epätietoisuuden käsittely.

Kenian väestöstä 1,3—1,6 miljoonaa on HIV-positiivisia. HIV-tartunnat ovat yleisimpiä siellä, missä äitiys- ja imeväiskuolevuus on jo muutenkin korkea ja missä niin kutsuttuja vahinkoraskauksia ja laittomia abortteja on paljon. Keniassa noin 25 % laittomista aborteista tehdään 15—19-vuotialle nuorille, ja luku on korkein koko maailmassa. (WHO 2009.) Näille alueille on ominaista myös seksuaalisuuteen liittyvän tiedon ja palveluiden vähyys sekä naisten ja koulutustason alhainen asema. (Alkio & Tuominen 2006.) Aids aiheuttaa myös sosiaalista ja taloudellista katastrofia. Kenia on kehitysmaa, jossa suuri osa ihmisistä asuu maaseudulla ja on riippuvaisia maataloudellisista tuotteista. (Ulkoasiainministeriö 2006.) Epidemia vaikuttaa ihmisten elämään esimerkiksi työväen tai läheisten sairastumisen kautta, joka viivästyttää maatalouden tuotantoa. Täten työ ei ole kovin tuottavaa, mikä taas johtaa köyhyyteen. HIV-epidemia uhkaa Kenian pitkän aikavälin kykyä tarjota kehitykseen tarvittavia voimavaroja ja palveluja. HIV:n ja aidsin hoitoon ja ehkäisyyn tulisi investoida enemmän rahaa. (UNGASS 2008.)

Ehkäisyn linjauksia ovat pidättäytyminen, äiti-lapsitartuntojen ehkäisy, veriturvallisuus, pistosturvallisuus, kondominkäyttö ja HIV-tiedotus. Keniassa vallitsee kansallinen yksimielisyys siitä, että ennaltaehkäisyn pitää olla ensisijainen menetelmä, joka vähentää teiniraskauksia, sukupuolitauti- sekä HIV/aids- tartuntoja. Tällöin laskevat myös näistä aiheutuvat hoitokulut. (UNGASS 2008.) Sirisian alueella kouluissa painotetaan erityisesti pidättäytymistä. Tunneilla käsiteltiin HIV:n kaikkia tartuntatapoja ja korostettiin, että tartunnan on voinut saada myös tietämättään. Tällöin ei pelkkään pidättäytymiseen tule tuudittautua. Oppilaita kannustettiin käymään HIV-testeissä aina ennen sukupuolisuhteeseen ryhtymistä. Lisäksi tunnilla keskusteltiin HIV-tartuntaan liittyvästä häpeästä, joka on yleinen este testeihin menemiselle. Käytännön esimerkkinä kerrottiin HIV/aidsin vaikutukset laajasti hyvinvointia laskemalla ja köyhyyttä sekä syrjäytymistä lisäämällä yksilön, perheen ja yhteisön

elämässä. Opetuksessa painotettiin myös, että vastuuttomalla seksuaalikäyttäytymisellä on seuraamuksia myös tulevaisuudessa.

Seitsemän viime vuoden aikana testattavana käyvien ihmisten määrä on kasvanut räjähdysmäisesti: 2 000:sta kahteen miljoonaan, mikä on suuresti CT eli Counseling and Testing palvelujen laajentumisen ansiota. Tästä huolimatta luku on aivan liian pieni: suuri osa kenialaisista ei edelleenkään tiedä omaa tai puolisonsa HIV-statusta. Seksityöläisten ja muiden riskiryhmien osallistumisesta ei ole olemassa raporttia. (UNGASS 2008.)

3 ARVIOINTI

Projektin toteutuksen osa-alueena on sen arviointi. Pää tavoitteena oli tiedonhaun ja haastattelujen pohjalta valmistella Karibuni-tyttökoulun oppilaille seksuaaliterveyskasvatustapahtuma sekä toteuttaa se kolmen viikon aikana yhdeksän kertaa. Tämän projektin painopiste oli rohkaista nuoria ennaltaehkäisemään teiniraskauksia ja sukupuolitauteja sekä HIV-infektioita.

Tapahtumaan saatiin runsaasti tukea paikallisilta asiantuntijoilta. Tapahtuman toteutuksessa ongelmat kohdistuivat tiedonhakuun, sillä Keniassa oli hyvin vähän saatavilla tietoa tutkimuksista ja Internetin käyttö oli rajallista lukuisten sähkökatkosten vuoksi. Tiimityöskentely auttoi projektin onnistumista. Oppilasryhmien muodostamisessa oli ajoittain ongelmia, sillä useat tytöistä olivat tulossa samoille opetuskerroille uudestaan. Arkaluontoisten aiheiden vuoksi ryhmäkoot tuli pitää riittävän pienenä, jotta mahdollistettaisiin muun muassa avoin keskustelu ja kysymykset. Tyttökoulun oppilaat kokivat seksuaaliterveyskasvatuksen erittäin tarpeelliseksi, ja välillemme syntynyt luottamus mahdollisti hyvinkin arkaluontoisten ja intiimien asioiden keskustelun. Tytöt kertoivat, miten heidän koulutovereille oli käynyt näiden tultua raskaaksi, ja miten heidät oli hylätty perheen ja yhteisön taholta. Tytöt esittivät paljon kysymyksiä sukupuoliyhteyteen liittyvistä asioista, ja kävi ilmi, että erityisesti sukukypsyteen liittyvät tiedot olivat vähäiset.

Projektin toteutuksen kannalta oli myönteistä havaita oppitunneilla välittyvä luotettava ja avoin ilmapiiri. Tyttöjen avoimuus lisääntyi jokaisen opetuskerran myötä, ja tämän koimme helpottavan ja syventävän keskustelua heidän kanssaan heille arkaluontoisista asioista. Tytöt kertoivat omia kokemuksiaan seksuaaliterveydestä liittyvistä asioista sekä esittivät runsaasti kysymyksiä muun muassa sukupuolisuhteista. Tytöt kokivat ongelmalliseksi esimerkiksi lähestyä paikallisen terveyskeskuksen työntekijöitä seksuaalineuvonta-asioissa, sillä he kokivat työntekijät epä-

luotettaviksi. Tyttöjen kokemuksena oli, että heidän kertoessaan luottamuksellisesti seksuaaliasioistaan paikallisille nämä saattoivat pettää luottamuksen ja kertoa tytön puhumista asioista julkisesti. Lisäksi keskustelua paikallisten välillä rajoitti seksuaalialieheisiin liittyvä kulttuurista johtuva arkaluonteisuus.

Projektin aikana opetetut asiat olivat tytöille osittain uusia, ja keskusteluissa tuli ilmi paljon tyttöjen vääriä uskomuksia seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Niitä he olivat kuulleet muun muassa opettajaltaan tai terveydenhuollon työntekijältä. Tällaisia asioita oli esimerkiksi uskomus, että kondomeissa on reikiä ja niiden liika-käyttö vaarantaa tytön terveyden. Tyttöjen kanssa keskusteltiin heidän uskomuksistaan, ja väitteet perusteltiin teorian avulla vääriksi. Opetuksen kohdistaminen pelkästään oppilaisiin ei ole riittävää. Opetustyössä olisi hyvä, ettei tarvitsisi luoda vastakkainasettelua länsimaisen henkilön toimesta annetun opetuksen ja kenialaisen ammattihenkilöstön välille. Seksuaaliterveyskasvatuksen tulisi ulottua myös kenialaiseen ammattihenkilöstöön. Nämä kokemukset auttoivat sisäistämään, kuinka erilaisen kulttuurin parissa työskentelemme ja kuinka vaikeaa kenialaisten on puhua seksuaaliterveysasioista. Havainto nosti esiin kysymyksiä koulun ja terveyskeskuksen henkilökunnan seksuaalitietotaidosta.

Tiedonhaku projektin toteuttamista varten jaettiin niin, että sosiaalialan opiskelija haki tietoa oman alansa näkökulmasta ja toteutti suuren osan haastatteluista. Sairaanhoidajaopiskelija suoritti tiedonhakua internet ja kirjallaisista sekä huolehti pääpainoisesti englanninkielen tarkastuksesta. Koulutusta toteuttaessa opetusvastuu jaettiin tasan, niin että molemmilla oli valmiudet opettaa opetuskerran aiheesta monialaisesti sekä vastata mahdollisiin kysymyksiin. Opinnäytetyön tekijät osallistuivat raportin kirjoittamiseen tasavertaisesti. Työtehtävien tasaisesti jakaminen on tukenut oppimista ja ammatillista kasvua. Opinnäytetyön tekemisen myötä on vahvistunut käsitys siitä, että seksuaaliterveyden edistäminen on ala, jossa vaaditaan tiivistä moniammatillista yhteistyötä. Näin ollen terveyden edistäminen ei kosketa pelkästään terveydenhuollon ammattilaisia, vaan on myös osa sosiaalityötä.

Myös sosiaalialantöntekijän velvollisuus on työskennellä teiniraskauksien, sukupuolitautilien ja HIV- infektioiden ehkäisemiseksi sekä sairastuneiden hoidon parantamiseksi. Tämän lisäksi heillä on tärkeä rooli vahingollisten käyttäytymismallien muuttamisessa ja niiden ennaltaehkäisyssä. Sosiaali- terveydenhuollon työ on näyttöön perustuvaa työtä, jossa lähtökohtana on tunnistaa ihmisen ja ympäristön välisiä suhteita ja merkityksiä. Sosiaalityön avulla voidaan puuttua erityisesti kulttuurisiin tekijöihin, jotka johtavat sukupuolisiin epätasa-arvoihin. Käytännössä tasa-arvoa lisätään antamalla ääni heikommassa asemassa oleville, jotka muulla tavoin eivät tule kuulluksi. Tässä työssä kuulluksi tuleminen oli tyttöjen mielipiteiden kuuleminen ja heidän tukeminen omilla mielipiteissään. Lisäksi olennaisena oli vahvistaa tyttöjen ihmisarvoa esimerkiksi keskustelemalla naisten oikeuksista ja kertomalla heille vahingollisen käyttäytymisen seurauksista. (Cox ym, 2009.)

Suurin osa tukiryhmään kuuluvista henkilöistä piti annettua seksuaaliterveyskasvatusta tärkeänä ja hyvänä. Karibuni-koulun oppilailta saatu palaute oli positiivista. Oppilaat kokivat, että he ovat saaneet opetusteemojen avulla uusia valmiuksia sekä tietoa seksuaaliterveyteen ja – käyttäytymiseen liittyvissä asioissa. Teemat koettiin tärkeinä tyttöjen kehitysvaiheelle, sillä he kuuluvat juuri ikäryhmään, jossa vastuutonta seksuaalikäyttämistä on eniten. Opetuksella tavoiteltu muutos vie aikaa ja opetuksen tulisi olla säännöllisesti toistuvaa, jotta saataisiin aikaan enemmän ja pysyvämpiä muutoksia. Opetuksen avulla aikaansaadut muutokset näkyvät tyttöjen henkilökohtaisessa elämässä ja sitä kautta kenialaisissa yhteisöissä. Muutokset eivät ole arvioitavissa heti opetuksen päätyttyä.

Useiden tutkimusten mukaan Keniassa seksuaalisen aktiivisuuden taso on korkea, huolimatta siihen liittyvän tiedon vähäisyydestä. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että suuri osa kenialaisista nuorista ei useimmiten tiedä seksin seurauksista. (Lema & Njau 1988, 5—10.) Koulun henkilökunta kertoi tyttöjen usein keskeyttävän koulunkäynnin raskauden vuoksi. Käytännössä Karibuni-koulun tavoite on rohkaista pidättäytymään seksuaalisesta kanssakäymisestä koulun loppuun ja avioliittoon saakka. Keniassa yleisesti ensisijainen raskauden, sukupuolitautilien ja HIV:n ehkäisykeino

on seksuaalisesta kanssakäymisestä pidättäytyminen. Pidättäytyminen ei ole toteutunut, sillä teiniraskauksien, sukupuolitautilien ja HIV-infektioiden määrä on huolestuttavan korkea suhteessa maan väkilukuun, erityisesti Kenian maaseuduilla. Näiden faktojen myötä voidaan havaita välillämme vallitsevat kulttuurierot. Kenialaisessa kulttuurissa ehkäisyn käyttämiseen rohkaiseminen koetaan seksuaalisen kanssakäymisen hyväksymisenä. Kulttuurissa ikään kuin uskotaan ehkäisyn antavan luvan vapaaseen seksuaaliseen kanssakäymiseen. Tämä taas vaikuttaa selvästi ehkäisyvälineiden hankintaan ja mahdollisten infektioiden sekä raskauksien hoitoon, sillä kyseisiä palveluita hakeva ihminen leimataan moraalittomaksi. Tällaisissa tapauksissa on tärkeää muistaa, että HIV-infektion voi saada esimerkiksi synnytyksen tai verensiirron kautta sekä sukupuolitaudin raiskauksen yhteydessä. Näitä esimerkkejä yhdistää se, että tartunnan saanut henkilö ei ole omalla käytöksellään aiheuttanut tartunnan saamista.

Afrikkalainen kulttuuri ja katolisen kirkon periaate ovat ristiriidassa keskenään. Keniassa kyseenalaistetaan kenialaisten seksitapoja, ja samaan aikaan aihe on hyvin arkaluontoinen heidän keskusteluissaan. Selibaatti ei ole Afrikassa arvostuksessa, toisin kuin länsimaisessa kristillisessä ajattelussa. Seksuaaliset halut ovat itsestään selviä Afrikassa. Itseisarvoa pidättäytymisellä ei ole, vaikka sitä jossakin elämäntavassa saatetaan vaatia. (Ylänkö 1998, 67.) Kenian väestöstä katolisen kirkon jäseniä on noin 33 prosenttia. (Ulkoasiainministeriö 2006). Katolisen kirkon käsityksen mukaan nautinnonhakuinen seksuaalinen kanssakäyminen ilman lisääntymisen ja yhtymisen tarkoitusta on vääristynyttä lähtökohtaisesti ja väärinsuuntautunutta moraalisesti. Esimerkiksi kondomien käyttö sukupuolitautilien ehkäisijänä antaa katolisen kirkon mukaan vääränlaista turvallisuudentunnetta ja sen katsotaan olevan ihmisarvon vastaista, koska se muuttaa puhtaan rakkauden teon vastuuttomaksi nautinnon hakemiseksi. (Elomaa 2008, 136–137.)

3.1 Diakonian toteutuminen projektissa

Seksuaaliterveyskasvatustapahtumassa toteutettiin diakoniatyön yhteiskunnallista vaikuttamista ja se toteutettiin siten, että oppilaiden kulttuuriset lähtökohdat ja ympäristön olot huomioitiin. Oppilaat kohdattiin tasavertaisina ihmisinä, ja oppilaiden lähtökohdat huomioitiin opetuksessa. Lähtökohtaisesti opetuksessa tuli huomioida muun muassa tytön perhe, yhteisö, ympäristö ja asema yhteiskunnassa.

Opetuksen sisältöön kuului sukupuolten välisen tasavertaisuuden korostaminen, sillä tämän toteutuminen Keniassa on puutteellista. Lisäksi opetuksessa painotettiin jokaisen yksilön oikeutta omaan kehoonsa ja yksityisyyteensä. Tällöin toteutui myös kansainvälisen diakoniatyön periaate toimia köyhimpien ja syrjäytettyjen parissa heidän ihmisoikeuksiaan puolustaen. Seksuaaliterveyden edistäminen on osa kansainvälistä diakoniaa, sillä sen tarkoituksena oli toimia ihmisarvoisen elämän edellytysten luomiseksi. Seksuaaliterveyden edistämisen vaikutukset näkyvät Keniassa yhteiskunnallisella tasolla merkittävästi. Käytännössä vaikutukset ulottuvat laaja-alaisesti köyhyyden ja syrjäytymisen osa-alueille, joten näiden tekijöiden ennaltaehkäiseminen kuuluu olennaisena seksuaaliterveyden edistämiseen. Puhuttaessa kenialaisten tyttöjen elämänhallinnan parantamisesta on huomioitava resurssit, joiden puitteissa opittuja asioita voidaan toteuttaa. Seksuaalisuus on kenialaisille arkaluonteinen asia: sitä toteutetaan, mutta siitä vaietaan. Seksuaalisuudesta vaikeneminen on yksi vaikuttava tekijä, joka aiheuttaa kohtalokkaita seuraamuksia yksilöille, yhteisöille ja yhteiskunnalle.

Seksuaaliterveyskasvatustapahtumassa nousi selvästi esille diakoniatyön tehtävä toimia paikassa, jossa ihmisten elämässä tuntuu olevan paljon epäonnistumisia ja vähäisiä mahdollisuuksia elämänlaadun parantamisessa. (Malkavaara 2000, 27). Keniassa ihmisten oma tietotaito ja arkielämän voimavarat eivät ole riittäviä turvaamaan omaa tai toisen ihmisen terveyttä. Tämä aiheuttaa ihmisen elämässä vakavia seurauksia, kuten kuolemista aidsiin. Nämä vaikutukset näkyvät kaikilla elämänhallinnan osa-alueilla ja lisäävät ihmisen elämässä epätoivoa ja turvatto-

muutta. Oppimisen ja tiedon lisäämisen avulla ihmisillä on mahdollisuus lisätä kykyä toimia vastuullisesti omaa terveyttä edistäen. Elämänhallinnan paraneminen tutkitusti edistää terveyttä ja sosiaalista tilannetta.

3.2 Johtopäätökset

Seksuaaliterveyskasvatusprojektin keskeisenä johtopäätöksenä on, että Keniassa nuorten tyttöjen tietämys seksuaaliterveyteen liittyvistä tekijöistä on puutteellista ja siihen suurin vaikuttava tekijä on aiheeseen liittyvä kulttuurissa vallitseva tabu. Puutteellisen tiedon lisäksi Keniassa painottuu yleisesti seksuaalisuuteen liittyvien väärin uskomusten yleisyys. Seksuaaliterveyskasvatusprojektin toteutuksessa esiintyi myös koulun henkilökunnalla puutteita ja vääriä uskomuksia. Näitä olivat muun muassa uskomus, että kondomeissa on reikiä tai käytettäessä kondomia se voi mennä naisen vatsaan. Teiniraskaudet ovat tytöille suuri häpeä, ja synnytettyään he ovat valmiita luopumaan lapsestaan, jopa päätymällä hylkäämään lapsen. Huolestuttavan usein tytöt ajautuvat prostituutioon elättääkseen itsensä ja lapsensa. Tavallinen teiniraskauden seuraus on myös yhteisöstä hylkääminen. Seksuaalisuutta, sukupuolitauteja, HIV:iä/aidsia ja teiniraskauksia leimaavat häpeä ja puhumattomuus.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että seksuaaliterveyskasvatusta tarvitaan kenialaisissa kouluissa säännöllisesti ja sen tulee perustua avoimeen vuorovaikutukseen. Keniassa vallitsevan seksuaaliterveystilanteen muuttuminen vaatii ennaltaehkäiseviä toimia sekä kulttuurissa vallitsevan seksuaalisuuteen liittyvän häpeän ja tabun poistamista. Länsimaista seksuaaliterveyskasvatusta voidaan pitää esimerkillisenä avoimeen vuorovaikutukseen perustuvana opetustapana. Länsimaisessa terveyskasvatuksessa painotetaan ennaltaehkäisyä, eikä seksuaalista kanssakäymistä paheksuta tai moralisoida kuten kenialaisessa kulttuurissa. Tämä antaa vapaille vuorovaikutukselle ja seksuaalisuuden käsittelylle mahdollisuuden. Projektin aikana tyttökouluun oppilaat avautuivat projektityöryhmän jäsenille asioista, mitkä

olisi luultavasti tuomittu kenialaisten toimesta. Projektin toteutuksen aikana kävi myös ilmi, että luottamuksen puute tyttökouluun oppilaiden ja kenialaisen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten välillä oli merkittävä syy, mikä vähentää tyttöjen halukkuutta keskustella seksuaaliterveysasioista heidän omassa yhteisössä.

4 POHDINTA

Ennen Keniaan lähtöä hahmoteltiin mahdollista opinnäytetyön aihetta, jonka voisi toteuttaa opiskelijavaihdon aikana Keniassa. Ennakkotietoa tulevasta toimintaympäristöstä saatiin hyvin vähän, mikä hankaloitti opinnäytetyöprojektin suunnittelua etukäteen Suomessa. Vasta Keniassa projektin aihe selkiytyi ja sen tarpeellisuus korostui Karibuni Secondary Schoolilta tulleen pyynnön jälkeen. Oli erittäin myönteistä kokea olevansa tervetullut paikalliseen yhteisöön tekemään arvokasta työtä. Ihmisten vastaanottavaisuus helpotti orientoitumista projektiin. Sirisiassa on toteutettu useita terveystieteiden projekteja, joten tämä projekti haluttiin syventää kohdistamaan seksuaalikasvatukseen. Yksi suurimpia perusteita valinnalle oli maassa ja erityisesti maaseudulla vallitseva puutteellisen seksuaaliväestön tilanne.

Keniassa ollessa tiedostimme länsimaisen ja kenialaisen kulttuurien välillä vallitsevan suuria eroja. Oli hämmentävää kokea, kuinka erilaisia näkemyksiä kulttuurien välillä vallitsee ja kuinka suuri ero elintasoissamme on. Vaikka koulun henkilökunta tietää eurooppalaisten näkemyksen seksuaaliterveysasioissa, he silti pyytävät ulkomaalaisia toteuttamaan seksuaaliterveyskasvatusta. Syynä tähän voi olla, että opettajien on vaikeaa puhua oppilaille seksuaalisuuteen liittyvistä asioista: ainoa, mihin he oppilaita kehottavat, on seksuaalisesta kanssakäymisestä pidättäytyminen. Suomalaisessa kulttuurissa seksuaalikasvatuksessa painotetaan ennaltaehkäisyä alusta alkaen, ja seksuaaliterveydestä puhutaan yhteiskunnassamme hyvin vapaasti. Ennaltaehkäisyn näkökulmasta annettavaa seksuaalikasvatusta tulisi mielestämme tehostaa myös Keniassa. Opinnäytetyö-projektin toteuttamisen myötä konkretisoitui, kuinka seksuaaliterveyden edistäminen ulottuu ihmisen hyvinvointiin kokonaisvaltaisesti. Se toimii näkökulmana sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä diakoniatyössä.

Tiedonhaun ja Keniassa tehtyjen havaintojen pohjalta esille nousseita ongelmia ovat teiniraskaudet, stigma, sukupuolitaudit, HIV/Aids, naisten huono asema, syrjäytyminen, köyhyys, hyvinvoinnin puute, terveystieteiden alhainen taso sekä seksuaalisuuteen liittyvä tabu. Ryhmittelimme nämä ongelmat yhdistävien tekijöiden mukaan alakategorioihin. Alakategorioiksi muodostuivat kouluttamattomuus sekä tiedon ja taidon puute, terveystieteiden puute, seksuaaliterveyteen liittyvät asenteet, väestön alhainen elintaso sekä tartuntataudit. Lopullisia pääkategorioita muodostui kolme, joita ovat ei-toivottu terveystietäytyminen, köyhyys sekä saatavilla oleva terveystieto.

Mikkelin ammattikorkeakoulun Keniassa tehdyn tutkimuksen tulosten pohjalta voidaan todeta, että suurimpia syitä ei-toivottuun terveystietäytymiseen ovat väestön kouluttamattomuus ja terveystieteiden puute. Tutkimusryhmän havainnointien mukaan tiedon puutteeseen vaikuttavat naisten nuorena raskaaksi tulo, minkä seurauksena heillä ei ole rahaa eikä aikaa kouluttautumiseen. Nuorten äitien suuri määrä olikin yksi näkyvimmistä tiedon puutteen ja kouluttamattomuuden seurauksista. (Putkinen & Vanne 2010, 47–49.) Toinen tiedonpuutteeseen vaikuttava tekijä on stigmatyönnön eli leimautumisen pelko. *”Voisitteko te tuoda meille kondomeja? Itse emme voi niitä hakea, sillä terveystieteiden henkilökunta kertoo siitä koululle”*, tällä voi havainnollistaa leimautumisen pelkoa eräällä Karibuni- koulun tytöllä.

Koulutustaso on pitkälti riippuvainen elintasosta. Köyhyyden ongelmat terveyden kannalta voidaan jakaa alhaiseen elintasaan ja terveydenhuollon resurssipulaan. Alhainen elintaso vaikuttaa ihmisen terveyteen: ei ole varaa kouluttautua, hoitaa ja ylläpitää terveyttään. Resurssipulan muodostavat ammattitaitoisen henkilökunnan pula, välinepula, lääkepula ja tilojen puutteellisuus. Erityisesti ammattitaitoisten terveystietäyttäjien puutteen vuoksi terveystieteiden toteutus jää vähäiselle. (Putkinen & Vanne 2010, 51–52.)

Keniassa terveystasvatuksen saatavuus ja taso vaihtelee paikoittain. Maaseuduilla matkat ovat pitkiä, eikä terveystasvatus tästä johtuen välttämättä tavoita kaikkia, vaikka juuri siellä tarve olisi suurin. Seksuaaliterveystasvatus olisikin hyvä aloittaa jo alakoulussa, mikä on ilmainen kaikille kenialaisille. Terveystasvatuksen antamisen tekee haasteelliseksi myös suuret oppilasmäärät, sekä opettajien tiedot ja aiheen tabu. HIV-epidemia on osaltaan vaikuttanut koulutukseen. Opettajien ja koulutusvirkailijoiden kuolleisuus on aiheuttanut koulutustason laskua. Alakoulun muuttua maksuttomaksi opettajilla on ollut enemmän orpoja ja muita oppilaita kuin he pystyisivät laadukkaasti opettamaan. (UNGASS 2008.)

4.1 Seksuaaliterveystasvatusprojektin eettisyyden pohdintaa

Diakonia-ammattikorkeakoulun keskeisiä arvoja ovat kristillinen lähimmäisenrakkkaus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, avoin vuorovaikutus ja vaikuttava toiminta. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2009.) Pohtiessamme projektin eettisiä valintoja projektin kohderyhmä ja aihevalinnat sekä opetuksen sisällön perustelu nousivat erityisesti esille. Projektin kohderyhmänä olivat 14—18-vuotiaat Karibuni-tyttökoulun oppilaat. Ikäryhmä on Keniassa erityisesti alttiina teiniraskauksille, sukupuolitaudeille ja HIV-infektioille. Lisäksi tyttöjen asema on Keniassa selvästi poikien asemaa huonompi. Kohderyhmää rajatessa tarkoituksena oli erityisesti vaikuttaa kulttuurilähtöisesti poikia huonommassa asemassa olevien tyttöjen asemaan. Kenialaisen kulttuurin näkökulmasta tytöille seksuaaliterveystasvatusta antavat naiset ja poikia puolestaan valistavat miehet.

Seksuaaliterveystasvatusprojektin toteuttamisessa tiedostettiin olevan kulttuuria ja yhteiskunnan arvoja loukkaavia tekijöitä. Projekti toteutettiin tietoisesti, ja jo ennalta tiedettiin kenialaisten suhtautuminen avoimeen vuorovaikutukseen perustuvaan seksuaaliterveyden edistämiseen. Kenialaiset ajattelevat usein avoimeen vuorovaikutukseen perustuvan seksuaalikasvatuksen rohkaisevan nuoria seksuaaliseen kanssakäymiseen. Eettisessä tarkastelussa esille nousivat kenialaisten tyttöjen

voimattomuus vallitsevaan tilanteeseen vaikuttamiseen vielä nykyään. Projektin toteutus oli osa vaikuttavaa toimintaa, jonka tavoitteena on vaikuttaa pitkällä aikavälillä tyttöjen aseman paranemiseen ja eriarvoisuuden poistamiseen Keniassa. Diakonia- ja kehitysyhteistyön yhtenä tavoitteena on pyrkiä poistamaan epätasa-arvoa. Yksi sosiaalista oikeudenmukaisuutta lisäävä tekijä on tasa-arvon parantaminen tyttöjen ja poikien välillä.

Kulttuurin merkitys opetuksessa oli yllättävän suuri, ja se loi omat haasteensa projektin toteuttamiselle. Projektin eettisyyttä pohdimme usein ja jouduimme kyseenalaistamaan omat käsityksemme oikeasta ja väärästä. Suomalaisessa kulttuurissa sukupuolitautilien ja raskauksien ehkäisyn painopiste on ehkäisyssä, mutta kenialaisessa kulttuurissa painotetaan pidättäytymistä ja uskollisuutta puolisoa kohtaan. Kulttuurin vaikutus ehkäisyneuvonnassa näkyi väärinä uskomuksina ja äärimmäisyyksien ilmiöinä, kuten kondomien käytön mustamaalaamisena. Kulttuurin ja uskonnon välillä vallitsee ristiriitoja, sillä esimerkiksi afrikkalainen kulttuuri ei tunne selibaattia ja katolinen kirkko kehottaa ihmisiä selibaattiin. Seksuaaliterveyskasvatusprojektia toteuttaessamme pohdimme, voiko tällainen ristiriita aiheuttaa osaltaan ihmisten holtitonta seksuaalikäyttäytymistä.

5 LÄHTEET

- Akai, Paul. District social worker. Bungoma District Hospital. Kenya. Henkilökohtainen tiedonanto. 18.11.2009.
- Alexander, Judith E; Andrews Robards, Karen D; Beagle Carolyn J; Butler, Pam; Dougherty, Deborah A; Solotkin, Kathleen C & Velotta Catherine. 1994. Kulttuurilähtöisen hoidon teoria. Teoksessa: Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Marriner-Tomey, Ann (toim.). Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Alkio, Paula; Mattila, Mirka & Tuominen, Jenni. 2004. Seksuaaliterveyden tila maailmassa. Väestöliitto. Viitattu 1.3.2010. http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d73e101e8ab5294d4be4529cce89b72e/1269420498/application/pdf/313065/Vaestoliitto_parempi.pdf
- Arvilommi, Nicola. 2005. Monikulttuurisuus sosiaali- ja terveysalan ammatillisena haasteena. Helsinki. Diakonia-Ammattikorkeakoulu.
- Auvinen, Aila. 2002. Konstruktivistinen oppimiskäsitys. Oulu: Opettajakorkeakoulu. Kärkiluento. Viitattu 30.11.2010. http://ntsat oulu.fi/Henkilökunta/jaako/pk/m/Konstruktivistinen_oppimiskasitys.pdf
- Cox, David & Pawar, Manohar. 2006. International social work. Issues, strategies and programs. Sage publications. Thousand oaks. Viitattu 15.2.2011. <http://books.google.fi/books?id=sqOYGZWNmuAC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu. 2009. Diak on arvoyhteisö. Viitattu 10.11.2010. <http://www.diak.fi/arvot>
- Elomaa, Jouni. 2008. Katolinen kirkko ja ihmisen seksuaalisuus. Teoksessa: Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Brusila, Pirkko (toim.). Keuruu: Otavan kirjapaino.

- Ewles, Linda & Simnet Ina. 1992. Terveyden edistämisen opas. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Faith in the city. 1985. A Call for Action by Church and Nation. The report of the Arch bishop of Canterbury's Commission on Urban Priority Areas. Viitattu 9.11.2010.
<http://www.cofe.anglican.org/info/papers/faithinthecity.pdf>
- Hakala, Pirjo. 2002. Ihmisen kokonaisvaltainen auttaminen. Teoksessa: Diakonia-työn käsikirja. Helosvuori, Riitta; Koskenvesa, Esko; Niemelä, Pauli & Veikkola, Juhani (toim.). Helsinki: Kirjapaja Oy, 233- 266.
- Hakulinen, Tuovi; Hirvinen, Eila & Koponen, Päivikki. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisömuutoksessa: Näkökohtia terveyteen. Teoksessa: Terveyden edistäminen — Uudistuvat työmenetelmät. Hakulinen, Tuovi; Hirvinen Eila; Koponen, Päivikki; Pietilä, Anna-Maija; Salminen, Eeva-Maija & Sirola, Kirsi (toim.). Helsinki: WSOY.
- Healy, Lynne M. 2001. International Social Work: Professional Action in an Interdependent World. Oxford University Press, New York. Viitattu 15.2.2011.
<http://site.ebrary.com/lib/diak/docDetail.action?adv.x=1&d=all&f00=all&f01=&f02=&hitsPerPage=500&p00=International+social+work%3A+profession-al+action+in+an+interdependent+world&p01=&p02=&page=1&id=10229902>
- Helne, Tuula. 2002. Syrjäytymisen yhteiskunta. STAKES: Helsinki
- Häkkinen, Seppo. 2003. Verkostoituminen ja yhteistyö. Teoksessa: Seurakuntatyön johtamisen käsikirja. Huhta, Erkki; Poutiainen, Matti; Totro, Timo & Turunen, Raimo (toim.). Helsinki: Kirjapaja.
- Isoherranen, Kaarina; Rekola Leena & Nurminen Raija (toim.) 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- IFSW. 2009. Sosiaalityön määrittely (finnish version). Viitattu 15.2.2011.
<http://www.ifsw.org/p38000408.html>

- Johns Hopkins School of Public Health. 1995. Population Information Program. Viitattu 1.4.2010. http://info.k4health.org/pr/j41/j41chap2_5.shtml
- Cox, Shirley E; Frost, Caren J; Gerritsen-McKane, Ruth; Panos, Angelea & Panos Patrick T. 2009. HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: A Discussion Regarding the Unique Capabilities of International Social Work Researchers, Educators, and Treatment Providers. Journal of Global Social Work Practice. Volume 2, Number 2, November/December 2009. Viitattu 21.2.2011.
<http://www.globalsocialwork.org/vol2no2/Panos.html>
- Juhila, Kirsi. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina - sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino: Tampere
- Junttila, Kirsi. 2006. Mitä on köyhyys? Viitattu 15.2.2011.
<http://maailma.net/node/141291/1/>
- Juntunen, Elina; Grönlund, Henrietta & Hiilamo Heikki. 2006. Viimeisellä luukulla. Helsinki: Hakapaino.
- Jyväskylän yliopisto 2006. Opiskelijoiden hyvinvointi ja sen tukeminen. Viitattu 16.2.2011.
https://www.jyu.fi/hallinto/strategia/tyoryhmaraportit/opiskelijoiden_hyvinvointi.pdf
- Karani, Catrine. Midwife. Sub-District Hospital Sirisia. Kenya. Henkilökohtainen tiedonanto. 20.10.2009.
- Kekäläinen, Annu & Roos, Jonna. 2006. Päiväntasaajan valo ja varjot : Afrikkalaisien naisten vahvuus ja taakka. Helsinki: Väestöliitto.
- Kipmenwo, Mary. Teacher. Kakamega Masinde Muliro University. Kenya. Henkilökohtainen tiedonanto. 5.3.2010.
- Kirkon Ulkomaanapu. 2009. Kansainvälinen diakonia asettuu heikoimpien rinnalle. Viitattu. 20.8.2010
http://www.kua.fi/ylanavigointi/seurakunnat/yhteyshenkilot/mita_yhteys_henkilo_tekee/kansainvalinen_diakonia/?id=302

- Koskinen, Pirkko. 2009. Kulttuuri, monikulttuurisuus, monikulttuurinen hoitotyö ja maahanmuuttaja käsitteinä. Teoksessa: Monikulttuurinen hoitotyö. Abdelhamid, Pirkko; Juntunen, Anitta & Koskinen, Liisa. Helsinki: WSOY.
- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo & Savola, Elina. 2005. Terveysten edistäminen esimerkein- Käsitteitä ja selityksiä. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisu – sarja 3/2005. Helsinki: Terveysten edistämisen keskus. Viitattu 19.6.2010.
http://www.health.fi/timage.php?i=100311&f=1&name=Terveyden_edistaminen_esimerkein.pdf
- Laine, Terhi; Hyväri, Susanna & Vuokila-Oikkonen Päivi (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Leininger, Madeleine 1997. Transcultural Nursing Research to Transform nursing Education and Practice: 40 years. Journal of Nursing Scholarship. Volume 29 (4), Fourth Quarter 1997.
- Lema, V.M. & Njau, P.W. 1988. A review of research in adolescent fertility in Kenya. Centre for the study on adolescence. Viitattu 30.5.2010.
http://www.csakenya.org/pdfs/review_of_research_in_adolescent_fertility.pdf
- Liinamo, Arja. 2005. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta, arviointia terveyden edistämisen viitekehysessä. Viitattu 14.6.2010.
<http://dissertations.jyu.fi/studsport/951392176X.pdf>
- Lyons, Karen. 1999. International social work: Themes and Perspectives: Ashgate. Aldershot.
- Lyons, Karen; Manion, Kathleen & Carlsen, Mary. 2006. International Perspectives on Social Work. Global conditions and local practice. Palgrave Macmillan. New York.
- Malkavaara, Mikko 2000. Diakonian, teologian ja diakonian teologian murrokset. Teoksessa: Kirkonkirjat köyhyydestä. Heikkilä, Matti; Karjalainen, Jouko & Malkavaara, Mikko (toim.). Pieksämäki: Kirkkopalvelut.

- Mukhaweka, George. District social worker Sirisia. Kenya. Henkilökohtainen tiedonanto 15.10.2009.
- Naloosia-projektin suunnitelma Ulkoasianministeriölle. 2005. Project Plan 2006-2008.
- Naloosia projekti.2006. Report of Naloosia Project Plan 2006.
- Ollila, Anne K. 2008. Kerrottu tulevaisuus- alueet ja nuoret, menestys ja marginaalit. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Opetushallitus. 2009. Kohti vuotta 2015- YK:n vuosituhattavoitteet Suomen kehitysyhteistyön pääkumppanimaissa. Viitattu 19.10.2010. <http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/mdg/kenia.html>
- Oulun yliopisto i.a. Opiskelijan hyvinvointisivusto. Viitattu 16.2.2011. <http://www oulu.fi/hyvinvointi/>
- Putkinen, Elina & Vanne Ida. 2010 Havaintoja terveysongelmista ja terveyskasvatuksesta Kenian Kisumussa sekä Ugandassa Kampalan ja Mpigin ympäristössä. Mikkelin Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 15.2.2011. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23631/putkinen_vanne.pdf?sequence=1
- Rauste-Von Wright, Maijaliisa; Soini, Tiina & Von Wright Johan. 2003. Oppiminen ja koulutus. Juva: WS Bookwell Oy.
- Rintatalo, Paula. 1999. Kun yhteiskunnan todellisuus musertaa: kontekstuaalista teologiaa Englannissa. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B 2. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Rintatalo, Paula. 2000. Elämän vaikeuksien syveneminen askarruttaa diakoniatyössä. Teoksessa: Kirkonkirjat köyhyydestä. Heikkilä, Matti; Karjalainen, Jouko & Malkavaara, Mikko (toim.). Pieksämäki: Kirkkopalvelut.
- Suomen evankelis-luterilainen kirkko. 2009. Diakonia Suomessa. Viitattu 20.8.2010. <http://www.evl.fi/kkh/to/kdy/diakoniasuomessa.html>
- Tapanainen, Ilona. 2009. Sosiaalityön kehitys yhteistyön kentällä. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

- Ulkoasiainministeriö. 2006. Puolet kenialaisista elää köyhyydessä. Viitattu 16.6.2010.
<http://global.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=32320&contentlan=1&culture=fi-FI>
- Ulkoasiainministeriö. 2006. Suomen suurlähetystö. Nairobi. Viitattu 16.6.2010.
<http://www.finland.or.ke/public/default.aspx?nodeid=32176&contentlan=1&culture=fi-FI>
- Ulkoasiainministeriö. 2006. Kenia on Itä-Afrikan suurin talous. Viitattu 16.6.2010.
<http://global.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=15789&contentlan=1&culture=fi-FI>
- Ulkoasiainministeriö. 2006. Aidsin vaikutukset näkyvät orpojen määrässä. Viitattu 20.10.2010.
<http://formin.finland.fi/public/default.aspx?contentid=45911&nodeid=37950&contentlan=1&culture=fi-FI>
- UNAIDS. i.a. Education: in and out of school settings. Viitattu 26.7.2010.
<http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/Education/>
- UNGASS. 2008. United Nations General Assembly. Special Session on HIV and AIDS.
http://data.unaids.org/pub/Report/2008/kenya_2008_country_progress_report_en.pdf
- Unicef. 2004. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections Kenya. Viitattu 20.5.2010.
http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets01/kenya_en.pdf
- Yhteinen maailmamme i.a. Viitattu 15.6.2010.
http://www.yhteinenmaailmamme.fi/fin/tosiasioita_maailmasta/naisen_asema/?id=17
- Ylänkö, Maaria. 1998. Afrikkalainen potilas suomalaisessa terveydenhuollossa. Teoksessa: Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Tuominen, Risto (toim.). Juva: WSOY
- Vogel, Teresa. Sister of Catholic church Kakapel.Kenya. Henkilökohtainen tiedonanto. 10.10.2009.

- Väestöliitto. 2006. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. Viitattu 17.6.2010. <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/54200c396f0dba4177bfddb740b0d9de/1282896276/application/pdf/263806/Sekstervpolohjelma.pdf>
- Were, Clement. 2005. Health education. Teoksessa: Holistic Care- from rhetoric to reality. Barr, Hugh; Serlo, Kaijaleena & Walukano, Richard (toim.). Oulu: Polytechnic, Communication Services. 130-135.
- WHO. 2004. Health for all in the 21st century, history. Viitattu 16.6.2010. www.who.int/archives/hfa/history.htm
- WHO. 1998. Health Promotion Glossary. Viitattu 16.6.2010. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
- WHO. 2009. Sexual & Reproductive Health (SRH)- Overview. Viitattu 15.6.2010. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=871&Itemid=1501
- Xu, Qingwen. 2006. Defining international social work. A social service agency perspective. International Social Work 49 (6), 679-692. Viitattu 15.2.2011. <http://isw.sagepub.com/content/49/6/679.full.pdf+html>

LIITE 1: Interview

1. Name
2. Occupation
3. How are the sexual things seen in your work?
4. How is the early age pregnancy seen in your work?
5. What kind of consequences there are if a girl gets pregnant very young?
6. Are man and woman equal what comes to things about sexual life? For example is it possible that woman refuses sexual intercourse.
7. How do you find the position of young girls?
8. How are the girls brought up?
9. Is there a gender difference in upbringing?
10. Is there any health education given in home or school for girls?
11. How do you find the sexual health education held by Finnish?
12. How do you think the sexual health education should be developed?
13. Do you participate social education of young girls?
14. How are sexually transmitted diseases/ HIV seen in your work?
15. Do you think that young girls know enough about these things?

LIITE 2: Early Age Pregnancy

Early age pregnancy is dangerous for both mother and child.

- haemorrhage
- sepsis
- pregnancy-induced hypertension (including pre-eclampsia and eclampsia)
- obstructed labour (caused by cephalopelvic disproportion)
- complications of unsafe abortion
- iron-deficiency anaemia
- maternal death (2-4 times higher)
- premature births (under 15-year olds have greater risk to premature labor, spontaneous abortion, stillbirth and low birth weight infants)

These complications are possible in all pregnancies but the risks are much higher (2-4 times higher) for girls under 20 years. These risks are higher for young women not only because of their age but also because births to younger women often are first births, which are riskier than second, third, or fourth births. Socioeconomic factors (poverty, malnutrition, lack of education, lack of access to prenatal care or emergency obstetrical care) can further increase a young woman's risk of pregnancy related complications.

Social and Economic Consequences of Early Childbearing

Woman who has her first child before age of 20 is more likely to

- obtain less education

In Kenya alone nearly 10 000 are forced to leave school every year because they are pregnant. Most young women can't return to school after giving birth because they must take care of the child. Many young women risk unsafe abortion to avoid leaving school.

- have fewer job possibilities and lower income

because of lack of education

- be divorced or separated from her partner
 - live in poverty
 - might weaken to opportunity for study because mother has to take care for her family in home
 - all in all life is more complicated without education than when person is educated- education raises self-esteem and increases equality between women and men (girl can be proud for herself when she learns new things and she is not so depended on others)
 - When person is educated, she can educate her children more probably
 - Education gives completion to raise children because education develops mentalcapacity
 - Pregnancy before getting married might cause conflicts between mother and her childhood family→ mother's risk to make a dangerous and illegal abortion grows
 - There is time to get children later in adulthood

LIITE 3: STD'S

Sexually transmitted diseases (STD) are spread from one person to another by sexual contact. The most common STD's are gonorrhoea, Chlamydia, genital warts, genital herpes and syphilis. It is possible to have many STD's at the same time.

STD do not show signs easily in some people, especially women. This makes it difficult for women to know earlier whether they are infected. They get to know about the infection when the disease is at an advanced stage. Many STD's have no obvious symptoms of illness. A person who does not show any signs can give the disease to someone else. Most STD's can be treated and all of them can be prevented. Only protection in sexual intercourse against STD's is condom and that's why it should be used every time a person has sex.

Genital Warts

Genital warts are caused by virus that is spread in sexual contact. They can spread by sexual intercourse or even in genital contact without the penetration. The virus that causes the warts can also expose to on cervical cancer and that's why it's also important to use condom to prevent the getting the virus. Warts might go away without treatment, but this may take a long time. You should go to see doctor if you have genital warts to get treatment. Once you have had the warts, you might get them again.

Symptoms

Men can have warts on the penis or inside it, on scrotum or the anus.

Women can have warts on lips of vagina around the anus or inside the vagina.

Warts are small, hard, whitish or brownish skin growths that have a rough surface.

Warts can itch.

It is possible to have genital warts and not know it if the warts are inside of vagina or inside the tip of the penis.

Gonorrhoea and Chlamydia

Both men and women can have gonorrhoea or Chlamydia without any signs. They also can have the same signs, though gonorrhoea usually starts sooner and it is more painful. If not treated properly, both gonorrhoea and Chlamydia can make a man or a woman sterile.

Possible symptoms

Woman:

Yellow or green discharge from the vagina or anus

Pain in the lower belly

Fever

Pain during sex

Man:

Drops of pus from the penis

Sometimes there is painful swelling of the testicles

Both man and woman

Pain or burning during urination

Rash or sores all over the body

Painful swelling in one or both knees, ankles or wrists

Syphilis

Signs:

The first sign is usually a sore, called a chancre. It appears 2-5 weeks after sexual contact. The chancre may look like a pimple, a blister, or an open sore. It usually

appears in the genital area, or less commonly on the lips, fingers, anus or mouth. The sore is usually painless and if it is inside the vagina a woman may not know she has it. This sore is full of germs, which are easily passed on to another person. The sore only lasts for a few days and then goes away by itself without any treatment, but the disease continues spreading through the body. Weeks or months later there may be sore throat, mild fever, mouth sores or swollen joints, a painful rash or pimples all over the body, ring shaped welts and itchy rash on the hands or feet.

Genital Herpes

It is a painful skin infection, caused by a virus. Small blisters appear on the genital area. Genital herpes occasionally appears on the mouth from oral sex, but it is different from the kind of herpes that commonly occurs on the mouth, which is not spread by sex.

Signs:

One or more very small painful blisters, like drops of water on the skin, appear on the genitals, anus, buttocks or thighs. The blisters burst and form small, open sores that are very painful. The sores dry up and become scabs. The herpes sores can last for 3 weeks or more, with fever, aches, chills, and swollen lymph nodes in the groin. They may be pain when the woman pees. Virus stays in the body after all the signs disappear. New blisters may appear at any time.

Social and Economic Consequences of sexually transmitted diseases (STD)

Might cause social problems

- Self-esteem can get worse when person knows that she has STD
- Because of shame person might not want to get treatment (e.g. condyloma virus might cause cancer if person don't get treatment)
- STD might cause fear about that how person and her family survive

- If person get sick for STD she has to get to the hospital to get treatment immediately
- It is also important to discuss about the STD with someone reliable person

Sexual behaviour

- Person must refuse to sex as long as she feels to be ready for having sex
- Person shouldn't have to have sex with anybody that she doesn't want to e.g. it is not allowed to have sex with the teacher)
- No one shouldn't have sex for money or other things
- Education gives an opportunity to choose better life- or sexpartner→while self-esteem rises person insist also more for her sexpartner (there is less rapes and other violence)

LIITE 4: HIV

HIV = Human Immunodeficiency Virus

HIV is a virus that gradually attacks immune system cells. As HIV progressively damages these cells, the body becomes more vulnerable to infections, which it will have difficulty in fighting off. It is at the point of very advanced HIV infection that a person is said to have AIDS. It can be years before HIV has damaged the immune system enough for AIDS to develop.

At this time, doctors don't know of any way to rid the body of HIV. There is no cure. Once you've been infected, you have it for life.

In Kenya it is estimated that 2,2 million people are infected with HIV/AIDS – Almost 7 % of the population, while 1,5 million people have already died from the virus. 700 people are dying because of Aids daily.

Currently, one out of every eight adults in rural Kenya is infected. In urban areas, nearly one out of every five adults is infected. It is estimated that there are 800 new infections every day.

More than 50 % of hospital beds are occupied by people suffering from AIDS-related complications, causing an immense strain on limited medical facilities. 8 % of men and nearly 14 % of women carried the virus that causes AIDS. As is typical across Africa, women are at much higher risk of becoming infected with the virus.

How is HIV/AIDS transmitted?

HIV lives in blood and other body fluids that contain blood or white blood cells. People have gotten HIV through:

- Unprotected sexual intercourse with an HIV-infected person. This includes vaginal or anal intercourse, and oral sex without a condom.
- Intercourse while a woman is having her period, or during outbreaks of genital sores or lesions (caused by herpes and other sexually transmitted diseases) can increase the risk of HIV transmission.
- Sharing drug injection equipment (needles and/or works); or being accidentally stuck by needles or sharp objects contaminated with infected blood.
- infected blood used in transfusions, and infected blood products used in the treatment
- Pregnancy, childbirth, and/or breastfeeding, where the virus is passed from mother to child.
- Transplanted organs from infected donors.

HIV and AIDS are not transmitted through casual contact (that is, where no blood or body fluids are involved), like shaking hands, sharing bed, clothes, towels or any item HIV is what gets passed from person to person. People don't "catch AIDS"; they "become infected with HIV."

Symptoms

HIV may not show any symptoms. People can live their lives for several years without knowing they have the virus.

The main symptoms are rapid weight loss, dry cough, recurring fever or profuse night sweats, profound and unexplained fatigue diarrhoea that lasts for more than a week. There might be also swollen lymph glands.

You should not rely to the symptoms. The only way to know if you are infected is to get tested.

Prevention

Only way to protect yourself from the virus is by USING A CONDOM and GET TESTED before having sex with a new partner. The partner should be tested also.

Social and Economic Consequences of HIV/Aids

Poverty > because people cannot go to work

Children cannot go to school because they have to care of the sick

Not enough labour society and community > low income

Stigma/ embarrassment> won't get treated

Thousands of orphans

Mental issues> affects whole family

Physical, social and mental are linked to each other

LIITE 5: OPINNÄYTETYÖ SUUNNITELMA

”KOULUTTAMALLA TYTÖN KOULUTAT SAMALLA KOKO KYLÄN” SEKSUAALITERVEYSKASVATUSPROJEKTI KENIASSA KARIBUNI TYTTÖ- KOULUN OPPILAILLE

Tiina Rantapirkola ja Eeva Saviniemi
Projektisuunnitelma kevät 2010
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak Pohjoinen, Oulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)
Sosiaalialan koulutusohjelma
Diakonisen sosiaalityön
suuntautumisvaihtoehto
Sosionomi (AMK)+diakonin
virkakelpoisuus

SISÄLLYS

1 SEKSUAALITERVEYSKASVATUSPROJEKTIN TAUSTA	2
2 SEKSUAALITERVEYSKASVATUSPROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Teoreettiset perusteet projektin sisältöön	7
3 PROJEKTIORGANISAATIO	9
3.1 Projektiryhmä	9
3.2 Projektin ohjausryhmä	9
3.3 Tukiryhmä.....	9
4 SEKSUAALITERVEYSKASVATUSPROJEKTIN TAVOITTEET JA TARKOITUS	11
4.1 Tulostavoitteet	11
4.2 Toiminnalliset tavoitteet.....	11
4.3 Oppimistavoitteet.....	12
5 PROJEKTIN TOTEUTUSSUUNNITELMA JA RISKIT	13
5.1 Projektin suunnitelma	13
5.2 Projektin toteutus.....	14
5.3 Terveyskasvatusprojektin mahdolliset riskit.....	15
6 PROJEKTIN AIKATAULU JA RESURSSIT	17
7 PROJEKTIN RAPORTOINTI JA ARVIOINTI	18
LÄHTEET	19

LIITE 1: Early age pregnancy

LIITE 2: STD'S

LIITE 3: HIV

1 SEKSUAALITERVEYSKASVATUSPROJEKTIN TAUSTA

Diakonia-ammattikorkeakoulun opiskelijoilla on mahdollisuus suorittaa kansainvälisiä harjoitteluita muun muassa Keniassa. Vaihtoharjoitteluja ovat tehneet sekä sosiaali- että terveysalanopiskelijat. Keniassa Sirisian kylällä on pitkäaikainen kokemus suomalaisten järjestämistä kehitysyhteistyöhankkeista, joten kyläläisten ja suomalaisten välillä vallitsee keskinäinen luottamus. Keniassa on toteutettu paljon terveyskasvatusprojekteja suomalaisten opiskelijoiden toimesta, mutta kysyntä sille on jatkuvaa.

Diakonia-ammattikorkeakoulussa on tehty kehitysyhteistyötä Keniassa projektimuotoisena 1990-luvulta lähtien. Karibuni-projekti on Suomen ulkoministeriön rahoittama kehitysyhteistyöprojekti, jossa yhteistyökumppaneina ovat olleet Oulun diakonissalaitos ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Edellä mainittujen lisäksi Karibuni-projektissa yhteistyötahoina ovat olleet Kakamegan terveyden-huolto-oppilaitos, Moin yliopisto sekä Kenian terveysministeriö. Projektiin on kuulunut opiskelija- ja opettajavaihtoa, pienimuotoisia tutkielmia sekä ennen kaikkea ammatillista kehittämistyötä Sirisian terveyskeskuksessa ja Karibuni secondary schoolissa, joka on rakennettu kyläläisten toimesta suureksi osaksi projektin rahoilla. (Jyväskylän yliopisto i.a.) Vuonna 2006 alkanut Naloosia-projekti, on jatkoa aiemmalle Karibuni-projektille. Naloosia-projekti on päättynyt vuonna 2008 ja sen jälkeen Oulun seudun ammattikorkeakoulu on solminut opiskelijavaihtosopimuksen Kenian Masinde Muliro sekä Moin yliopistojen kanssa. (Naloosia-projektin suunnitelma Ulkoasianministeriölle 2005. Project Plan 2006–2008; Naloosia projekti.2006. Report of Naloosia Project Plan 2006.)

Idea terveyskasvatustapahtuman järjestämisestä Keniassa sai alkunsa opiskelijavaihdon myötä. Lähdimme syksyllä 2009 Keniaan suorittamaan opiskelijavaihtoa ja samalla käytännön harjoittelua, joka kuului osana monikulttuurinen ammatillisuus- opintokokonaisuuteen. Keniassa harjoittelupaikkanamme oli Länsi-

Kenia, Sirisian alue. Sirisiassa ollessamme, Karibuni Secondary koulun rehtori Mrs. Judith Wangwe. pyysi, että voisiko suomalaiset opiskelijat järjestää seksuaaliterveyskasvatusta heidän koulullaan. Keniassa terveyskasvatuksella on kova kysyntä ja ihmisillä edelleen tieto hyvin vähäistä. Erityisesti seksuaaliterveysprojekteja on kaivattu muun muassa Karibuni secondary school for girls-koulun taholta. Tietoa kaivataan kouluilla ja aiheen tabun vuoksi nuorisolla on vaikeuksia kääntyä esimerkiksi sairaalan henkilökunnan puoleen seksuaaliterveysasioissa.

Seksuaaliterveyskasvatus on terveyden edistämisen kannalta äärimmäisen tärkeää ja opetuksen tulee alkaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja sen jatkuvuus tulisi olla taattua. Ennaltaehkäisevän työskentelyn merkitys terveyden edistämisessä tulee olla ensisijainen. Nämä tekijät tekijä ovat suuressa roolissa sosiaali- ja terveysalalla ja näin tekevät projektista tarpeellisen.

2 SEKSUAALITERVEYSKASVATUSPROJEKTIN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Vertio (2003) mukaan terveyden edistäminen tarkoittaa kaikkia niitä toimia, jotka on kohdistettu sairauksien ehkäisyyn sekä terveyden edistämiseen ja parantamiseen. Tällaisia toimia ovat esimerkiksi yksilöiden ja yhteisöjen terveydentilan parantaminen, tukeminen ja puolustaminen, sekä terveyden merkityksen korostaminen. Terveyden edistämisen tarkoituksena on parantaa ihmisen mahdollisuuksia niin oman, kuin yhteisön ja ympäristön terveydestä huolehtimiseen. (Vertio 2003, 29; Ewles & Simnett 1992, 19-22.)

Käytännössä terveyden edistäminen tarkoittaa sairauksien ja niihin johtavien tekijöiden ennaltaehkäisyä ja vaikuttamista omalla terveyskäyttäytymisellä. Terveydellä tarkoitetaan holistista eli kaikki osa-alueet kattavaa terveyttä, johon seksuaaliterveys sisältyy. Seksuaaliterveyden edistämisen ydinasioita ovat seksuaalineuvonta, raskauden ehkäisy ja sukupuolitautilien vastustaminen. (Vertio 2003, 15–17.)

Suuri osa Kenialaisista on maantieteellisesti ja ekonomisesti eristyksissä, täten heillä on vain vähäinen kontakti terveydenhuoltolaitoksiin. Terveydenhuollon resursseja ei ole jaettu tasaisesti yhteisöllisen ja sivistyneen terveydenhuollon kesken. Välttämätön strategia tilanteen muuttamiseksi tulisi suunnitella niin, että köyhyyttä, kulttuuria ja muita esteitä ei tulisi enää käyttää tekosyinä terveydenhuollon kieltämiseen miltä tahansa yhteisölliseltä ryhmältä. (Were 2005, 130.)

2.1 Seksuaaliterveys

Saavuttaakseen seksuaalisen terveyden ihmisellä tulee olla mahdollisuus harjoittaa tietoihin perustuvaa nautinnollista ja turvallista seksiä. Kaikkia maailman nuoria, sukupuolesta, ihonväristä, seksuaalisesta suuntauksesta tai terveydentilasta riippumatta koskevat seksuaalioikeudet. Näistä oikeuksista tärkein projek-

tin kannalta on oikeus tietoon seksuaalisuudesta, joka velvoittaa aikuisen jakamaan tietoa seksiin liittyvistä riskeistä sekä menetelmistä, millä niitä välttää. (Väestöliitto i.a.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys määriteltiin ensimmäistä kertaa Kairossa vuonna 1994 pidetyssä YK:n kansainvälinen väestö- ja kehityskonferenssissa (International Conference on Population and Development, ICPD). Termillä tarkoitetaan kaikkia seksuaalisuuteen liittyviä terveysasioita. Sellaisia asioita ovat esimerkiksi mahdollisuus turvalliseen aborttiin, sukupuolitautilien ehkäisy ja hoito sekä mahdollisuus käyttää luotettavia ehkäisymenetelmiä. Siihen kuuluu oleellisesti myös raskaudenaikainen hoito sekä sukupuoleen liittyvän väkivallan ja perinnäistapojen vastustaminen ja vähentäminen. (Alkio & Tuominen 2006.)

Kairon konferenssin jälkeen 179 maan edustajat allekirjoittivat 20-vuotisen toimintaohjelman, joka sisälsi tavoitteita naisten aseman, sukupuolten välisen tasa-arvon, ihmisten hyvinvoinnin ja yksilöiden oikeuksien parantamiseksi. Toimintaohjelma peräänkuulutti lisääntymisterveyden ja -oikeuksien takaamista kaikille kestävän kehityksen ja ihmisten hyvinvoinnin edistämiseksi ja köyhyyden vähentämiseksi. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee seksuaaliterveyden seksuaalisuuteen liittyväksi fyysiseksi, psyykkiseksi, emotionaaliseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinnin tilaksi. (Alkio, Mattila & Tuominen 2004.)

Seksuaalikasvatus muun koulutuksen tavoin keskittyy ihmisten ajatuksiin, tarpeisiin, tekoihin ja käyttäytymiseen ja luonnollisesti terveystietojen sekä niiden oikein käyttämisen mainontaan. Tärkein tavoite koulujen terveystietokasvatuksessa on parantaa alaluokkien oppilaiden terveydentilaa ennalta ehkäisevällä hoidolla, terveyden edistämällä seksuaalikasvatuksen keinoin. Tämä mahdollistaa sen, että ihmiset voivat itse vaikuttaa terveydentilaansa. Suurin osa kenialaisista on vastaanottavaisia terveystiedoille. Se lisää heidän ymmärtämystä tarvittaville teoille terveytensä parantamiseksi, mutta valitettavasti suuri osa ei käytä tietojaan hyväksi. Tämä tarkoittaa sitä, että on yhtä tärkeää lisätä tietoutta terveydestä kuin auttaa ihmisiä tekemään tarvittavia muutoksia. (Were 2005, 130–133.)

Vaikutukset tyttöjen sosiaaliseen tilanteeseen seksuaaliterveyden puitteissa ovat hyvin moninaiset ja vaihtelevat eri kulttuureissa. Yleisimpiä syitä vastuuttomalle seksuaalikäyttäytymiselle ovat tiedonpuute käyttäytymisen seurauksista ja köyhyys. Suuri osa kenialaisista elää köyhyysrajan alapuolella ja tämän vuoksi esimerkiksi nuoret opiskelijatyöt suostuvat seksiin maksua vastaan. Nuorten tyttöjen joutuminen seksuaalisen hyväksikäytön ja väkivallan uhriksi on myös yleistä erityisesti köyhässä slummissa ja Kenian syrjäseuduilla. Omaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista ei uskalleta puhua aiheen arkaluontoisuuden vuoksi. (Akai, Paul, henkilökohtainen tiedonanto 18.11.2009, Johns Hopkins School of Public Health 1995)

Teiniraskaudet johtavat yleensä väistämättä koulun käynnin keskeytykseen, joko tytön omasta tai koulun aloitteesta. Keniassa monet tytöistä yrittävät välttää koulun käynnin keskeyttämisen päätyessä laittomaan aborttiin. Yleistä on myös lapsen hylkääminen heti synnytyksen jälkeen, jos tyttö on onnistunut salaamaan raskautensa ja ei ole avioitunut. Raskaana olevan tytön on usein solmittava avioliitto lapsen isän kanssa, halusi hän sitä tai ei. Teiniraskaudet aiheuttavat ongelmia sosiaalisissa suhteissa tytön ja hänen perheensä välille ja pahimmillaan se johtaa perhesiteiden katkeamiseen. Tiedonpuute raskaudenhoidosta on myös yksi yleisimmistä asioista, sillä raskauteen sekä yleisesti seksuaalisuuteen liittyvistä asioista puhutaan harvoin perheen piirissä. Näin ollen tytön tulisi hakeutua terveydenhuollon piiriin, mutta useimmille se on vaikeaa häpeän vuoksi ja monet salaavat raskautensa jopa synnytykseen saakka. Synnytyksen jälkeen tytöillä on huolehdittava lapsistaan ja kouluttamattomuuden vuoksi työnsaanti on vaikeaa ja näin ollen lapsen kouluttaminen tulevaisuudessa vaikeaa köyhyyden vuoksi. (Akai, Paul, henkilökohtainen tiedonanto 18.11.2009, Johns Hopkins School of Public Health 1995)

2.1 Teoreettiset perusteet projektin sisältöön

1990-luvun loppupuolella seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset tulivat entistä ajankohtaisemmiksi ja tärkeämmiksi lisääntyneiden HIV-tartuntojen myötä. Epidemian vaikutukset näkyvät laajasti kaikkialla maailmassa, mutta eniten tauti koettelee köyhiä, taloudellisen ja sosiaalisen kehityksen kanssa kamppailevia maita, kuten tilastojen kärjessä olevaa Afrikkaa. HIV-tartunnat ovat yleisimpiä siellä, missä äitiys- ja imeväiskuolevuus on jo muutenkin korkea, missä niin kutsuttuja vahinko-raskauksia ja vaarallisia abortteja on paljon. Näille alueille on ominaista myös seksuaalisuuteen liittyvän tiedon ja palveluiden vähyys sekä naisten ja koulutustason alhainen asema. (Alkio & Tuominen 2006.)

Eriyisen alttiita taudille ovat lapset, nuoret ja naiset. Kairon konferenssissa hyväksytyssä toimintaohjelmassa todettiin, sosioekonomisten epäkohtien vuoksi naisilla on suurempi riski saada HIV- tartunta kuin miehillä. Nykypäivänä Afrikassa nuorilla naisilla on 2, 5-kertainen todennäköisyys saada tauti ikäisiinsä miehiin nähden. Miesten hallitseva asema parisuhteessa ja sukupuolten välinen epätasa-arvo lisäävät naisten riskiä saada tartunta, sillä naisilla ei usein ole mahdollisuutta pyytää kondomin käyttöä. Lisäksi köyhyys ajaa nuoria naisia harrastamaan seksiä rahan hankkimisen toivossa, eritoten vanhempien miesten kanssa, joista osalla voi tartunta jo olla. Tiedon lisääminen taudista, sen seurauksista sekä sitä vastaan suojautumisesta on erittäin tärkeää pandemian pysäyttämiseksi. (Alkio, Mattila & Tuominen 2004.)

Kenian teiniraskauksien määrä on yksi Afrikan suurimmista. Liian nuorena ras-kaaksi tuleminen voi olla vaarallista sekä äidille että lapselle. Synnytyskomplikaatiot ja vaaralliset abortit ovat suurin syy alle 20-vuotiaiden kuolleisuuteen. Kuoleman riski saattaa olla jopa 2-4 kertaa korkeampi, riippuen naisen terveydellisestä ja sosioekonomisesta tilanteesta. Riskit ovat suurimmat köyhillä naisilla, joilla on vähiten mahdollisuuksia synnytyksenaikaiseen hoitoon. Teini- ja vahinkoraskaudet ovat vaarallisia erityisesti, koska Keniassa abortit ovat sallittuja vain raskauden ollessa vaarallista äidille. Useiden tutkimuksien mukaan Ke-

niassa seksuaalisen aktiivisuuden taso on korkea, huolimatta siihen liittyvän tiedon vähäisyydestä. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että suuri osa kenialaisista nuorista ei useimmiten tiedä seksin seurauksista. (Njau & Lema 1988, 5-6,10)

On olemassa vahvaa näyttöä siitä, että sukupuolitaudit nopeuttavat HIV siirtävyyttä vahvistamalla HIV tartuttavuutta ja alttiutta. Tästä syystä sukupuolitautilien ehkäisy ja hoito ovat tärkeä osa HIV:n kontrolloimista. Mikäli sukupuolitautilien määrä on korkea, on myös mahdollisuus korkeisiin seksuaalisen kanssakäymisen kautta leviävän HIV:n lukemiin. Seksuaalisten trendien seuraaminen auttaa arvioimaan seksuaalikäyttäytymisen merkitystä tautien tarttumisen kannalta. Tartuntariskiin vaikuttavia käyttäytymismenetelmiä ovat muun muassa seksuaalikumppaneiden vähentäminen, seksin aloittamisen viivästyttäminen ja kondomin käytön markkinointi. (Unicef 2004, 7.)

3 PROJEKTIOORGANISAATIO

Jokaiseen projektiin kuuluu oleellisesti projektiorganisaatio, joka vastaa projektin suunnittelusta ja toteuttamisesta. Jokaisella projektilla on luonnollisesti myös kohderyhmä.

3.1 Projektiryhmä

Projektiryhmän jäseniä ovat Diakonia-ammattikorkeakoulun pohjoisen yksikön sairaanhoitajaopiskelija Tiina Rantapirkola ja sosionomiopiskelija Eeva Saviniemi. Projektiryhmän jäsenten tehtävänä on suunnitella, toteuttaa ja arvioida seksuaaliterveyskasvatusprojekti, sekä laatia kirjallinen raportti projektista.

3.2 Projektin ohjausryhmä

Projektin ohjausryhmässä mukana ovat, Oulun diakonia-ammattikorkeakoulun lehtori Leila Nisula, Oulun seudun ammattikorkeakoulun lehtori Leena Sundström sekä Karibuni Secondary School for Girls rehtori Mrs. Judith Wangwe ja koulun yhdyshenkilönä toimii mr. Mauka. Lisäksi yhteistyössä mukana on Sirisia District Hospitalin kätilö Catrine Karani. Lisäksi ohjausryhmään kuuluvat Sirisian alueen sosiaalityöntekijä George Mukhaweke sekä Katolisen kirkon orpokodin johtajana työskentelevä Sister Teresa Vogel. Projektin ohjausryhmässä työskentelee myös suomalaisia Oulun seudun ammattikorkeakoulun kätilö -, sairaanhoitaja-, sekä sosionomiopiskelijoita, jotka ovat opetustehtävissä mukana. Mukana ovat Marjo Moilanen, Jenny Mäkelä, Elina Asamäki ja Siri Törölä.

3.3 Tukiryhmä

Projektin tukiryhmään kuuluvat opinnäytetyön ohjaaja Maiju Ansamaa sekä opinnäytetyön opponentit, sairaanhoitajaopiskelijat Lasse Kauppi ja Esa Poikolainen.

4 SEKSUAALITERVEYSKASVATUSPROJEKTIN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Afrikkalaisen naisen terveyteen vaikuttavia asioita ovat muun muassa väestönkasvu, perheen koko, kulttuuriset ja uskonnolliset perinteet ja käsitykset sekä naisen oikeudet ja asema. (Kekäläinen & Roos 2006. 11). Terveyskasvatus on olennainen osa terveyden edistämistä niin kehitysmaissa kuin länsimaissakin. Tämä projekti pyrkii omalta osaltaan yhteistyökumppaneiden kanssa luomaan kohderyhmälle edellytykset holistisen terveyden kokemiseen.

4.1 Tulostavoitteet

Seksuaaliterveyskasvatuksen tarkoituksena on tyttöjen kouluttamisen välityksellä parantaa heidän sosiaalista ja terveydellistä tilannettaan. Projektin tarkoituksena on saada yksilö ymmärtämään syy- ja seuraussuhde sosiaali- ja terveysalalla, esimerkiksi terveysongelmista aiheutuvat sosiaaliongelmien ja toisinpäin, asiat ovat siis sidoksissa toisiinsa. Tulostavoitteena on valmistella Karibuni tytökoulun oppilaille seksuaaliterveyskasvatustapahtuma sekä toteuttaa se kolmen viikon aikana yhdeksän kertaa.

4.2 Toiminnalliset tavoitteet

Seksuaaliterveyskasvatuksen tavoitteena on muuttaa niitä ihmisen tapoja, uskomuksia ja tapoja, jotka vaikuttavat heidän terveyteensä. Sen tärkein tavoite kouluttamisen välityksellä on rohkaista ihmisiä osallistumaan aktiivisesti ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Jotta seksuaaliterveyskasvatus on tehokasta, kouluttajan tulee olla luova, ymmärtävä ja empaattinen. Onnistuakseen ihmisten käyttäytymisen muuttamisessa seksuaaliterveyskasvatuksen kautta, on tärkeää huomioida ihmisten uskomukset ja niihin liittyvät harjoittamiset. Ihmiset ovat todennäköisesti halukkaampia kuuntelemaan jotakin, joka osoittaa tie-

tämyksensä heidän terveysuskomuksiinsa ja on halukas keskustelemaan niistä. (Were 2005, 130–133.)

4.3 Oppimistavoitteet

Oppimistavoitteena on lisätä moniammatillista osaamista, sekä parantaa työvalmiutta niin Suomessa kuin ulkomailla. Tavoitteen toteutumisen apukeinona käytetään keskustelua sekä tiedonhankintaa ja -jakoa projektin työryhmän jäsenten kesken. Tämä auttaa projektiryhmän jäseniä työskentelemään kulttuuri- lähtöisesti uskonnon huomioiden.

Projektin tekijöiden tavoitteena on toteuttamisen ja suunnittelemisen avulla tukea ammatillisuutta ja ammatillista kasvua. Tavoitteena on tutkia ja ymmärtää kokonaisvaltaisesti projektissa ilmitulevia sosiaali- ja terveysalan ongelmien vaikutuksia niin kohdemaassa, yksilössä kuin sosioekonomisessa tilanteessakin. Lisäksi tavoitteena on saada yhteistyökyky valmiutta sekä tiimityöskentelytaitoja.

Projektiryhmän tavoitteena on lisätä omaa valmiutta terveyskasvatuksen toteuttamiseen vieraassa kulttuuriympäristössä. Projektin toteuttaminen kyseessä olevassa maassa pakottaa ryhmänjäsenet käsittelemään asioita vieraalla kielellä, joka ei ole kohderyhmänkään äidinkieli. Tämä fakta haastaa jäsenet etsimään ja käyttämään kieltä ymmärrettävässä muodossa molemmat osapuolet huomioon ottaen.

5 PROJEKTIN TOTEUTUSSUUNNITELMA JA RISKIT

5.1 Projektin suunnitelma

Ennen projektin aloittamista tulee projektin suunnittelua, käynnistämistä ja toteuttamista koskevia asioita varten opetella ja hankkia kokemusta. Hyvä suunnittelu usein mahdollistaa onnistuneen projektin. (Virtanen 2000, 73.) Keniassa ollessaan projektin suomalaiset jäsenet tutustuvat kenialaiseen kulttuuriin ja elämäntyyliin. Molemmat jäsenet työskentelevät Sirisian provinssissa eri paikoissa, hankkien kokemusta projektin aihealueita ajatellen. Rantapirkola työskentelee Kakamegan ja Sirisian District Hospitalissa sekä Saviniemi tekee Sirisian alueella kotikäyntityötä, tutustuu Bungoman District Hospitalin sosiaalityöhön sekä valtion ja katolisen kirkon ylläpitämiin orpokoteihin. Lähtökohtaisesti tunnit suunnitellaan mahdollisimman interaktiivisiksi. Kyseessä on kenialaisille tabu aihe, joten asiaan tulee suhtautua hienovaraisesti. Tunteja suunnitellaan yhteistyössä Leena Sundströmin sekä Karibuni koulun kanssa ja käyttämällä teorialähteitä. Aikataulusta ja paikasta sovitaan koulun yhdyshenkilö mr. Maukan kanssa.

Projektiryhmän jäsenet jakavat tietoa oman ammatillisen näkemyksensä myötä. Terveystieteen opiskelija vastaa terveyteen liittyvistä aiheista ja kysymyksistä, sosiaalialan opiskelija vastaavasti on vastuussa sosioekonomisista ongelmista. Nämä aiheet yhdistettynä muodostuu moniammatillinen tiimi joka kiteyttää terveysasioista aiheutuvat ongelmat sosiaali- ja terveysalalla. Jokaiselle tapaamiskerralle on oma teema suunniteltuna (LIITE 1-3). Toteuttamistavaksi valitaan opetus, joka osallistuttaisi myös ryhmän jäsenet opetukseen. Teemoista keskustellaan vapaasti ja ryhmän jäsenet saavat esittää kysymyksiä sekä mielipiteitään valitsemallaan tavalla ja hetkellä. Itse teemat esitellään faktapohjaisesti ja kysymyksiin vastattaessa pidetään mielessä teoriapohja.

Projektia lähdettiin luomaan sen tarpeiden mukaisesti. Tietoa haettiin Afrikkaan sidonnaisista teoksista, tutkimuksista ja artikkeleista sekä haastatteleamalla projektiorganisaatioon kuuluvia yhteistyökumppaneita. Kartoitimme erityisesti millaisia aiheita sekä näkökulmia olisi tarpeen käsitellä opetustapahtumissa. Esi-tiedot koottiin yhteen ennen tuntien alkamista ja jaettiin opetusvastuu ryhmän jäsenten kesken. Opetustapahtumaa varten teimme suunnittelurungon, joka sisälsi muun muassa tuntien aiheiden sisällön. Opetustapahtuman ideana oli suunnitella tunnit siten, että aikaa vapaalle keskustelulle ja kysymyksille jää riittävästi.

5.2 Projektin toteutus

Kohderyhmä koostuu 14–17 vuotiaista Karibuni tyttökoulun yläluokan oppilaista. Hanke toteutetaan kolmen viikon aikana kokoontuvissa ryhmissä. Jokainen ryhmä kokoontuu kerran viikossa, eli jokainen ryhmä tavataan yhteensä kolme kertaa kolmen viikon aikana. Ryhmäkoko on noin 12 tyttöä, jotka ovat iältään 14–17 vuotiaita. Ryhmiä on kolme jokaisella tapaamiskerralla, ja heidän vetäjinnään toimii kaksi sosiaali- ja terveysalan opiskelijaa. Ryhmä kokoontuu Karibuni koulun piha-alueella johon on aseteltu tuolit jokaiselle osallistujalle ympyrän muotoon helpottaakseen keskustelua.

Projektin toteutumisen apukeinona käytetään keskustelua sekä tiedonhankintaa ja -jakoa projektin työryhmän jäsenten kesken. Tämä auttaa projektiryhmän jäseniä työskentelemään kulttuurilähtöisesti uskonnon huomioiden. Ensimmäisellä opetuskerralla aiheena ovat päihteiden käytön vaikutukset seksuaalikäyttäytymiseen sekä teiniraskaudet (LIITE 1 Early Age Pregnancy). Käsittelemme aiheita kertomalla päihteistä ja teiniraskauksista aiheutuvista riskeistä, haitoista ja ongelmista. Opetuskerrat pyrimme avaamaan siten, että oppilaat saavat alussa pohtia itse aihetta ja tuoda siten esiin jo tämänhetkisen tietämyksen aiheesta. Lisäksi painotamme opetuksessa ennaltaehkäisevään toimintaan.

Toisella opetuskerralla aiheena ovat seksuaalikäyttäytyminen ja sukupuolitaudit (LIITE 2 STD'S). Esittelemme yleisimpien sukupuolitautilien, oireet ja hoidon se-

kä käymme keskustelua, mitä on seksuaalikäyttäytyminen ja millaisena oppilaat sen näkevät. Käsittelemme aihetta ottaen huomioon myös, millaisia sosiaalisia ongelmia aiheutuu muun muassa sukupuolitaudeista.

Kolmannella opetuskerralla aiheenamme on HIV/Aids (Liite 3 HIV). Päätimme keskittää viimeisen tunnin aiheeksi ainoastaan HIV/Aidsin, koska se on tilastollisesti yksi yleisimmistä taudeista Keniassa. Kävimme läpi ennen kaikkea sairau- den ennaltaehkäiseviä menetelmiä sekä keskustelimme miten toimia jos epäilee saaneensa tartunnan. Suuri osa kenialaisia sairastaa tartuntaa tietämättään. Keskustelimme erityisesti siitä, kuinka tärkeää on mennä HIV- testeihin, mikäli epäilee saaneensa tartunnan. Aiheeseen liittyi olennaisena myös sosiaalisten ongelmien, häpeän, tabujen ja epätietoisuuden käsittely.

Opetuksessa käytetään havainnollistavaa materiaalia, tämä tarkoittaa esimerkiksi jälkiehkäisytablettien esittelyä, kondominasettelun harjoittelua käytännös- sä. Teoriamateriaali hankitaan, kirjallisista ja elektronisista lähteistä.

Hankittavia tarvikkeita ovat kondomit, joita jaetaan jokaiselle ryhmälle, jälkieh- käisytabletit esittelyä varten, havainnollistava puinen penis ja kynä sekä paperi palautetta varten. Tarvikkeet hankitaan joko lahjoitettuna tai lainataan yhteistyö- kumppaneilta.

5.3 Terveyskasvatusprojektin mahdolliset riskit

Monikulttuurisessa ympäristössä opetustapahtumissa tulee ottaa huomioon kaksi eri kulttuurien välistä periaatetta; yleisen ihmisarvon periaate, joka perus- tuu ajatukseen kaikkien ihmisten samanarvoisuudesta ja heidän kohtelemiseen samalla tavalla. Toisena seikkana tulee myös huomioida erilaisuuden periaate, jonka mukaan on huomioitava ihmisten ominaisuudet, tarpeet ja kyvyt, jotka vaihtelevat ihmisryhmien välillä. (Kaikkonen 2004,137.)

Kulttuurissa vaikuttava seksuaali-ideologia on yksi keskeinen seksuaalitervey- den määrittelijä, joka määrittää, mikä on hyväksyttävää ja soveliaista käyttäyty-

mistä eri elämänvaiheissa ja tilanteissa. (Lottes 2000,42). Keniassa ja muualla Afrikassa kulttuurin näkökulmasta tarkastellen paljon keskustelua herättää kasvavat HIV/Aids- tilastot. Toisaalta Keniassa yleisesti kyseenalaistetaan heidän seksitapojaan ja samaan aikaan aihe on hyvin arkaluontoinen heidän keskusteluissa. Selibaatti ei ole Afrikassa arvostuksessa, toisin kuin länsimaisen kristillisen ajattelun malli ihannoi. Seksuaaliset halut ovat itsestään selviä Afrikassa. Itseisarvoa pidättäytymisellä ei ole, vaikka sitä jossakin elämänvaiheessa saateen vaatia. Seksuaalivalistusta ei ole käytännössä lainkaan ja se näkyy muun muassa yleistyneinä teiniraskauksina. (Ylänkö 1998, 67.)

Keniassa noin 35 miljoonan ihmisen väestöstä Katolisen kirkon jäseniä on noin 33 prosenttia (Ulkoasiainministeriö 2006). Katolisen kirkon käsityksen mukaan nautinnonhakuinen seksuaalinen kanssakäyminen, ilman lisääntymisen ja yhtymisen tarkoitusta, on vääristynyttä lähtökohtaisesti ja väärinsuuntautunutta moraalisesti. Esimerkiksi kondomien käyttö sukupuolitautilien ehkäisijänä, antaa Katolisen kirkon mukaan vääränlaista turvallisuuden tunnetta ja sen katsotaan olevan ihmisarvon vastaista, koska muuttaa puhtaan rakkauden teon vastuuttomaksi nautinnon hakemiseksi.(Elomaa 2008, 136–137.)

Mahdollisia riskejä on ryhmän vetäjän estyminen paikalta, esimerkiksi sairastumisen vuoksi. Toteutumisen mahdollisia riskejä ovat myös ryhmien organisoimisen tuomat hankaluudet, kuten ryhmäkokojen ja tapaamisaikojen sekä – paikkojen järjestely. Myös ryhmän jäsenten kulttuurista johtuvat uskomukset voivat vaikuttaa terveyskasvatusprojektin onnistumiseen, esimerkiksi jos joku faktatieto sotii heidän uskomuksensa kanssa. Lisäksi monikulttuurisessa ympäristössä riskinä on projektijäsenten puutteellinen osaaminen ja yhteistoiminnan sujumisen puute. (Kettunen 2003, 51.)

6 PROJEKTIN AIKATAULU JA RESURSSIT

Projekti aloitetaan sopimalla yhteistyökumppaneiden kanssa ryhmissä käytävistä aiheista, aikatauluista ja käytännöistä. Alustaviksi toteutumispäiviksi sovittiin 11–13.11, 16–18.11 ja 25–27.11.2009, ryhmät kokoontuu edellä mainittuina päivinä kello 16–17.

Teemojen selvittyä työjaoksi rajataan ryhmissä esille otettavat aiheet jokaisen oman opiskelualan mukaisesti. Sopimuksena on, että jokainen ryhmän vetäjä hakee aiheista tietoa oman opiskelualan ammatillisen näkökulmansa huomioiden luotettavista ammatillisista lähteistä. Näin ollen terveydenalan opiskelija käsittelee ja perehtyy aiheisiin omasta näkökulmastaan ja sosiaalianopiskelija omastaan.

7 PROJEKTIN RAPORTOINTI JA ARVIOINTI

Projektiorganisaation jäsenet arvioivat jokaisen opetuskerran jälkeen ja reflektoivat suullisesti palautetta toisilleen. Terveyskasvatusprojektin tavoitteita arvioidaan projektin edetessä sekä esitetään ideoita mahdollisille jatkoprojekteille. Opinnäytetyön lopullisen raportin kirjoittaminen aloitetaan tammikuussa 2010 kun projektin käytännön osuus on suoritettu ja jäsenet ovat palanneet Suomeen.

8 LÄHTEET

- Akai, Paul, District social worker, Bungoma District Hospital. Kenya. Henkilökohtainen tiedonanto 18.11.2009
- Alkio, Paula & Tuominen, Jenni 2006. Seksuaalioikeudet osana ihmisoikeuksia. Viitattu 25.2.2010 <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/aa47639ace896a450858ca04d953f03c/1267085682/application/pdf/313038/Seksuaalioikeudet2006.pdf>
- Alkio, Paula; Mattila, Mirka & Tuominen, Jenni 2004. Seksuaaliterveyden tila maailmassa. Väestöliitto. Viitattu 1.3.2010 http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/d73e101e8ab5294d4be4529cce89b72e/1269420498/application/pdf/313065/Vaestoliitto_parempi.pdf
- Elomaa, Jouni 2008. Katolinen kirkko ja ihmisen seksuaalisuus. Teoksessa Brusila, Pirkko (toim.) Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Keuruu. Ota-van kirjapaino
- Ewles, Linda & Simnet, ina 1992. Terveysten edistämisen opas. Keuruu:SHKS
- Johns Hopkins School of Public Health 1995. Population Information Program. Viitattu 1.4.2010 http://info.k4health.org/pr/j41/j41chap2_5.shtml
- Jyväskylän yliopisto i.a. Kansainvälisen kehitystön Yliopistoverkosto. Oulun yliopiston yliopistoyhteistyö kehitysmaissa. Viitattu 26.4.2010. <https://www.jyu.fi/hallinto/unipid/jasenet/oulunyliopisto/yhteistyo/?searchterm=opettajavaihto>
- Kaikkonen, Pauli 2004. Vierauden keskellä. Vierauden, monikulttuurisuuden ja kulttuurienvälisen kasvatuksen aineksia. Jyväskylä: yliopistopaino
- Kekäläinen, Annu & Roos, Jonna 2006. Päiväntasaajan valo ja varjot : Afrikkalaisten naisten vahvuus ja taakka. Helsinki: Väestöliitto
- Kettunen, Sami 2003. Onnistu projektissa. Juva: WSOY
- Lema, V.M. & Njau, P.W 1988. A review of research in adolescent fertility on Kenya. Nairobi :The Centre for the Study on Adolescence. Viitattu 18.5.2010

http://www.csakenya.org/pdfs/review_of_research_in_adolescent_fertility.pdf

Lottes, Ilsa & Kontula, Osmo 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammer-paino Oy

Naloosia-projektin suunnitelma Ulkoasianministeriölle 2005. Project Plan 2006-2008.

Naloosia projekti.2006. Report of Naloosia Project Plan 2006.

Ulkoasiainministeriö 2006. Kehityskysymykset ja globaalikasvatus. Viitattu 25.2.2010

<http://global.finland.fi/public/default.aspx?contentid=131073&contentlan=1&culture=fi-FI>

Unicef 2004. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections Kenya. Viitattu 20.5.2010.

http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets01/kenya_en.pdf

Vertio, Harri 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino

Virtanen, Petri 2000. Projektityö. Porvoo: WSOY

Were, Clement 2005. Health education. Teoksessa Barr, Hugh; Serlo, Kaijaleena & Walukano, Richard (toim.) Holistic care- from rhetoric to reality.

Väestöliitto 2010. Nuoret, Seksi Viitattu 25.2.2010

<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/seksi/>

Ylänkö, Maaria 1998. Afrikkalainen potilas suomalaisessa terveydenhuollossa.

Teoksessa Tuominen, Risto (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva WSOY

LIITE 1 Early Age Pregnancy

Early age pregnancy is dangerous for both mother and child.

- hemorrhage
- sepsis
- pregnancy-induced hypertension (including pre-eclampsia and eclampsia)
- obstructed labor (caused by cephalopelvic disproportion)
- complications of unsafe abortion
- iron-deficiency anemia
- maternal death (2-4 times higher)
- premature births (under 15-year olds have greater risk to premature labor, spontaneous abortion, stillbirth and low birth weight infants)

These complications are possible in all pregnancies but the risks are much higher (2-4 times higher) for girls under 20 years. These risks are higher for young women not only because of their age but also because births to younger women often are first births, which are riskier than second, third, or fourth births. Socioeconomic factors (poverty, malnutrition, lack of education, lack of access to prenatal care or emergency obstetrical care) can further increase a young woman's risk of pregnancy related complications.

Social and Economic Consequences of Early Childbearing

Woman who has her first child before age of 20 is more likely to

- obtain less education

In Kenya alone nearly 10 000 are forced to leave school every year because they are pregnant. Most young women can't return to school after giving birth because they must take care of the child. Many young women risk unsafe abortion to avoid leaving school.

- have fewer job possibilities and lower income
because of lack of education

- be divorced or separated from her partner
 - live in poverty
 - might weaken to opportunity for study because mother has to take care for her family in home
 - all in all life is more complicated without education than when person is educated- education raises selfesteem and increase equality beetween women and men (girl can be proud for herself when she learns new things and she is not so dependet on others)
 - When person is educated she can educate her children more propably
 - Education gives completion to raise children because education devel-opes mentalcapacity
 - Pregnancy before getting married might cause conflicts beetween mother and her childhood family→ mother´s risk to make a dangerous and illegal abortion grow
 - There is time to get children later in adolthood

LIITE 2 STD'S

Sexually transmitted diseases (STD) are spread from one person to another by sexual contact. The most common STD's are gonorrhoea, Chlamydia, genital warts, genital herpes and syphilis. It is possible to have many STD's at the same time.

STD do not show signs easily in some people, especially women. This makes it difficult for women to know earlier whether they are infected. They get to know about the infection when the disease is at an advanced stage. Many STD's have no obvious symptoms of illness. A person who does not show any signs can give the disease to someone else. Most STD's can be treated and all of them can be prevented. Only protection in sexual intercourse against STD's is condom and that's why it should be used every time person has sex.

Genital Warts

Genital warts are caused by virus that is spread in sexual contact. They can spread by sexual intercourse or even in genital contact without the penetration. The virus that causes the warts can also expose to on cervical cancer and that's why it's also important to use condom to prevent the getting the virus. Warts might go away without treatment, but this may take a long time. You should go to see doctor if you have genital warts to get treatment. Once you have had the warts you might get them again.

Symptoms

Men can have warts on the penis or inside it, on scrotum or the anus.

Women can have warts on lips of vagina around the anus or inside the vagina.

Warts are small, hard, whitish or brownish skin growths that have a rough surface.

Warts can itch.

It is possible to have genital warts and not know it if the warts are inside of vagina or inside the tip of the penis.

Gonorrhea and Chlamydia

Both men and women can have gonorrhea or Chlamydia without any signs. They also can have the same signs, though gonorrhea usually starts sooner and it is more painful. If not treated properly, both gonorrhea and Chlamydia can make a man or a woman sterile.

Possible symptoms

Woman:

Yellow or green discharge from the vagina or anus
 pain in the lower belly
 fever
 pain during sex

Man:

Drops of pus from the penis
 sometimes there is painful swelling of the testicles

Both man and woman

pain or burning during urination
 rash or sores all over the body
 painful swelling in one or both knees, ankles or wrists

Syphilis

Signs:

The first sign is usually a sore, called a chancre. It appears 2-5 weeks after sexual contact. The chancre may look like a pimple, a blister, or an open sore. It usually appears in the genital area, or less commonly on the lips, fingers, anus or mouth. The sore is usually painless and if it is inside the vagina a woman may not know she has it. This sore is full of germs, which are easily passed on to another person. The sore only lasts for a few days and then goes away by itself without any treatment, but the disease continues spreading through the

body. Weeks or months later there may be sore throat, mild fever, mouth sores or swollen joints, a painful rash or pimples all over the body, ring shaped welts, itchy rash on the hands or feet.

Genital Herpes

It is a painful skin infection, caused by a virus. Small blisters appear on the genital area. Genital herpes occasionally appears on the mouth from oral sex, but it is different from the kind of herpes that commonly occurs on the mouth, which is not spread by sex.

Signs:

one or more very small painful blisters, like drops of water on the skin, appear on the genitals, anus, buttocks or thighs. The blisters burst and form small, open sores that are very painful. The sores dry up and become scabs. The herpes sores can last for 3 weeks or more, with fever, aches, chills, and swollen lymph nodes in the groin. They may be painful when the woman pees. Virus stays in the body after all the signs disappear. New blisters may appear at any time.

Social and Economic Consequences of sexually transmitted diseases (STD)

Might cause social problems

- Self-esteem can get worse when person knows that she has STD
- Because of shame person might not want to get treatment (f.e. condyloma virus might cause cancer if person doesn't get treatment)
- STD might cause fear about that how person and her family survive
- If person gets sick for STD she has to get hospital to get treatment immediately
- It is also important to discuss about the STD with someone reliable person

Sexual behaviour

- Person must refuse to sex as long as she feels to be ready for having sex

- Person shouldn't have to have sex with anybody that she doesn't want to(f.e. it is not allowed to have sex with teacher)
- No one shouldn't have sex for money or other things
- Education gives an opportunity to choose better life- or sexpartner→while selfesteem rises person insist also more for her sexpartner (there is less rapes and other violence)

LIITE 3 HIV

"HIV" = Human Immunodeficiency Virus.

HIV is a virus that gradually attacks immune system cells. As HIV progressively damages these cells, the body becomes more vulnerable to infections, which it will have difficulty in fighting off. It is at the point of very advanced HIV infection that a person is said to have AIDS. It can be years before HIV has damaged the immune system enough for AIDS to develop.

At this time, doctors don't know of any way to rid the body of HIV. There is no cure. Once you've been infected, you have it for life.

In Kenya it is estimated that 2,2 million people are infected with HIV/AIDS – Almost 7% of the population, while 1,5 million people have already died from the virus. 700 people are dying from Aids daily.

Currently, one out of every eight adults in rural Kenya is infected. In urban areas, nearly one out of every five adults is infected. It is estimated that there are 800 new infections every day.

More than 50% of hospital beds are occupied by people suffering from AIDS-related complications, causing an immense strain on limited medical facilities. 8% of men and nearly 14% of women carried the virus that causes AIDS. As is typical across Africa, women are at much higher risk of becoming infected with the virus.

How is HIV/AIDS transmitted?

HIV lives in blood and other body fluids that contain blood or white blood cells. People have gotten HIV through:

- unprotected sexual intercourse with an HIV-infected person. This includes vaginal or anal intercourse, and oral sex without a condom.

- Intercourse while a woman is having her period, or during outbreaks of genital sores or lesions (caused by herpes and other sexually transmitted diseases) can increase the risk of HIV transmission.
- sharing drug injection equipment (needles and/or works); or being accidentally stuck by needles or sharp objects contaminated with infected blood.
- infected blood used in transfusions, and infected blood products used in the treatment
- pregnancy, childbirth, and/or breastfeeding, where the virus is passed from mother to child.
- transplanted organs from infected donors.

HIV and AIDS are not transmitted through casual contact (that is, where no blood or body fluids are involved), like shaking hands, sharing bed, clothes, towels or any item HIV is what gets passed from person to person. People don't "catch AIDS"; they "become infected with HIV."

Symptoms

HIV may not show any symptoms. People can live their lives for several years without knowing they have the virus.

The main symptoms are rapid weight loss, dry cough, recurring fever or profuse night sweats, profound and unexplained fatigue diarrhea that lasts for more than a week. There might be also swollen lymph glands.

You should not rely to symptoms. Only way to know if you are infected is to get tested.

Prevention

Only way to protect yourself from the virus is by USING A CONDOM and GET TESTED before having sex with a new partner. The partner should be tested also.

Social and Economic Consequences of HIV/Aids

Poverty > because people cannot go to work

Children cannot go to school because they have to care of the sick

Not enough labour society and community > low income

Stigma/ embarrassment> won't get treated

Thousands of orphans

Mental issues> affects whole family

Physical, social and mental are linked to each other