



Pakolaisrahasto
Pakolaisten auttamiseksi

Suomeen tulevien turvapaikanhakijoiden tuberkuloosiin ja hiviin liittyvät asenteet ja tiedot – kirjallisuuskatsaus

TB ja HIV ehkäisy ja varhaistoteaminen nuorten
turvapaikanhakijoiden parissa TIE-hanke

Euroopan pakolaisrahasto

Filha ry

THL

Hiv-säätiö

HUS



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS



Sisällysluettelo

1. Johdanto	4
2. Tuberkuloosin ja hivin yleisyys maahanmuuttajilla Euroopassa	4
3. Kulttuuri, terveystietäminen ja stigma.....	8
3.1. Terveystietäminen eri kulttuureissa	8
3.2. Stigma.....	9
3.3. Terveystietämisen huomioiminen hoidossa ja palveluissa.....	12
4. Tuberkuloosiin ja hiviin liittyvät tiedot ja asenteet	14
4.1. Afrikka: Nigeria, Ghana, Kongon DT	15
4.2. Kurdit: Iran, Irak, Turkki	19
4.3. Syyria	21
4.4. Balkanin alue.....	21
4.5. Afganistan	22
4.6. Venäjän kielialue	24
4.7. Somalia	25
5. Suositus pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden tuberkuloosin ja hiv-infektion tutkimuksista ja hoidosta Suomessa.....	27
Lähdeluettelo.....	29

YHTEENVETO

Tuberkuloosi ja hiv ovat tartuntatauteja, joita voi esiintyä turvapaikanhakijoiden joukossa huomattavasti enemmän kuin Suomen kantaväestössä johtuen tautitilanteesta ja olosuhteista lähtömaassa ja matkan aikana. Monissa kulttuureissa tuberkuloosiin ja hiviin liittyy voimakasta stigmatisaatiota. Tuberkuloosi ja hiv koetaan usein häpeällisinä ja tartunta pyritään salamaan, mikä lisää tartunnan riskiä ja taudin leviämistä lähipiirissä. Suomessa tartuntojen ennaltaehkäisyyn ja varhaistoteamisen parissa työskentelevien tiedot eri kulttuurien ja uskontojen vaikutuksesta vallitseviin käsityksiin tuberkuloosista ja hivistä lienevät pääsääntöisesti melko vähäiset.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin Suomen suurimpien turvapaikanhakijaryhmien (länsi-afrikkalais-, somalialais-, kurdi-, syyrialais-, afganistanilais- ja venäläistaustaiset sekä Balkanin alueelta lähtöisin olevat) tuberkuloosiin ja hiviin liittyviä asenteita pohjautuen suomeksi ja englanniksi julkaistuihin kirjallisuuteen.

Katsauksessa keskityttiin vuoden 2000 jälkeen julkaistuihin artikkeleihin ja raportteihin. Tietoa löytyi pääasiassa pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden lähtömaiden aikuisväestön osalta. Euroopassa tehtyjä tutkimuksia pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden osalta löytyi hyvin vähän. Lisäksi tulosten tulkintaa vaikeuttaa se, että tutkimuksissa oli mukana useista eri maista lähtöisin olevia henkilöitä.

Suomeen tulevista turvapaikanhakijoista suurin osa on lähtöisin suuren tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maista. Ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohden vaihteli Kongon demokraattisen tasavallan 327:stä Serbian 16:teen. Suomessa vastaava luku on 6. Hivin suhteen tulijoita saapuu sekä matalan että korkean hiv-esiintyvyyden maista vaihdellen Nigerian 4,2 prosentista Serbian 0,1 prosenttiin vastaavan osuuden Suomessa ollessa 0,1 prosenttia

Eri kulttuurien ominaispiirteet, maailmankuva sekä syvälle kulttuuriin menevät uskomukset ja uskonto heijastuvat käsityksiin terveydestä ja hoidosta. On kuitenkin vältettävä yleistämistä ja huomioitava ihmisten yksilöllisyys myös saman kulttuurin ja uskonnon sisällä. Ymmärrys ja tieto, jonka ihmiset saavat perheiltä, ystäviltä ja naapureilta koskien terveysongelmien luonnetta, syitä ja seurauksia vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä hoitoon hakeutumisessa ja sitoutumisessa. Katsauksesta löytyy tarkempia tietoja maakohtaisista tuberkuloosiin ja hiviin liittyvistä uskomuksista. Näitä tietoja voidaan käyttää työskenneltäessä nuorten turvapaikanhakijoiden kanssa. Katsauksessa on käsitelty myös lyhyesti pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden oikeutta tuberkuloosin ja hiv-infektion hoitoon Suomessa.

1. Johdanto

Tämä kirjallisuuskatsaus on osa Euroopan Pakolaisrahaston tuella toteutettavaa ”TB ja HIV ehkäisy ja varhaistoteaminen nuorten turvapaikanhakijoiden parissa – TIE” hanketta ja sen tavoitteena on antaa pohjatietoja Suomen merkittävimpien nuorten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisryhmien hiviä ja tuberkuloosia koskevista asenteista ja tiedoista. Raportin ovat laatineet yhteistyössä Filha ry, THL, Hiv-säätiö sekä HUS. Kirjallisuuskatsaus perustuu kotimaisiin ja kansainvälisiin tieteellisiin artikkeleihin ja raportteihin. Viime vuosina suurimmat turvapaikanhakijaryhmät Suomessa ovat olleet länsiafrikkalais-, somalialais-, kurdi-, syyrialais-, afganistanilais- ja venäläistaustaiset sekä Balkanin alueelta lähtöisin olevat henkilöt. Tietoa nuorten osalta löytyi rajoitetusti, ja katsausta laajennettiin tämän vuoksi koskemaan myös muuta aikuisväestöä. Spesifistä tietoa pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden tilanteesta löytyi hyvin rajoitetusti, ja katsaus perustuukin pitkälti lähtömaita ja maahanmuuttajia koskevaan tietoon.

Katsauksessa kartoitetaan hivin ja tuberkuloosin esiintyvyyttä eri alueilla, eri kulttuureissa hiviin ja tuberkuloosiin liittyvää stigmaa, tietoisuutta ja asenteita sekä tietoisuus- ja asennekyselyitä. Katsausta voidaan hyödyntää työskennellessä nuorten turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten kanssa tai suunniteltaessa toimintaa heidän terveyden edistämiseksi.

2. Tuberkuloosin ja hivin yleisyys maahanmuuttajilla Euroopassa

Vuonna 2010 maailmassa oli 214 miljoonaa maahanmuuttajaa (3 prosenttia maailman väestöstä). Euroopan unionissa (EU) maahanmuuttajien osuus oli kaksinkertainen (6,4 prosenttia EU:n väestöstä). Maahanmuuttajista viidennes oli EU:n ulkopuolisten maiden kansalaisia. (1)

Vuonna 2010 EU-maissa myönnettiin 2,5 miljoonaa oleskelulupaa opiskelun, perheen yhdistämisen tai muun syyn takia. Turvapaikkaa EU:sta haki 302 000 henkilöä. Eniten turvapaikanhakijoita tuli Afganistanista, Venäjältä, Pakistanista, Irakista sekä Serbiasta. Pakolaisia Euroopan alueella oli kaiken kaikkiaan 1,6 miljoonaa. Heistä suurin osa oli lähtöisin Afganistanista, Pakistanista, Venäjältä, Serbiasta, Kosovosta ja Somaliasta. Tulijoiden määrät ja lähtömaat vaihtelevat vuosittain sen mukaan, missä konfliktialueet sijaitsevat. Esimerkiksi Vuosina 2012–2013 pakolaismäärät Syyriasta ovat olleet suuria johtuen maan yhteiskunnallisista levottomuuksista. (2,3)

Tilastokeskuksen väestörakennetilaston mukaan Suomessa asui vakituisesti vuoden 2011 lopussa noin 260 000 ulkomaista syntyperää olevaa henkilöä, mikä on noin 5 prosenttia

väestöstä. Ulkomailla syntyneitä eli ensimmäisen polven ulkomaista syntyperää olevia oli noin 220 000 henkilöä ja Suomessa syntyneitä eli toisen polven ulkomaista syntyperää olevia oli lähes 40 000. Ulkomaista syntyperää olevien osuus oli korkein nuorella aikuisväestössä. Kaikista ulkomaista syntyperää olevista noin 60 prosenttia oli taustaltaan eurooppalaisia. Toiseksi suurin ryhmä olivat aasialaistaustaiset, joiden osuus oli 23 prosenttia, ja kolmanneksi suurin afrikkalaistaustaiset, joita oli 12 prosenttia. Suomessa vakinaisesti asuvien ulkomaalaisten eli henkilöiden, joilla ei ole Suomen kansalaisuutta, suurimmat ryhmät ovat venäläiset, virolaiset, ruotsalaiset sekä somalialaiset. (4) Turvapaikanhakijoiden lukumäärät Suomessa ovat 2000-luvulla vaihdelleet noin 1 500 ja 6 000 hakijan välillä. Vuonna 2011 hakijoita oli 3 088. (5)

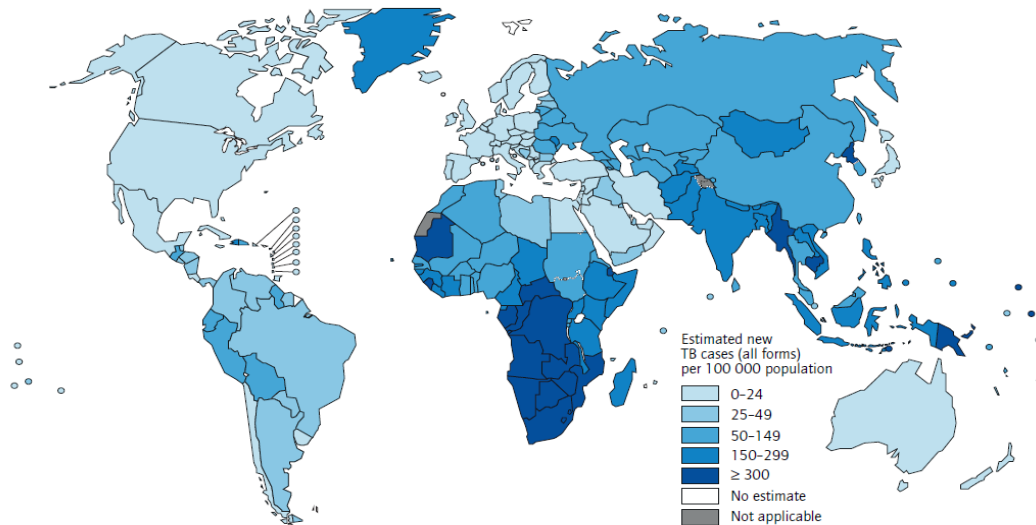
Maahanmuutto on ilmiönä hyvin monitahoinen ja vaikeasti tilastoitava. Tuberkuloosin ja hivin tilastointikäytännöt vaihtelevat myös maittain. Tietoa tuberkuloosin ja hivin yleisyydestä maahanmuuttajilla Euroopassa löytyi vähän. Lähtömaiden tilanteesta sitä vastoin oli saatavissa suhteellisen hyvin tietoa, mutta aina tämä tieto ei ole koko lähtömaata kattavaa. Koska tuberkuloosin ja hivin yleisyys maahanmuuttajilla on usein yhteydessä lähtömaan tilanteeseen, käytettiin lähtömaan ilmaantuvuus- ja/tai esiintyvyysslukuja maakohtaisissa kuvauksissa.

Tuberkuloosi

Vuonna 2011 maailmassa oli arviolta 8,7 miljoonaa uutta tuberkuloositapausta ja 1,4 miljoonaa tuberkuloosin aiheuttamaa kuolemaa, joista noin 430 000:lla oli hiv. Tuberkuloosiongelma on suurin Aasiassa ja Afrikassa. Kuvassa 1 on esitetty WHO:n arvio tuberkuloosin ilmaantuvuudesta eri maissa vuonna 2011. Tärkeimmille käytössä oleville lääkkeille vastustuskykyinen monilääkeresistentti tuberkuloosi (MDR-TB) on kasvava ongelma. Maailmanlaajuisesti sitä on nyt noin 3,7 prosentilla uusista ja 20 prosentilla aikaisemmin hoidetuista tapauksista. MDR-TB osuus uusista tuberkuloositapauksista on korkein Itä-Euroopassa ja Keski-Aasiassa (9-32 prosenttia). (6)

WHO-Euroopan alueella (Eurooppa, Venäjä ja Keski-Aasia) todettiin uusia tapauksia yli 300 000 (ilmaantuvuus 34/100 000) ja 60 000 henkilöä kuoli tuberkuloosiin (kuolleisuus 6,7/100 000) vuonna 2010. Tapauksista suurin osa raportoitiin Itä- ja Keski-Euroopan maissa. EU- ja ETA-maissa tuberkuloositilanne oli parempi (noin 74 000 uutta tapausta, ilmaantuvuus 14,6/100 000). MDR-TB tapausten ilmaantuvuus on pysynyt tasaisena (0,3/100 000) vuosina 2006–2010. Hiv:n esiintyvyys tuberkuloosiin sairastuneilla (5,4 prosenttia) on kasvanut ja suurin osa (85,6 prosenttia) näistä todetaan Itä-Euroopan maissa. (7)

FIGURE 2.5 Estimated TB incidence rates, 2011



Kuva 1. Tuberkuloosin ilmaantuvuus maailmassa vuonna 2011 (WHO:n arvio) (1)

Tuberkuloositapaukset ovat vähentyneet kantaväestön keskuudessa Euroopassa, kun taas tapausten määrä ulkomaalaissyntyisten parissa on pysynyt vakaana tai kasvanut. Noin neljännes uusista ilmoitetuista tuberkuloositapauksista EU-maissa on ulkomaalaissyntyisillä, mutta osuus vaihtelee suuresti maittain ollen 0,1 ja 86 prosentin välillä. Monet maahanmuuttajista ovat lähtöisin maista, joissa on tulomaata korkeampi tuberkuloosin esiintyvyys ja joissa tuberkuloosin hoidossa ja ehkäisyssä on puutteita. Kaksi kolmesta ulkomaalaissyntyisestä tapauksista oli Aasiasta tai Afrikasta ja yksi viidestä muista Euroopan maista, näistä puolet Keski- tai Itä-Euroopasta. (7)

Köyhyys kohdemaassa vaikuttaa olevan maahanmuuttajien tuberkuloosin ilmaantuvuuteen ja esiintyvyyteen synnyinmaata enemmän vaikuttava tekijä (8,9). Maahanmuuttajilla vanha tuberkuloositartunta voi aktivoitua taudiksi kodittomuuden ja heikon ravinnon seurauksena. Lisäksi ahdas asuminen voi altistaa uusille tuberkuloositartunnoille. Rajallinen pääsy terveydenhuollon palveluihin voi myöhästyttää diagnoosia ja hoitoa. Tuberkuloosin leviämiskin maahanmuuttajista muuhun väestöön on todettu olevan vähäistä johtuen todennäköisesti maahanmuuttajien vähäisistä kontakteista kantaväestöön (10). MDR-TB:n sekä laajasti lääke-resistentin (XDR) tuberkuloosin ilmaantuvuus ja esiintyvyys tietyissä matalan tuberkuloosi-ilmaantuvuuden EU-maissa vaikuttavat olevan yhteydessä maahanmuuttoon maista, joissa lääkeresistenssin esiintyvyys on korkeampi. (11)

Suomessa tuberkuloosi on vähentynyt merkittävästi viime vuosikymmeninä. Kymmenen viime vuoden aikana on todettu vuosittain alle 10 tapausta 100 000 asukasta kohti. Vuonna 2011

todettiin yhteensä 326 tapaus. Kaikista tapauksista 25 prosenttia ilmoitettiin ulkomaalaisilla. MDR-TB tapauksia oli viisi ja näistä kolme oli ulkomaalaissyntyisillä. (12)

Suuri osa Suomeen tulevista turvapaikanhakijoista on lähtöisin korkean tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maista, joissa tartunnan saamisen riski on suuri. (5,13,14) Muuttomatkan aikana turvapaikanhakijat elävät usein ahtaissa olosuhteissa yhdessä muualta tulleiden maahanmuuttajien kanssa. Tämän vuoksi tartunta voidaan saada matkan aikana ja myös olosuhteet matkalla altistavat taudin aktivaatiolle niidenkin turvapaikanhakijoiden keskuudessa, joiden lähtömaassa ilmaantuvuus ei ole suuri.

Hiv

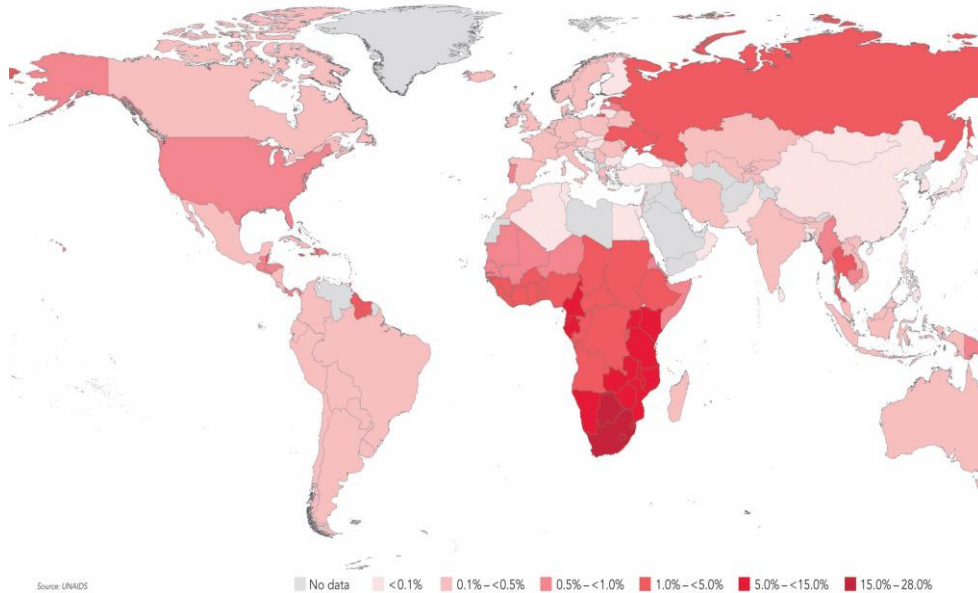
Vuonna 2011 maailmassa oli arviolta 34 miljoonaa hiv-tartunnan saanutta henkilöä. Uusia hiv-tartuntoja tapahtui 2,5 miljoonaa, ja aidsiin kuoli 1,7 miljoonan ihmistä. Hivin esiintyvyys oli korkeinta Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa (aikuisväestössä 4,9 prosenttia), Karibiassa (1 prosentti) ja Itä-Euroopassa ja Keski-Aasiassa (0,8 prosenttia) (kuva 2). (15,16)

WHO-Euroopan alueella todettiin uusia hiv-tapauksia lähes 120 000 (13,7/100 000) vuonna 2010. Maahanmuuttajat ovat yksi hivin avainryhmistä Euroopassa (17). Vuonna 2006 maahanmuuttajien osuus oli 65 prosenttia heteroseksin, 18 prosenttia miesten välisen seksin ja 14 prosenttia ruiskuhuumeiden kautta saaduista tartunnoista. Heteroseksiryhmässä maahanmuuttajista valtaosa oli lähtöisin Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta, miesten välisen seksin ryhmässä Latinalaisesta Amerikasta sekä Länsi-Euroopasta ja ruiskuhuumeita käyttävien ryhmässä Länsi- ja Itä-Euroopasta. (18)

Maahanmuuttajien keskimääräistä korkeampi hivin esiintyvyys Euroopassa ei ainoastaan johdu lähtömaiden huonosta hiv-tilanteesta. Maahanmuuttajat ovat myös Euroopassa olonaikanaan suuremmissa riskissä hivin suhteen kuin väestö keskimäärin, koska he jäävät usein hivin ennaltaehkäisevien toimien ulkopuolelle johtuen mm. syrjäytymisestä, laillisista esteistä, kulttuurieroista ja kieliongelmissa (19).

Suomessa hivin esiintyvyys on alhainen – aikuisväestössä 0,1 prosenttia. Tartuntatautien seurannan perusteella tiedetään, että maahanmuuttajat ovat hiv-infektion sairastavien joukossa yliedustettuina – noin joka kolmannes Suomessa todetuista hiv-tartunnoista on todettu ulkomaalaistaustaisilla henkilöillä. Hiv-positiiviset maahanmuuttajat ovat valtaosin lähtöisin Saharan eteläpuoleisesta Afrikasta, Kaakkois-Aasiasta ja Itä-Euroopasta ja saaneet tartuntansa heteroseksissä lähtömaassaan (12).

Suomeen saapuu turvapaikan hakijoita sekä matalan että korkean hiv-esiintyvyyden maista. Hivin esiintyvyys voi vaihdella merkittävästi myös maan sisällä sekä alueellisesti että eri väestöryhmien välillä.



Kuva 2. Hivin esiintyvyys aikuisväestössä vuonna 2009 (15).

3. Kulttuuri, terveystietoisuus ja stigma

3.1. Terveystietoisuus eri kulttuureissa

WHO:n määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä ainoastaan sairauden puuttumista (20). Eri kulttuurien käsitykset terveydestä, sairaudesta ja terveystavoista poikkeavat toisistaan suuresti. Tarkasteltaessa terveystietoisuutta eri kulttuureissa tulee ottaa huomioon kulttuurien ominaispiirteet, maailmankuva sekä syväille kulttuuriin menevät uskomukset ja uskonto (21). Kulttuurilla ja uskonnolla voi olla huomattavia vaikutuksia terveystietoisuuteen. Tutkimusten mukaan uskolla voi olla sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia yksilön fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Kulttuuripiirteitä ja uskontoa korostettaessa on kuitenkin vältettävä yleistämistä ja huomiotava ihmisten yksilöllisyys myös saman kulttuurin ja uskonnon sisällä (22). Ihmisen kulttuuritaustasta tai etnisestä ryhmästä riippumatta riittävän hyvä koettu terveys on yksi hyvän elämän ja toimintakyvyn edellytys (23).

Jokaisella etnisellä ryhmällä on omat näkökulmansa ja arvonsa (24). Eri kulttuurien erot muun muassa yksilö- ja yhteisökeskeisyydessä heijastuvat käsityksiin terveydestä ja hoidosta. Tämän katsauksen osion 4 maakohtaisissa kuvauksissa käsitellään näitä tekijöitä tarkemmin.

3.2. Stigma

Tuberkuloosi

Vuonna 2010 tehdyssä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tuberkuloosiin liitetystä stigmasta (25) osoitettiin tartunnan pelon olevan yleisin stigmaa aiheuttava tekijä. Stigman mielletään yleensä lisäävän diagnostista viivettä ja hoidon keskeytyksiä, vaikka tutkimuksissa on tullut myös vastakkaisia tuloksia. Tutkimuksissa tulisi tulevaisuudessa keskittyä enemmän tuberkuloosiin liitetyn stigman luonnehdintaan eri väestöryhmissä; käyttää validoituja tutkimusmenetelmiä stigman vaikutuksesta diagnostiseen viiveeseen ja hoitoon sitoutumiseen sekä taudin ilmaantuvuuteen ja kuolleisuuteen, sekä kehittää uusia stigmaa vähentäviä strategioita.

Tuberkuloosiin liitetyn stigman mittaaminen

Tuberkuloosiin liittyvää stigmaa koskevissa tutkimuksissa käytetään enemmän laadullisia kuin määrällisiä tutkimuksia, kuten syvähaastatteluja tai fokusryhmähaastatteluja. Viime aikoina on kehitelty mittareita stigman arvioimiseksi määrällisesti esim. validoitu tuberkuloosin stigma kysely (Macq et al.) ja kattava tuberkuloosin stigma arvoasteikko (Van Rie et al.), joka kattaa taudin tarttumisen pelon, asenteet tuberkuloosia kohtaan, tuberkuloosin yhteydet häpeään ja tuomioihin, sekä tautistatuksen paljastumisen.

Tuberkuloosiin liitetyn stigman luonnehdinta

Vaikka tuberkuloosia stigmatisoinnissa on maantieteellisiä ja kulttuurisia eroja, pääasiallinen syy stigmaan on kuitenkin tuberkuloosin mieltäminen tarttuvaksi taudiksi. Tiedon puute tuberkuloosin tartuntatavoista lisää stigmaa. Kuitenkin myös hyvät tiedot tuberkuloosista omaavilla ihmisillä tartunnan pelko voi johtaa stigmatisaatioon ja tuberkuloosia sairastavien eristämiseen yhteisöstä.

Korkean hiv-ilmaantuvuuden alueilla tuberkuloosin yhteys hiviin lisää tuberkuloosin stigmaa. Tuberkuloosia pidetään hivin merkinä, ja hiv-stigma kohdistuu tuberkuloosia sairastaviin. Tuberkuloosin yhteys aliravitsemukseen, köyhyyteen, ulkomaalaisuuteen ja alempaan sosiaaliseen luokkaan voi myös aiheuttaa stigmaa. Samoin kuin hivin kohdalla tuberkuloosiin liitetty stigma syntyy, koska tartunta yhdistetään muihin halveksittuihin asioihin.

Stigmaa voi esiintyä myös, koska yhteisö uskoo tuberkuloosin olevan jumalallinen rangaistus esim. moraaliseen tai henkilökohtaiseen epäonnistumisesta, joka oikeuttaa stigmatisoinnin. Stigman aiheuttamat häpeän ja syyllisyyden tunteet voivat johtaa siihen, että tartunnan saanut

itse eristäytyy muusta yhteisöstä. Tuberkuloosia sairastavat voivat salata taudin perheeltään. Sairaana kuollessa saatetaan kuolinsyy salata.

Tuberkuloosia sairastavat mieltävät olevansa alttiita useille stigmaan liittyville sosiaalisille tai taloudellisille seurauksille. Koska yleisin seuraus on eristäminen muusta yhteisöstä, voi tuberkuloosilla olla merkittäviä taloudellisia seurauksia. Joissain maissa tartunnan saanut henkilö ei esimerkiksi saa myydä tavaroita torilla tai osallistua yhteisön tapahtumiin. Stigman aiheuttamat häpeän ja syyllisyyden tunteet voivat johtaa siihen, että tartunnan saanut itse eristäytyy muusta yhteisöstä. Tuberkuloosiin liitetyn stigman sosioekonomiset seuraukset eroavat miesten ja naisten välillä. Yleisesti ottaen miehet ovat enemmän huolissaan taloudellisista seurauksista kuten työpaikan menetyksestä ja vähentyneestä toimeentulosta. Naiset ovat huolissaan avioliittomahdollisuuksistaan tai perheen heihin kohdistuvasta vieroksumisesta. Joillain alueella tosin myös miehet voivat olla huolissaan avioliittomahdollisuuksistaan. Naimisissa olevat naiset pelkäävät miehensä hylkäävän heidät ja heidän perheestä huolehtimisen mahdollisuuksien heikkenemistä.

Tuberkuloosiin liittyvän stigman vaikutus taudin toteamiseen ja hoitoon

Yleisesti ollaan siinä käsityksessä, että tuberkuloosiin liittyvä stigma vaikuttaa tuberkuloosin diagnoosin viivästyttämiseen ja heikentää hoitoon sitoutumista. Useat laadulliset tutkimukset raportoivat yhteisön jäsenten, tuberkuloosia sairastavien ja tuberkuloosipalveluja tarjoavien mieltävän stigman esteeksi varhaiselle taudin toteamiselle. Tuberkuloosin riskiryhmät eivät halua osallistua tuberkuloosiseulontoihin ja henkilöt, joilla on tuberkuloosin oireita menevät ehkä herkemmin ensin yksityislääkärille välttääkseen stigmaa. Tutkimuksissa on ristiriitaisia tuloksia tuberkuloosiin liittyvän stigman vaikutuksesta naisten hakeutumiseen tuberkuloositutkimuksiin. Osassa tutkimuksia naiset hakeutuvat jopa herkemmin stigman takia terveyspalveluiden pariin. Tuberkuloosia sairastavat ja heitä hoitavat pitävät stigmaa syynä hoidon keskeytyksiin. Stigma voi myös estää kotona tai työpaikalla annettavan hoidon.

Tuberkuloosin liittyvän stigman vaikutuksista diagnostiseen viiveeseen ja hoitoon sitoutumiseen on saatu ristiriitaisia tuloksia. Syy viiveeseen voikin olla stigman sijaan esim. alkoholin käyttö tai toimeentuloon liittyvä maanviljely tai jokin muu syy. Yhtään tutkimusta ei löydetty stigman vähentämisen vaikutuksesta tuberkuloosin ilmaantuvuuteen tai kuolleisuuteen.

Tuberkuloosiin liittyvää stigmaa vähentävät toimenpiteet

Tuberkuloosiin liitettyä stigmaa vähentäviä toimia on otettu varsin vähän käyttöön. Lupaavin toimenpide stigman vähentämiseksi on tuberkuloosia sairastavien voimaannuttaminen kohtaamaan ulkoinen stigman aiheuttama arvostelu. Erityisesti Afrikassa ja Väli-Amerikassa tuberkuloosihoitajien organisoimat tuberkuloosiklubit, joissa 3-10 tuberkuloosia sairastavaa tapaavat viikoittain saaden sosiaalista tukea, vahvistaen hoitoon sitoutumista ja hoidon

sivuvaikutusten huomiointia, ovat osoittautuneet tehokkaiksi. Tällaiset klubit voivat myös rohkaista muita yhteisön jäseniä tuberkuloosin seulontoihin. Pakistanissa potilaiden neuvonta heidän oman itsetuntonsa kohottamiseksi vähensi selvästi hoidon keskeytyksiä erityisesti naisten keskuudessa. (Koko osio. viite 23)

Hiv

Hiviin liittyvällä stigmalla on erityispiirteitä eri kulttuureissa, mikä tekee sen tutkimisesta erityisen haastavaa (26) Maahanmuuttajilla kohdemaan kulttuuri ja normit muokkaavat kotimaassa opittuja asenteita. Erityisesti arabialaisessa kulttuurissa hiviin liittyy myös useita uskonnollisia asenteita johtuen hivin tartuntatavasta ja seksuaalisuuden tabu-asemasta. kulttuurissa. (27) Hiviin liittyvää stigmaa kuvataan esiintyvän kolmella eri tasolla: hiv-potilaiden itselleen asettamana, ihmisten välillä sekä yhteiskunnallisella rakenteellisella tasolla (28,29). Yksilötasolla hiviin tavanomaisesti liitettäviä stigmatisoivia olettamuksia ovat taudin liittäminen paheelliseen käyttäytymiseen ja sairastumisen ajatellaan olevan (Jumalan) rangaistus (30). Naiset kärsivät hiviin liittyvästä stigmasta erityisen paljon. Monissa kulttuureissa ajatellaan, että hiv-tartunnan saaneella ei ole mahdollisuuksia hankkia lapsia, joiden merkitys on erityisen tärkeä afrikkalaisissa kulttuureissa. Naisten huono yhteiskunnallinen asema vaikuttaa heidän mahdollisuuksiinsa käsitellä taudin aiheuttamaa stigmaa (31,32).

Yhteisön merkitys hivin stigmatisaatiolle on merkittävä (33). Botswanassa otettiin käyttöön vuonna 2004 rutiininomainen hiv-testaus kaikille terveysaseman asiakkaille. Testistä oli mahdollisuus kieltäytyä. Kun hiv-testattujen osuus väestössä kasvoi, laski hiviin liittyvä stigmatisaatio yhteisössä oletetusti.

Hiviin liittyvän stigman tutkiminen

Hiviin liittyvää stigmaa tutkitaan tavallisimmin asennekyselyillä, joiden kohderyhmänä ovat sekä väestö yleensä, korkean hiv-riskin ryhmät että erilaiset sidosryhmät. Lisäksi stigman vaikutusta terveystalvelujen käyttöön on tutkittu paljon. Valitettavan harvoin stigmatisoivien käytäntöjen tutkiminen kohdistuu institutionaalisiin rakenteisiin, stigmaa mittaavien työkalujen kehittämiseen tai sitä vähentäviin interventioihin (28). Syvähaastattelut antavat arvokasta tietoa yksilöiden hiviin liittyvistä käsityksistä (34). Tutkimukset stigman vaikutuksesta seksikäyttämiseen ovat ristiriitaisia; on osoitettu, että oletettu hiv-negatiivisuus johtaa suurempaan riskikäyttämiseen ja toisaalta taas pelko kertoa hiv-positiivisuudestaan kumppanille voi johtaa suojaamattomaan seksiin.

Hiviin liittyvän stigman vaikutukset taudin toteamiseen ja hoitoon

Hiviin liittyvät ennakkoluulot ja stigma ovat merkittävimmät varhaisen testauksen ja hoidon esteenä olevat tekijät erityisesti matalan tulotason maissa, joista myös suurin osa Suomeen saapuvista turvapaikan hakijoista on lähtöisin (26).

Maahanmuuttajien tietämättömyys hivin hoitomahdollisuuksista uudessa kotimaassa vaikuttaa negatiivisesti hiv-testiin hakeutumiseen (35). Pelko positiivisesta testituloksesta ja sairauden mieltäminen "kuolemantuomioksi" vähentää testiin hakeutumista (36,37). Turvapaikanhakijoilla hivin voidaan ajatella olevan joko haitaksi tai hyödyksi turvapaikanhakuprosessissa (38). Kielteisen turvapaikkapäätöksen saaneilla hiv-positiivisilla kotiinpaluuseen liittyy pelkoa ja huolta myös hoitomahdollisuuksiin, sosiaalisen tukiverkoston puutteeseen ja köyhyyteen liittyen (39).

Hiviin liittyvä stigma vaikuttaa merkittävästi myös hoitoon sitoutumiseen (40). Tutkijat olettavat, että miesten ympärileikkauksen yleistyessä hivin ehkäisykeinona, voivat uskonnolliset johtajat ottaa roolin stigman vähentämisen puolestapuhujina. Raskaana olevat hiv-positiiviset naiset voivat kieltäytyä raskauden aikaisesta lääkityksestä peläten, että tieto taudista leviää heidän kumppaneilleen, perheelleen tai yhteisöön. Äidinmaidon korvikkeiden käyttäminen imettämisen sijasta mielletään samoin stigmatisoivaksi.

Hiviin liittyvän stigman vähentämiseen tähtäävät toimenpiteet

Hiviin liittyviin yleisiin ennakkoluuloihin ja asenteisiin vaikuttaminen yhteisöissä on haastavaa. Tietoisuus-asenne-kyselyiden perusolettamus on, että tietoisuus vaikuttaa käyttäytymiseen ja asenteisiin. Kuitenkin useissa tutkimuksissa on osoitettu, että lisääntynyt tietoisuus ja ymmärrys ei välttämättä johda käyttäytymisen muutokseen.

Nigeriassa USAID:n vuosina 2002–2004 toteuttama laaja hiv-tietoisuuden lisäämiseen, ennakkoluulojen vähentämiseen ja kondominkäytön yleistymiseen tähdännyt mediakampanja ei saanut aikaan toivottuja lopputuloksia käyttäytymisessä – tietoisuus lisääntyi ja ennakkoluulot vähenivät, mutta kondomin käyttö ei lisääntynyt lainkaan (41). Turkkilaisille internetin käyttäjille suunnatussa kyselytutkimuksessa ensisijaisena seksuaaliterveyskysymysten tiedonlähteenä käyttäjät nimesivät yllätyksellisesti painetun median (42).

3.3. Terveyskulttuurin huomioiminen hoidossa ja palveluissa

Keskeistä hiviin ja tuberkuloosiin vaikuttavissa sosiokulttuurisissa tekijöissä on potilaan terveystietoisuus, jolla tarkoitetaan sitä ymmärrystä ja tietoa, jonka ihmiset saavat perheiltä, ystäviltä ja naapureilta koskien terveysongelmien luonnetta, syitä ja seurauksia.

Tutkimuksissa on todettu, että tietyn etnisen ryhmän jäsenien hoitoon hakeutumista eivät motivoi niinkään oireet sinänsä vaan vaihteleva tulkinta niiden merkityksestä ja vaikutuksista toimivaan sosiaaliseen elämään. Kulttuurisidonnainen ymmärrys vaikuttaa ihmisten havain-

nointiin fyysisen ja psyykkisen hyvinvointinsa muutoksista. Potilaiden tulkinta oireista vaikuttaa päätökseen milloin ja kenen luota apua haetaan. Myös heidän reaktionsa hoito-ohjeisiin vastaa heidän omaa käsitystään siitä mikä on ongelmana. Potilaat saattavat aloittaa hoitonsa oma-hoidolla tai hakeutumalla kansanparantajille. Jos oireiden syyksi tulkitaan kova työ ja unen puute, oma-hoitona voi olla työstä pois jääminen tai varhainen eläköityminen tai pidemmät nukkumisajat. Jos syynä pidetään noituutta, johtaa se hakeutumiseen kansanparantajille.

USA:ssa on kehitetty nk. Health Belief Malli (HBM), joka ennustaa ihmisten reagoinnin uhkaaviin sairauksiin neljästä tekijästä: a) uskovatko he olevansa alttiita saamaan kyseisen sairauden, b) kuinka vakavaksi he arvioivat sairauden, c) mitä etuja he uskovat olevan ehkäisevistä toimenpiteistä ja d) kuinka kalliiksi he hahmottavat avunsaannin. Tätä menetelmää on käytetty yleisen terveyskäyttäytymisen arvioinnissa, se on validoitu Pohjois-Amerikassa ja toiminut siellä hyvin.

Sosiaalisen stigman vaikutus voi olla hyvin vahva tietyissä etnisissä ryhmissä. Esim. tietyissä afrikkalaisyhteisöissä potilas saattaa lopettaa käyntinsä terveysklinikalla, jos hänelle ilmoitetaan tuberkuloosidiagnoosista. Jos terveydenhuoltohenkilöstö lisäksi sanoo, että indeksitapauksella on voima levittää tautia, tulkitaan se siten, että tämä henkilö on noita tai manaaja. Koska noituus kulkee läpi sukujen, vaikuttaa tällainen noituus koko perheeseen.

Hoidot ja palvelut tulisivat muokata vastaamaan potilaan elämäntapaan. Parhaiten sopivien ehkäisy ja hoitomenetelmien kehittämisessä tulisi käyttää potilaiden fokusryhmäsessioita. Näissä sessioissa pitäisi pienen (6-12) klinikan palveluja käyttävän potilasryhmän keskustella mielipiteistään ja ajatuksistaan tuberkuloosin syistä, ehkäisystä ja parantumisesta, samoin kuin heidän arvioinnistaan klinikan toiminnasta. Fasilitaattorin kysymysten pitäisi olla avoimia, tavoitteena informoida klinikkaa potilaiden kulttuurisista näkemyksistä tuberkuloosista eikä päinvastoin.

Mahdollisia kysymyksiä:

- Kerro mitä tauteja voi liittyä selkäkipuun ja hartiakipuun? Mitä tauteja voi liittyä yskään ja nuhaan?
- Ovatko toiset taudit vakavampia kuin toiset?
- Tunnetko ketään, jolla on selkäkipua tai hartiakipua, tai joka on yskinyt kauemmin kuin 2 viikkoa?
- Mitä he tekivät tämän tilanteesta takia? Mitä sinä olisit tehnyt? Miksi?
- Oletko kuullut tuberkuloosista?
- Voitko kertoa mitä tiedät siitä?

- Muistatko miten ja missä sait tietää nämä asiat?
- Voidaanko tuberkuloosia ehkäistä? Voiko siitä parantua?
- Mikä on mielestäsi paras tapa informoida naapurustoa tuberkuloosista ja mitä voidaan tehdä sen ehkäisemiseksi ja sen parantamiseksi?

Kun potilaalle kerrotaan tuberkuloosidiagnoosista, häneltä tulisi samalla varmistaa hänen oma näkemyksensä ongelmasta, sen syistä, seurauksista ja potilaan odotukset hoidosta. Näin voidaan kehittää juuri tälle potilaalle sopiva hoitojärjestelmä. (Koko 3.3. osion.viite 43)

4. Tuberkuloosiin ja hiviin liittyvät tiedot ja asenteet

Tässä katsauksessa lähdeaineisto on rajattu koskemaan yleisimpien Suomeen tulevien maahanmuuttaja-, pakolais- ja turvapaikanhakijaryhmien parissa korkean tulotason maissa sekä heidän lähtömaissaan tehtyjä tuberkuloosi- ja hiv-tutkimuksia, jotka on pääasiallisesti julkaistu vuoden 2000 jälkeen. Maahanmuuttajaryhmistä keskitytään seuraaviin ryhmiin: 1) Länsi-Afrikka: Nigeria, Ghana, Kongon demokraattinen tasavalta (DT); 2) Somalia 3) kurdit: Irak, Iran, Turkki; 4) Syyria; 5) Balkanin alue: Kosovo, Serbia, Bosnia Herzegovina 6) Afganistan; sekä 7) Venäjän kielialue. Katsauksessa käytettiin yleisiä tietokantoja ja haettiin sekä tutkimuksia että raportteja koskien tietoisuutta ja asenteita liittyen hiviin ja tuberkuloosiin. Taulukoiden maakohtaiset ilmaantuvuus- ja esiintyvyyssluvut ovat peräisin WHO:n (6, 12) ja UNAIDS:in (15) vuosiraporteista ja maakuvauksista.

Tuberkuloosia koskevia englanninkielisiä tutkimuksia tästä aihepiiristä ja näistä väestöistä löytyi vähän. Kurdeja erikseen koskevia tutkimuksia ei löytynyt lainkaan. Vain yksittäisiä tutkimuksia oli tehty maahanmuuttajien ja tätäkin vähemmän turvapaikanhakijoiden keskuudessa; suurin osa tutkimuksista oli tehty lähtömaassa. Yleisimmin tutkimukset olivat poikkileikkaus- tai eteneviä tutkimuksia, joissa käytettiin strukturoitua tai semi-strukturoitua haastattelua, vapaata haastattelua, fokusryhmähaastattelua tai kyselykaavakkeita sekä kirjallisuuskatsauksia. Kohde-ryhmänä oli yleinen väestö, tietyt väestöryhmät kuten tuberkuloosipotilaat, terveydenhuollon henkilöstö, opiskelijat, tuberkuloosipotilaiden perheenjäsenet tai erityiset riskiryhmät. Tutkimuksissa selvitettiin tuberkuloosia koskevaa tietoisuutta, tietoja ja asenteita, hoitoon pääsyyn ja hoitoon sitoutumiseen liittyviä tekijöitä ja esteitä.

Hiv-tietoisuutta, -asenteita ja -stigmaa käsitteleviä artikkeleita ja raportteja on tehty sekä maahanmuuton kohdemaissa että lähtömaissa. Valtaosa kohdemaissa tehdyistä tutkimuksista on tehty afrikkalaistaustaisilla maahanmuuttajilla ja puolestaan kurdeille tai afganistanilaisille tehtyjä tutkimuksia oli hyvin vähän. Tutkimusmetodeina oli käytetty nimettömiä kyselyjä sekä

fokusryhmähaastatteluja. Tutkittavat maahanmuuttajat oli tavoitettu tavanomaisesti maahanmuuttajien palvelupisteiden ja erilaisten verkostojen kautta.

4.1. Afrikka: Nigeria, Ghana, Kongon DT

Saharan etelänpuoleisessa Afrikassa vallitsevan terveystieteiden mukaan ihmisen keho, mieli ja sielu ovat osa kokonaisuutta ja ne peilaavat toisiaan (21). Monissa Afrikan maiden kulttuureissa, maissa ja uskonnoissa henget ovat osa todellisuutta (22). Sairaudet voidaan jakaa luonnollisiin tai jumalan antamiin sairauksiin sekä pahan tahdon, yliluonnollisten voimien tai vihamielisen käyttäytymisen aiheuttamiin sairauksiin. Sairauden aiheuttajasta riippuen käännetään biolääketieteen tai perinteisen lääketieteen puoleen (21).

Taulukko 4.1.1. Maakohtaiset tuberkuloosi- ja hiv-tilannetta kuvaavat luvut

Maa	TB ilmaantuvuus/ 100 000	MDR-TB % uusista TB tapauksista	TB/ HIV ilmaantuvuus/ 100 000	HIV esiintyvyys %
Nigeria	118	3,1	30	3,7
Ghana	79	1,8	18	1,5
Kongon DT	327	3,1	49	3,3

Tuberkuloosi

Tuberkuloosin ilmaantuvuus Nigeriassa ja Kongon demokraattisessa tasavallassa (DT) on korkea ja Ghanassa keskitasoa. Tuberkuloosiin liittyviä tietoja, asenteita ja käytäntöjä on selvitetty hyvin vähän afrikkalaistaustaisten maahanmuuttajien parissa Euroopassa. Tehdyissä tutkimuksissa aineistot ovat pieniä ja maakohtainen hajoama suuri, niinpä johtopäätösten veto on vaikeaa ja tuloksiin täytyy suhtautua varauksella. Isossa Britanniassa afrikkalaistaustaisille potilaille tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että potilaat tulkitsevat tuberkuloosin varhaisoireita väärin. Asetettu tuberkuloosidiagnoosi kielletään vaikka hoitomyöntyyvyys olisikin hyvä. Tämä johtuu vahvasta stigmosta. TB potilaat kieltäytyvät herkästi hiv-testauksesta, koska uskovat tuberkuloosin johtuvan hiv-tartunnasta. Varsinaista stigmatisoivaa kohtelua on koettu vähän. Sitä kuitenkin oletetaan esiintyvän, mikä johtaa itsestä lähtöisin oleviin rajoituksiin, kuten sosiaalisten yhteyksien vähentämiseen, omien ruokatavaroiden käyttöön ja seksuaalisen käyttäytymisen rajoittamiseen. (44,45)

Uumajalaisessa tutkimuksessa todettiin ruotsia opiskelevien maahanmuuttajien parissa suurimmalla osalla huonot tiedot tuberkuloosista ja tautiin liittyi useita virhekuvitelmia; suurimmalla osalla oli negatiivinen asenne tuberkuloosia ja tautia sairastavia kohtaan. Tuberkuloositietous korreloi vanhassa kotimaassa saatuun informaatioon, mutta ei Ruotsissa saatuun. (46)

Selvityksiä ja tutkimuksia tuberkuloosiin liittyvistä tiedoista ja uskomuksista löytyi joitakin sekä Ghanasta että Nigeriasta. Kongon DT:stä löytyi tässä haussa vain yksi tutkimus. Nigerialainen ”Inter-Gender Development Centre” on tehnyt ”The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria” (GFATM)-rahoituksella rahoitetun hankkeen puitteissa vuonna 2007 laajan selvityksen Nigeriassa tehdyistä tutkimuksista ja selvityksistä koskien tuberkuloosiin liittyviä tietoja ja uskomuksia sekä väestön että palvelujen tarjoajien keskuudessa.(47) Haavoittuvia ryhmiä kuten naisia, lapsia, vankeja, pakolaisia ja hiv-positiivisia on Nigeriassa tutkittu vähän. Lisäksi yksittäisten tutkijoiden taidot tehdä tämäntyyppisiä tutkimuksia asetettiin tässä selvityksessä paikoitellen kyseenalaisiksi.

Tuberkuloosiin liittyy näiden maiden väestön keskuudessa runsaasti vääriä tietoja ja uskomuksia, jotka ovat johtaneet vahvaan stigmatisointiin. Lukutaidottomien joukossa nämä uskomukset korostuvat. Tuberkuloositiedot vaihtelevat eri alueilla ja eri ryhmissä. Yleisesti kuitenkin tuberkuloosin syytä pidetään yliluonnollisia voimia. Myös terveystalvelujen tarjoajien tiedot tuberkuloosista ovat niin heikot, etteivät he osaa korjata väestön virheellisiä käsityksiä.

Ghanassa pelko tartunnasta johtaa tuberkuloosia sairastavien karttamiseen ja heitä koskeviin vapaaehtoiisiin rajoituksiin. Suurin osa väestöstä on sitä mieltä, että tuberkuloosipotilaiden kanssa ei pidä mennä naimisiin, he eivät saa harjoittaa kauppaa eivätkä saa osallistua mihinkään yhteisön toimintoihin, koska he voivat tartuttaa muita. Tuberkuloosipotilaan kohdatessa tulee suu suojata nenäliinalla, pää kääntää sivuun tai istua siten että tuuli käy potilaan suuntaan, jotta ei saa tartuntaa. Väestön asenteet voivat johtaa siihen, että tautia sairastava salaa tautinsa muilta, keskeyttää hoitonsa ja tuberkuloosioireita potevat yhdistävät ne muihin vaarattomampiin sairauksiin. (48,49)

Tärkein syy stigmaan on tartunnan pelko – tuberkuloosi on vaarallinen tauti ja sen tiedetään tarttuvan ilman kautta. Virheellisesti uskotaan, että se tarttuu myös kosketuksesta kuten astumisesta ysköksen päälle ja ruokailuvälineistä. Taudin uskotaan tarttuvan myös mm. pölyisestä työympäristöstä, kovasta työstä ja pahoista voimista. Erityisen ongelmallista on uskomus siihen, että on olemassa tuberkuloosin henkinen muoto, joka tulee paholaisesta, noituudesta tai pahoista voimista. Tällainen tuberkuloosi voi levitä perheenjäseneen myös tuberkuloosiin kuolleen omaisen haamusta. Laihtunut ja yskivä, jopa veriyskivä, potilas saa muut tuntemaan olonsa epämuikavaksi. Tuberkuloosiin usein liittyvä hiv vahvistaa stigmaa ja tuberkuloosiin siirretään hiviin liittyviä uskomuksia.

Virhekäsityksiä ja uskomuksia lisäävät terveydenhuollonhenkilöstön käytännöt, jotka lisäävät väestön näkökulmasta tautia koskevaa pelkoa ja tekevät tuberkuloosista häpeällisen. Taudille annetaan omituisia nimiä, potilaat eristetään, hoitokierroilla käytetään suojakäsineitä ja maskeja. Henkilökunta pelkää kanssakäymistä tuberkuloosia sairastavien potilaiden kanssa.

Potilaat, jotka hakeutuvat sairaaloihin ja joilla todetaan tuberkuloosi, joutuvat stigman kohteeksi: esim. läheiset ja ystävät jättävät, vaimot/miehet kieltäytyvät hoitamasta puolisoaan, työnantajat antavat potkut. Tästä syystä useimmat potilaat salaavat tautinsa ja keskeyttävät usein hoitonsa.

Aikaisemmat kokemukset tuberkuloosista vahvistavat käsityksiä. Useimmat yhteisön jäsenet tunsivat jonkun, jolla oli nyt tai oli aiemmin ollut tuberkuloosi. Suurin osa näistä oli kuollut. Siksi monet yhteisön jäsenet olivat sitä mieltä, että tuberkuloosia on vaikea parantaa tai sitä ei voi lainkaan parantaa ja tauti johtaa aina kuolemaan.

Tuberkuloosipotilaita myös tuomitaan, syyllistetään ja häpäistään. Joidenkin mielestä nämä ovat alkoholin käytöllä, hashiksen ja tupakan poltolla tai kovien huumeiden käytöllä itse aiheuttaneet tuberkuloosinsa ja tartuttavat nyt tahallaan tautia muihin. Jos potilaat eivät tarkkaan noudata kaikkia hoito- ja tartunnantorjuntaohjeita heidän tarkoituksensa on tahallaan tartuttaa muita. Tuberkuloosia sairastavat häpeävät itseään ja salaavat diagnoosin sukulaisilta ja ystäviltä ja rajoittavat myös itse liikkumistaan yleisissä paikoissa.

Nigeriassa väestö ei tiedä tuberkuloosin syitä, oireita, hoitoa, paranemista eikä miten tuberkuloosia kyettäisiin ehkäisemään. Ihmiset eivät toisaalta pidä tuberkuloosia vakavana terveysongelmana. Toisaalta, heidän mielestään tautia sairastavat tulisi eristää eivätkä he saisi syödä muiden kanssa. Avioliitto tuberkuloosipotilaan tai hänen perheenjäsenensä kanssa ei ole suositeltavaa. Tuberkuloosi vaikuttaa negatiivisesti koko suvun maineeseen. Tuberkuloosia ei pidetä parannettavana sairautena. Potilaat pelkäävät tartuttavansa muita ja eristävät itse itsensä kuten Ghanassakin.

Uskomukset, jotka perustuvat kulttuuriin ja uskontoon vääristävät tuberkuloositietoja. Taudin syynä pidetään periytyvyyttä, noituutta tai jumalan tai pahojen henkien kirousta. Jotkut pitävät syynä myrkytystä, tupakointia, seksuaalista yhdyntää, huonosti valmistettua ruokaa, pölyä ja ravinteikkaan ruoan puutetta. Tiedot tuberkuloosin ja hivin yhteydestä ovat hyvin huonot. Terveystieteiden palvelujen tarjoajilla on yhtä huonot tiedot kuin väestöllä yleensä. Jos hakeudutaan hoitoon, hakeudutaan mieluiten kansanparantajille tai henkiparannukseen. (osion viitteet)

Kongon demokraattisessa tasavallassa tuberkuloosia kutsutaan ”etäisyyden taudiksi” ja se kuvataan henkilöksi, joka tunkeutuu toiseen ihmiseen. Eristäminen ja stigmatisaatio ovat keinoja, joilla suojataan yhteisöä tuberkuloosinuhalta. (50)

Hiv

Hivin esiintyvyys Länsi- ja Keski-Afrikassa on suhteellisen matalaa afrikkalaista tasoa – aikuisväestössä keskimäärin 2 prosenttia. Tutkimusten mukaan suojaamattomalla maksullisella seksillä on merkittävä rooli tämän alueen hiv-epidemiassa.

Nigeriassa asuu lähes joka kymmenes maailman hiv-potilaista. Nigeriassa on tehty useita asenne-tietoisuus-tutkimuksia erityisesti nuorten ja terveydenhuollon henkilökunnan parissa. Nigerian nuorten tietoisuus hivin tarttumisesta, ehkäisystä ja hoidosta on keskimäärin hyvällä tasolla, mutta tietoisuus ei muunnu käytäntöön. Nuoret aloittavat yhdynnät aikaisin, heillä on useita samanaikaisia kumppaneita ja kondomin käyttöä on epäjohtonmukaista. Yläasteen opettajilla Nigeriassa on osoitettu myös hyvä tietotaso hivistä, mutta he eivät ole onnistuneet välittämään tietoa oppilailleen kulttuurillisista ja sosiaalisista normeista johtuen. (51,52)

Tietoisuuden huonoa muuntumista käytäntöön kuvastavat myös nigerialaisten terveydenhuollon ammattilaisten syrjivät asenteet hiv-potilaita kohtaan (53). Naispotilaiden miespuoliset sukulaiset maksavat usein heidän terveydenhuollon kulunsa ja siksi infektion salaaminen suvun kesken ei ole mahdollista (54).

Nigerian patriarkaalisen yhteiskuntarakenteen myötä omaisuus periytyy tavanomaisesti mieheltä miehelle. Patriarkaalisuus asettaa naiset taloudellisesti heikompaan asemaan ja riippuvuussuhteeseen miehistä ja siten alttiiksi hiville. Hiv-positiivisilta naisilta voidaan evätä perheen elanto. Sukupuolilla on hyvin vahvat roolit nigerialaisessa kulttuurissa. Naisten odotetaan olevan kuuliaisimpia ja yksivaiheisia, kun taas miehillä on hyväksyttävää olla useampi samanaikainen seksikumppani. Naisten mahdollisuudet keskustella kondomin käytöstä ovat rajallisia. Homoseksuaalisuus on tabu ja hiv-positiiviset miehet, jotka harrastavat seksiä miesten kanssa, ovat erityisen haavoittuvassa asemassa Nigeriassa. (54)

Saharan eteläpuolisesta Afrikasta kotoisin olevilla hiv-positiivisilla maahanmuuttajilla Kanadassa on osoitettu olevan hiv-positiivista kantaväestöstä huonommat tiedot hivin tarttumisesta ja ehkäisystä (55). Kuitenkin hiv-positiivisten maahanmuuttajien tiedot olivat keskimäärin paremmat kuin terveen kantaväestön.

Hiviin liitetään Nigeriassa paljon negatiivisia ajatuksia ja pelkoa, joiden vuoksi monet eivät tietoisesti halua tulla testatuksi ja siten välttelevät tietoa omasta tartunnastaan (56) Erityisesti neuvolaseurannassa pelko hankaloittaa odottavien äitien hoitamista ja lisää merkittävästi tartuntoja äidiltä lapselle.

Nigerian asenneilmapiiri on muuttumassa sallivammaksi. Stigmatisoivien käytäntöjen poistaminen erityisesti yhteiskunnallisella institutionaalisella tasolla kuten lainsäädännössä ja terveydenhuollossa on otettu edistysaskelia. (57)

Ghanalaisilla 10–19-vuotiailla nuorilla on osoitettu olevan hyvä tietotaso hivistä, mutta myös väärinkäsitykset ovat tavallisia. Kouluttamattomien nuorten tietotaso hivistä oli matalampi ja heidän asenteensa hiviä sairastavia kohtaan olivat kielteisempiä. Jopa kaksi kolmesta tutkimukseen osallistuneista nuoresta osoitti hyvin kielteisiä asenteita hiviä kohtaan. (58)

Ghanalaisilla yliopisto-opiskelijoilla erityisesti julkisen puolen oppilaitoksissa on osoitettu olevan kohonnut hiv-infektion riski opiskelijaelämään ja suosittuihin satunnaisiin seksisuhteisiin liittyen. Naisopiskelijat saattavat tienata taskurahaa maksullisella seksillä. Naispuolisten ghanalaisten yliopisto-opiskelijoiden tietoisuus hivin ehkäisystä, tartumisesta ja hoidosta oli paremmalla tasolla kuin miesten, mutta miehet olivat halukkaampia hakeutumaan hiv-testiin. (59)

Ghanalaisessa kulttuurissa hiv liitetään tavanomaisesti moraalittomaan seksuaaliseen käyttäytymiseen, avioliiton ulkopuoliseen seksiin, maksulliseen seksiin, huumeisiin, ulkomaalaisiin sekä homoseksuaalisuuteen. Sairauden ajatellaan olevan Jumalan rangaistus paheellisista teoista. Hiviin liittyvät ennakkoluulot Ghanassa johtavat alentuneeseen hiv-testaukseen, riittämättömään sitoutumiseen hoitoon sekä pelkoon, että taudin toteamisen aiheuttama syrjintä johtaa työpaikan menetykseen, väkivaltaan tai perheen ja yhteisön ulkopuolelle sulkemiseen. Ghanalaisessa kulttuurissa perheenjäsenet ovat vastuussa toistensa teoista ja siten hiv-potilaiden perheisiin kohdistuu myös runsaasti stigmaa. (60)

Kongon demokraattisessa tasavallassa nuorten kuntoutuskeskuksessa eläville entisille 10-25-vuotiaille katulapsille tehdyssä asenne-tietoisuus-kyselyssä nuorten tietotaso osoittautui hyväksi, mutta mm. kondomin käyttö, oli edelleen harvinaista (61).

4.2. **Kurdit: Iran, Irak, Turkki**

Kurdeille terveyden merkitys on suuri terveyden ollessa elämän perusta. Voidaan jopa todeta, että islamin uskon myötä sairaus tai terveyteen liittyvä poikkeavuus koetaan suurempana kuin länsimaisessa kulttuurissa. Käsitys terveydestä pitää sisällään fyysisen, henkisen ja sosiaalisen terveyden sekä sairauden puuttumisen. (21)

Taulukko 4.2.1. Maakohtaiset tuberkuloosi- ja hiv-tilannetta kuvaavat luvut

Maa	TB ilmaantuvuus/ 100 000	MDR-TB % uusista TB tapauksista	TB/ HIV ilmaantuvuus/ 100 000	HIV esiintyvyys %
Iran	21	5	0,5	?
Irak	45	3,4	?	?
Turkki	24	0.93	0,04	< 0,1

Tuberkuloosi

Iran, Irak ja Turkki ovat matalan tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maita. Tutkimuksia tuberkuloosiin liittyvistä asenteista koskien kurdeja erikseen ei löytynyt.

Hiv

Irakista, Iranista ja Turkista on vain vähän luotettavaa tietoa hivin esiintyvyydestä. Hivin esiintyvyys, ilmaantuvuus ja AIDS:n aiheuttamat kuolemat ovat kuitenkin kasvussa. Hiv-epidemiat kohdistuvat tyypillisesti ruiskuhuumeita käyttäviin, miehiin joilla on miesten välistä seksiä, seksityön tekijöihin ja heidän asiakkaisiinsa. Näiden maiden on arvioitu kuuluvan hivin suhteen matalan esiintyvyyden maihin. Vaikka maat kuuluvat matalan esiintyvyyden alueisiin, on hiv-potilaiden kokema syrjintä maissa kuitenkin huomattavaa.

Irania on kuvattu hivin ehkäisyn ja hoidon mallimaana Lähi-Idässä, sillä maahan on luotu kansallinen hoito-ohjelma sekä ilmaisia neulanvaihtopisteitä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksella on kuitenkin edelleen potilaita syrjiviä asenteita ja käytäntöjä. Hiv-potilaille tehdystä haastattelututkimuksessa oli tavoitteena kuvata potilaiden terveydenhuollon henkilökunnan taholta kokemaa stigmaa. Potilaiden kokemus stigmasta ilmeni neljässä eri muodossa: hoidon kieltämisenä, riittämättömänä hoitona, ylivarovaisuutena potilaita kohdatessa sekä nöyryyttämisenä tai syyttämisenä. Stigmatisoivat kokemukset saivat potilaat hakemaan terveydenhuollon apua myös perinneparantajilta. Islamilaisessa kulttuurissa potilaiden luottamus terveydenhuoltohenkilökuntaan on ehdotonta ja siten petetyksi tulemisen kokemukset myös voimakkaampia. Uskonnollisten johtajien mahdollisuudet puhua hiviin liittyvää syrjintää vastaan ovat merkittävät erityisesti islamilaisessa kulttuurissa. (62)

Irakilaisilla nuorilla naisilla on osoitettu olevan huomattavia puutteita hiv-tietoisuudessa – vuonna 2000 tehdystä laajassa väestötutkimuksessa vain puolet naisista oli kuullut sairaudesta. Naimisissa olo, koulutus, varallisuus ja asuinalue vaikuttivat hiv-tietoisuuteen. (63)

Turkin länsiosassa tehdystä väestötutkimuksessa ilmeni, että huolimatta väestön keskimäärin hyvästä hiv-tietoisuudesta, ovat kuitenkin ennakkoluulot mm. siitä, että yksilö on omalla toiminnallaan ansainnut sairauden, tavallisia. Naisten asenteet olivat miehiä sallivampia. Koulutetuilla henkilöillä oli paremmat tiedot hivin ehkäisystä, tarttumisesta ja hoidosta kuin kouluttamattomilla. (64)

Vuonna 2004 lähes 1400 turkkilaiselle yliopisto-opiskelijalle tehdystä haastattelututkimuksessa ilmeni, että noin kaksi kolmesta vastaajasta oli hyvät tiedot hivin ehkäisystä ja tarttumisesta. Merkittäväällä osalla oli kuitenkin hiv-potilaisiin kohdistuvia väriä ennakkoluuloja. (65) 10-19-vuotiailla turkkilaisilla nuorilla oli keskimäärin hyvät tiedot hivin ehkäisystä ja tarttumisesta. Internet oli nuorten tärkein seksuaali- ja lisääntymisterveystiedon sekä hiv-informaation lähde. (66).

Aikuisille kurditaustaisille maahanmuuttajille Suomessa vuosina 2010–2012 tehdystä kyselytutkimuksessa ilmeni, että maahanmuuttajien tietoisuus hivin ehkäisystä ja tarttumisesta

on huonolla tasolla, mutta sen sijaan valtaosa tiesi, että tautiin on olemassa hoitomahdollisuus (67).

4.3. Syyria

Taulukko 4.3.1. Maakohtaiset tuberkuloosi- ja hiv-tilannetta kuvaavat luvut

Maa	TB ilmaantuvuus/ 100 000	MDR-TB % uusista TB tapauksista	TB/ HIV ilmaantuvuus/ 100 000	HIV esiintyvyys %
Syyria	19	6,2	ei tietoa	0,2*

Tuberkuloosi

Syyria on ollut matalan tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maa. Sotatila voi kuitenkin jatkossa heijastua tuberkuloositalanteeseen. Vuonna 2008 Syyriassa tuberkuloosipotilaille tehtyjen tutkimusten perusteella tuberkuloosi koetaan vahvasti stigmatisoituneeksi sairaudeksi (68, 69) ja tietämys tuberkuloosista on puutteellista. Tuberkuloosin oireista tunnetaan parhaiten yskä, kuume ja laihtuminen. Vaikka tuberkuloosi tiedetään tartuntataudiksi, taudin tartuntatapaa ei usein tunneta. (68) Sukupuoli ei näytä vaikuttavan tuberkuloositietämykseen tai asenteisiin. Sukupuolten välisiä eroja todettiin sen sijaan hoitoon hakeutumisessa ja hoitotuloksissa. Miesten hoitoon hakeutuminen kesti kauemmin. Naisten pääsy hoitoon oli hankalampaa, koska siihen tarvittiin lupa ja saattaja, mutta heidän hoitotuloksensa todettiin paremmiksi kuin miesten.(68) Diagnostisiin ja hoitoviiveisiin vaikuttivat mm. etäisyys hoitopaikkaan, stigma, heikot tiedot sairaudesta sekä hakeutuminen hoitoon muualle kuin terveydenhuoltoon. (69)

Hiv

Muiden Lähi-idän alueiden maiden tapaan Syyrian hiv-tilanteesta on vain vähän luotettavaa tietoa. Nuorten hiv-tietoisuutta ja stigmaa Syyriassa kuvaavia tutkimuksia ei ollut löydettävissä.

4.4. Balkanin alue

Taulukko 4.4.1. Maakohtaiset tuberkuloosi- ja hiv-tilannetta kuvaavat luvut

Maa	TB ilmaantuvuus/ 100 000	MDR-TB % uusista TB tapauksista	TB/ HIV ilmaantuvuus/ 100 000	HIV esiintyvyys %
Serbia	16	0,49	0,29	0,1
Kroatia	-	-	-	0,1
Bosnia Herzekovina	49	0,17	-	< 0,1*

*maan oma arvio

Tuberkuloosi

Balkanin alueen maat ovat matalan tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maita. Tuberkuloosiin liittyy vahva stigma; tutkimuksissa tuli esille että lähes puolet haastatelluista kokisi tuberkuloosipotilaan läheisyyden epämiellyttäväksi ja joka neljäs ei haluaisi olla missään tekemisissä sairastavan kanssa. Salailuun ja häpeän tunteisiin liittyvät asenteet ovat yleisimpiä vähemmän koulutettujen kohdalla. Väestötutkimuksissa tietämys tuberkuloosin tartuntatavasta on riittämätöntä ja väärinkäsitykset ovat yleisiä. Väestöllä esiintyy käsityksiä että tuberkuloosi tarttuu mm. likaisten käsien, likaisen veden, tiskien, ruoan ja juoman kautta ja ylipäättään kontaktissa tuberkuloosipotilaan kanssa. Edelleen esiintyi käsityksiä että tuberkuloosi voi olla perinnöllinen ja esim. sama veriryhmä altistaa tuberkuloosille. Tietämättömyys yhdistyi alhaiseen koulutustaustaan ja ikään, hyvin nuorilla ja vanhoilla oli eniten virheellisiä tietoja. Myös oiretietoisuus oli puutteellista; vain yksi kolmesta haastatelluista tunsi tuberkuloosin oireet.

Tuberkuloosi tiedettiin tarttuvaksi taudiksi, mutta vain yksi kolmesta tiesi sen bakteerin aiheuttamaksi. Myötävaikuttavana tekijänä sairastumiselle mainittiin huonot asuinolot, ruoan puute ja stressi. Esiintyi käsityksiä että tuberkuloosia ei voi saada, jos sairastaa syöpää tai diabetesta.

Tuberkuloosi tiedettiin vakavaksi sairaudeksi, joka on kuitenkin parannettavissa. Lääkityksen lisäksi lepoa, raitista ilmaa, "vahvaa ruokaa" (pekoni, liha) pidettiin tärkeänä ja myös kansanlääkintää käytiin rinnalla. Tieto hoidon maksuttomuudesta oli puutteellista. (13, 70–76)

Hiv

Hivin esiintyvyys on vähäistä Balkanin alueella. Hiv-epidemia on kohdentunut pääasiassa miehiin, joilla on miesten välistä seksiä ja ruiskuhuumeita käyttäviin. Balkanina alueella tehty hiv-asette-tietoisuus-tutkimuksia oli löydettävissä vähän ja Balkanilta kotoisin oleville maahanmuuttajille tehtyjä tutkimuksia ei ollut löydettävissä lainkaan.

Serbiassa terveydenhuollon henkilökunnalla on osoitettu olevan puutteelliset tiedot hivin ehkäisystä ja tartumisesta sekä syrjiviä käytäntöjä hiv-potilaita kohtaan (77).

Kroatialaisilla 18–25-vuotiailla nuorilla peruskoulun seksuaalikasvatuksen puuttuminen johtaa puutteellisiin tietoihin turvaseksistä ja vähentyneeseen kondomin käyttöön (78–79).

4.5. Afganistan

Taulukko 4.5.1. Maakohtaiset tuberkuloosi- ja hiv-tilannetta kuvaavat luvut

Maa	TB ilmaantuvuus/ 100 000	MDR-TB % uusista TB tapauksista	TB/ HIV ilmaantuvuus/ 100 000	HIV esiintyvyys %
Afganistan	189	3,4	9,3	< 0,1

Tuberkuloosi

Afganistan on korkean tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maa. Kahden Afganistanin provinssissa väestön parissa tehdyn tutkimuksen mukaan tuberkuloosi koetaan yhteisössä häpeällisenä ja siihen liittyy pelko sosiaalisesta eristyneisyydestä, aviopuolison, työn tai avioitumis-mahdollisuuksien menettämisestä. Yleinen tietoisuus tuberkuloosista väestön parissa oli hyvä. Valtaosa väestöstä piti sairautta kuitenkin vaarallisena, tappavana ja parantumattomana. Yli kaksi kolmasosaa haastatelluista mielsi tuberkuloosin naisten sairaudeksi ja ajatteli naisten olevan alttiimpia saamaan taudin. Pitkittynyt yskä tuberkuloosin oireena tunnettiin hyvin. Tietämys tuberkuloosin tartuntatavasta ja muista oireista sekä hoidosta oli puutteellista ja väärinkäsitykset yleisiä. Haastatelluista noin puolet ajatteli taudin johtuvan kylmettymisestä tai saastuneesta ympäristöstä, yli kolmannes ajatteli taudin tarttuvan vuodevaatteiden ja tavaroiden välityksellä. Tutkimuksen mukaan tauti pyritään usein piilottamaan. Häpeä, stigma, pelot sosiaalisesta eristyksestä, taloudelliset syyt sekä naispuolisten työntekijöiden puuttuminen olivat tärkeitä esteitä hoitoon pääsulle. (80)

Hiv

Afganistanissa hivin esiintyvyyden aikuisväestössä arvioitiin olevan alle 0,1 prosenttia vuonna 2011. Epidemian keskeisten ryhmien katsottiin olevan: ruiskuhuumeita käyttävät, miehet joilla on seksiä miesten kanssa ja seksityötä tekevät.

Afganistanissa tehtyjä asenne-tietoisuuskyselyitä on vähän. Afganistan on toistaiseksi matalan hiv-esiintyvyyden maa, mutta riski epidemian ilmaantumiselle on suuri köyhyydestä, yleistyvistä riskikäyttäytymisestä ja väestön puutteellisesta tietotasosta johtuen.

Yliopisto-opiskelijoille vuonna 2008 tehdyssä asenne-tietoisuus-kyselyssä vain 28 prosentilla opiskelijoista oli hyvät tiedot hivin ehkäisystä, tartumisesta ja hoidosta. Kolmanneksella opiskelijoista oli kuitenkin hiville altistavaa riskikäyttäytymistä, kuten suojaamatonta seksiä tai ruiskuhuumeiden käyttöä. (81)

Ruiskuhuumeiden käyttäjille tehdyssä haastattelututkimuksessa ilmeni, että käyttäjien tiedot hivistä ovat huomattavan puutteellisia – vain puolet oli kuullut puhuttavan taudista ja heistä kolmasosa tunnisti tavanomaisia tartuntareittejä (82).

4.6. Venäjän kielialue

Venäjän kielialueella käsitykseen terveydestä ja sairaudesta vaikuttavat venäläisen kansanlääkinnän perinne sekä Neuvostoliiton aikainen terveysajattelu ja asenteet (83). Venäläiseen kulttuuriin kuuluu usein terveydenhuollon autoritaarinen suhde potilaaseen, eikä tietojen vaihto ja vapaa keskustelu ole tavanomaista. Kulttuurille on tyypillistä, että potilaat odottavat hoitohenkilökunnalta jopa paternalistista suhtautumista luottaen asiantuntijaan. Tämä saattaa heikentää potilaan omaa motivaatiota oppia lisää terveyttä edistävästä käyttäytymisestä (24).

Taulukko 4.6.1. Maakohtaiset tuberkuloosi- ja hiv-tilannetta kuvaavat luvut

Maa	TB ilmaantuvuus/ 100 000	MDR-TB % uusista TB tapauksista	TB/ HIV ilmaantuvuus/ 100 000	HIV esiintyvyys %
Venäjä	97	20	6,5	0,8
Valko-Venäjä	70	32	2,7	0,4
Georgia	125	11	1,8	0,2

Tuberkuloosi

Venäjällä ja Georgiassa tuberkuloosin ilmaantuvuus on korkea ja Valko-Venäjällä keskitasoa. Näissä maissa esiintyy myös paljon lääkkeille vastustuskykyistä tuberkuloosia. Venäjällä tuberkuloosipotilaiden ja heidän perheidensä tietämys tuberkuloosista on tehtyjen tutkimusten perusteella riittämätöntä. Hoitohenkilökunnan keskuudessa esiintyy tutkimusten perusteella pelkoja tuberkuloosiin sairastumisesta sekä huolta mahdollisuudesta välittää tartunta omiin perheenjäseniin. Tuberkuloosi on vahvasti stigmatisoitunut sairaus, mikä vaikuttaa sekä hoitoon hakeutumiseen että hoitoon sitoutumiseen eri mekanismeilla. Virheellisiä uskomuksia tuberkuloosin tartuntatavasta esiintyy terveydenhuollon henkilökunnankin parissa. Uskomuksista yleisimpiä ovat että tuberkuloosi tarttuu huonepölyn, vuodevaatteiden ja ruokailuvälineiden välityksellä. Joissain tutkimuksissa tuli esille tuberkuloosia sairastavien heikko tietoisuus oireistaan, mikä voi viivästyttää hoitoon hakeutumista. Tutkimuksissa tiedon puute yhdistyy heikompaan koulutustaustaan ja huonoon sosiaaliseen asemaan. Myös stigmaan liittyvät aspektit, esim. sisäistetty häpeä, hidastavat hoitoon hakeutumista. Hoidon ja ehkäisyn suhteen sekä tuberkuloosia sairastavien että heidän perheidensä joukossa esiintyy käsityksiä, että esim. hyvä ravinto yksinään riittää ehkäisemään tuberkuloositartunnan ja on siihen riittävä hoito. Käsitys tuberkuloosista parantumattomana sairautena on yleinen Venäjällä. (13, 84-89)

Hiv

Itä-Eurooppa ja Keski-Aasia on ainoa alue, missä hivin esiintyvyys jatkaa selkeästi kasvua. Hiv-tartunnan kanssa elävien määrä on lähes kolminkertaistunut vuodesta 2000 vuoteen 2009. Epidemia on kohdistunut etupäässä ruiskuhuumeita käyttäviin ja seksityötä tekeviin ja heidän partnereihinsa.

Hivin esiintyvyys ja siihen liittyvä stigma maahanmuuttajien kotimaassa vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä myös maahanmuuton kohdemaissa. Entisestä Neuvostoliitosta kotoisin olevilla maahanmuuttajilla Israelissa seksuaalinen riskikäyttäytyminen sekä abortit olivat yleisempiä kuin kantaväestöllä (90). Saksassa tehdyssä laajassa nimettömässä kyselytutkimuksessa entisestä Neuvostoliitosta kotoisin olevilla maahanmuuttajilla oli kantaväestöä huonommat tiedot hivin tartumisesta ja ehkäisystä (91). Suomessa 2010–2012 tehdyssä laajassa maahanmuuttajatutkimuksessa puolestaan venäläistaustaisten maahanmuuttajien tietoisuus hivistä oli kohtalaisella tasolla ja lähes 80% vastaajista tiesi, että hiviin on olemassa hoitomahdollisuus (67).

Entisen Neuvostoliiton alueella hiviin liittyy runsaasti kielteisiä asenteita ja tauti mielletään liittyvän ensisijaisesti ruiskuhuumeiden käyttöön. Hiviä sairastavia on pidetty mm. ”hyödyttöminä” yhteiskunnalle. Väestön tietoisuus hivin tartumisesta on ollut alhaista. Seksityöntekijät ovat kokeneet syrjintää ja väkivaltaa myös viranomaisten taholta. Kielteiset asenteet hiviä ja ruiskuhuumeiden käyttöä kohtaan entisessä Neuvostoliitossa ovat myös olleet esteenä ehkäisy- ja haitan vähennystoimenpiteiden kehittämiseksi. (92)

4.7. Somalia

Terveys käsitteenä on somalialaisille monitasoinen käsite, johon vaikuttaa myös yhteys islamin uskontoon. Hassinnen-Ali-Azzanin väitöskirjaan (2002) perustuen voidaan todeta, että somalialaiset kokevat yksilötasolla terveyden edistämiseksi tärkeiksi uskonnolliset, puhtauteen ja fyysisen kunnon ylläpitämiseen liittyvät käytännöt, itsestä huolehtimisen, sosiaalisen elämän, ruokavalion sekä ennalta ehkäisevät käytännöt (95). Somaliassa hoitokeinona käytetään myös vaihtoehtoisia hoitomuotoja ja potilaan parantumisessa olennaisia asioita ovat vahvistumisen tunne ja toivon saaminen (22).

Taulukko 4.7.1. Maakohtaiset tuberkuloosi- ja hiv-tilannetta kuvaavat luvut

Maa	TB ilmaantuvuus/ 100 000	MDR-TB % uusista TB tapauksista	TB/ HIV ilmaantuvuus/ 100 000	HIV esiintyvyys %
Somalia	286	5,2	22	

Tuberkuloosi

Somaliassa tuberkuloosi on yleinen sairaus. Somali-kulttuurissa sairaus on vahvasti stigmatisoitu. Tuberkuloosi on yksi pelätyimmistä sairauksista ja sen pelätään usein johtavan kuolemaan. Sairauden on traditionaalisesti ajateltu johtuvan esim. epätasapainosta ja ongelmista suhteessa muihin ihmisiin, henkiin tai Jumalaan. Muina syinä on esitetty esim. kovaa työtä, aliravitsemusta, rintakehän vammaa tai perinnöllisyyttä.

Centers of Disease Control and Prevention'in (CDC) tutkimuksissa haastateltavat kokivat, että tuberkuloosi muuttaa ihmissuhteita. Haastateltavat mainitsivat perhehäpeän ja ystävien menetyksen pelon. He mainitsivat myös pelon siitä, että perheenjäsenet eivät enää suostuisi jakamaan ruokailuvälineitä tai ruokaa sairastuneen kanssa. Somalikulttuurissa yhteiseltä lautaselta syöty ateria on tärkeä tapa, joten sen estyminen stigmasta johtuen tuo mukanaan merkittävää sosiaalista isolaatiota.

Stigmalla voi olla negatiivista vaikutusta hoitoon hakeutumisessa. Perinteisesti tuberkuloosiin on usein haettu apua kansanparantajilta ja uskonnollisilta johtajilta. CDC:n tutkimuksissa ilmeni, että ainakin USA:ssa, samoin Lontoossa, somalit kääntyvät nykyään lääkäreiden puoleen saadakseen apua. Merkittävänä käyttäytymistä ohjaavana tekijänä nähtiin henkilön koulutustaso ja tieto tuberkuloosista.

Tuberkuloosin hoitoon käytetään traditionaalisia parantamistekniikoita. Rasvaista, ravitsevaa ruokaa pidetään perinteisesti hyvin tärkeänä. Myös rintakehän polttohoito kuumalla tikulla on hyvin yleistä. Yrttiseoksien avulla on yritetty saada sairastunut oksentamaan sairaus pois. Uskonnolliset rituaalit esim. Koraanin luku tai Koraanin säkeiden kantaminen talismaanissa ovat tärkeitä. Somalikulttuurin pohja on historiallisesti oraalinen vuorovaikutuksen suhteen. CDC:n tutkimuksessa somalit toivoivat lisää informaatiota tuberkuloosista somalian kielellä esim. yhteisöllisinä esityksinä, radio-tai TV-tietoiskuina. Somalit arvostivat vuorovaikutuksessa erityisesti sananlaskujen ja metaforien käyttöä. (94)

Hiv

Somaliaa pitkään rasittanut konfliktitilanne on johtanut hivin esiintyvyyden nousuun (95) Somaliasta ja Afrikan sarvesta kotoisin oleville maahanmuuttajille on tehty useita asenteita, tietoisuutta ja käytäntöjä kartoittavia tutkimuksia. Tanskalaiset osoittivat nimettömän kyselytutkimuksen avulla, että Somaliasta ja Sudanista kotoisin olevilla maahanmuuttajilla on keskimäärin puutteelliset tiedot hivin tarttumisesta ja ehkäisystä. Koulutus, kansalaisuus ja sukupuoli vaikuttivat merkittävästi tietoisuuteen. (96) Suomessa 2010-2012 tehdyssä laajassa maahanmuuttajatutkimuksessa Somaliasta kotoisin olevien maahanmuuttajien tietoisuus hivistä

oli hyvin matalaa. Erityisesti somalialaisnaisten tietoisuus hivin tarttumisesta, ehkäisystä ja hoidosta oli huonolla tasolla. (67)

Maahanmuuttajien tietoisuus kohdemaan matalammasta hiv-esiintyvyydestä voi johtaa virheellisiin käsityksiin tartuntariskistä ja siten lisääntyneeseen riskikäyttäytymiseen uudessa kotimaassa. Isossa-Britanniassa Eritreasta ja Etiopiasta lähtöisin oleville maahanmuuttajille tehdyssä focus-ryhmä-haastattelututkimuksessa ilmeni, että vaikka kohderyhmällä oli hyvät tiedot hivin tarttumisesta ja ehkäisystä, esiintyi siitä huolimatta lukuisia ennakkoluuloja ja väärinkäsityksiä erityisesti koskien heidän tartuntariskiään uudessa kotimaassa, joka johti lisääntyneeseen riskikäyttäytymiseen. Useissa maahanmuuttajille tehdyissä tutkimuksissa onkin osoitettu, että lisääntynyt hiv-tartunnan riski jatkuu myös uudessa kotimaassa. (97)

Ruotsissa somalialaisille maahanmuuttajille tehdyssä hiviin liittyviä ennakkoluuloja kartoittavassa haastattelututkimuksessa ilmeni, että tautia pidetään jumalan (Allah) rangaistuksena synneistä, erityisesti esiaviollisesta seksistä ja kondomin käytön voidaan nähdä jopa kannustavan paheellisena pidetty seksuaaliseen käyttäytymiseen (98).

5. Suositus pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden tuberkuloosin ja hiv-infektion tutkimuksista ja hoidosta Suomessa

Erialaisten julkisten palveluiden kuten sosiaalihuollon ja terveystalveluiden saamiselle voidaan Suomessa kuten muuallakin ulkomaalaisille asettaa lakiin perustuvia ehtoja. (99) Näitä ehtoja ovat esimerkiksi Suomessa asuminen, kotipaikkaoikeus, Suomessa työskentely tai säädökset koskien turvapaikanhakijoita. Suomi ei aseta terveydellisiä vaatimuksia maahantulolle eikä maahanmuuttajia käännytetä maasta terveydellisin perustein.

Turvapaikanhakija on henkilö, joka pyytää suojaa ja oleskeluoikeutta maahan saapuessaan. Hänen suojelun tarpeensa todetaan hakemukseen annetulla päätöksellä. Valtio vastaa turvapaikanhakijoiden vastaanoton kustannuksista. Oleskelulupapäätöstä odottavalle turvapaikanhakijalle annetaan välttämättömät sosiaali- ja terveystalvelut vastaanottokeskuksessa. Turvapaikanhakijan iästä, turvattomasta asemasta sekä fyysisestä ja psyykkisestä asemasta johtuvat erityistarpeet on otettava huomioon vastaanottoa järjestettäessä.

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden tuberkuloositarkastukset

STM julkaisi vuonna 2009 ohjeiston ”Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektiio-ongelmien ehkäisy”, joka sisältää ohjeet kyseisten maahanmuuttajaryhmien sekä perhesiteen perusteella oleskeluluvan saaneiden sukulaisten terveystarkastuksista tarttuvien tautien osalta (100). Tavoitteena on suojata henkilön omaa terveyttä ja katkaista tartuntaketjut, jolloin suojataan myös kantaväestöä tartunnoilta. Seulonta ja terveystarkastukset ovat tulijoille vapaaehtoisia ja

tuberkuloosin seulontatutkimukset tehdään korkean tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maista tuleville. THL pitää yllä luetteloa, johon on listattu eri maista tulevien seulottavat sairaudet (11). Kieltäytymistapauksessa voidaan tutkimukset tehdä tartuntatautilain mukaisesti, mikäli on perusteltu epäily tuberkuloosista. Terveystarkastaja haastattelee ja tarkastaa tulijat kahden viikon kuluessa maahan tulosta. Keuhkojen röntgenkuvaus ja lapsille mahdollinen tuberkuliinikoe tai Interferon Gamma Release Assay (IGRA)-testaus tehdään alkutarkastukseen liittyen tai heti sen jälkeen. Lääkärin tulee tarkistaa röntgenlausunto viikon kuluessa kuvauksesta.

Terveystarkastuksen tavoitteena on löytää viiveettä aktiivisia tuberkuloosia ja erityisesti tartuttavaa keuhkotuberkuloosia sairastavat. Alle seitsemänvuotiaiden lasten osalta arvioidaan myös BCG-rokotustarve. Kaikille tarkastettaville annetaan tietoa tuberkuloosista ja ohjeet miten toimia, jos myöhemmin epäilee itsellään taudin oireita. Tarkastuksissa käytetään apuna ammattitaitoista tulkkia ja eri kielille käännettyä tuberkuloosin infomateriaalia (esimerkiksi yleisesite ja potilasohje tuberkuloosista) (101).

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden hiv-testaus ja hoito

STM:n ohjeessa Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy kuvataan pakolaisina tai turvapaikan hakijoina Suomeen tulleiden hiv-testauksen ja hoidon periaatteet. Alkuhaastattelussa käydään läpi pakolaisen tai turvapaikanhakijan aiemmat sairaudet ja hoidot mukaan lukien hiv sekä hivin riskitekijät. Hiv testausta tarjotaan, mikäli lähtömaassa hivin esiintyvyys on vähintään kymmenkertainen Suomen verrattuna. Lisäksi hiv-testiä tarjotaan, jos haastattelussa tulee ilmi hivin suhteen riskikäyttäytymistä esim. ruiskuhuumeiden käyttöä tai jos asiakas itse toivoo testausta. Jos pakolaisella tai turvapaikanhakijalla todetaan hiv-tartunta, hänet lähetetään hoidon tarpeen arvioon erikoissairaanhoidon. Hivin lääkehoito voidaan aloittaa Suomessa, ja se voidaan myös suunnitelmallisesti lopettaa, mikäli henkilö palaa maahan, missä vastaavaa hoitoa ei ole saatavilla. (100)

Lähdeluettelo

- 1) IOM. (Viitattu: 14.6.2013). Saatavilla:<http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/where-we-work/europa/european-economic-area.html>
- 2) European Commission, *3rd Annual Report on Immigration and Asylum (2011)*.30 .5. 2012. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla:http://ec.europa.eu/home-affairs/doc_centre/immigration/docs/COM%202012%20250%20final%201_EN_ACT_part1_v5.pdf
- 3) UNHCR. (Viitattu: 13.5.2013). Saatavilla: <http://www.unhcr.org/pages/4a02d9346.html>
- 4) Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkajulkaisu]ISSN=1797–5379. Vuosikatsaus 2011. Helsinki: Tilastokeskus .(Viitattu: 25.3.2013). Saatavilla: http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2011/01/vaerak_2011_01_2012-11-30_tie_001_fi.html
- 5) Maahanmuuttovirasto, Turvapaikka- ja pakolaistilastot. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: http://www.migri.fi/tietoa_virastosta/tilastot/turvapaikka- ja_pakolaistilastot
- 6) WHO, Global Tuberculosis Report. WHO/HTM/TB/2012.6. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- 7) European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012 .2012. Stockholm.
- 8) Gagliotti C, Resi D, Moro ML. Delay in the treatment of pulmonary TB in a changing demographic scenario. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10(3):305–9.
- 9) Gandy M, Zumla A. The return of the White Plague: Global poverty and the ‘new’ tuberculosis. 2003. London & New York:Verso.
- 10) Dahle UR, Eldholm V, Winje BA, Mannsåker T, Heldal E. Impact of immigration on the molecular epidemiology of Mycobacterium tuberculosis in a low-incidence country. *Am J Respir Crit Care Med* 2007 Nov 1;176(9):930–5.
- 11) European Centre for Disease Prevention and Control, Technical Report, Migrant health: Background note to the ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU. 2009.Stockholm. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/168468/2012-Annual-TB-Surveillance-Report.pdf
- 12) THL. Tartuntatautirekisteri. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/tartuntatautirekisteri
- 13) WHO, Country Tuberculosis Profiles. (Viitattu 14.6.213). Saatavilla: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

- 14) THL, Korkean tuberkuloosi-ilmaantuvuuden maat. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla:
http://www.thl.fi/attachments/Infektiotaudit/Torjuntaohjeet/Korkean_tuberkuloosi_ilmaantuvuuden_maat_2010.pdf
- 15) UNAIDS, Report on the Global AIDS epidemic. 2011.
- 16) UNAIDS. Epidemiological fact sheets/ Country progress reports. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla:
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourepidemic/epidemiologicalfactsheets/>
- 17) ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe 2011. (Viitattu 14.6.2013) Saatavilla:
<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/20121130-annual-hiv-surveillance-report.pdf>
- 18) European Centre for Disease Prevention and Control. Technical Report. Migrant health: Epidemiology of HIV and AIDS in migrant communities and ethnic minorities in EU/EEA countries. 2010. Stockholm. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla:
http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_hiv_epidemiology_review.pdf
- 19) ECDC 2009. Migrant health series: Access to HIV prevention, treatment and care for migrant populations in EU/EEA countries. 2009. Stockholm. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla:
http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_hiv_access_to_treatment.pdf
- 20) World Health Organization, WHO definition of health. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla:
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- 21) MOTY - Monikulttuurinen työyhteisö hanke. 2011. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla:
<http://estudio.edupoli.fi/moty/index.asp?bid=111&book=MoTy&id=725&kat=Hyvinvointi%2C+terveys+ja+sairaus&sid=822&sub=Hyvinvointi%2C+terveys+ja+sairaus>
- 22) MONIKKO – Monikulttuurisen kasvatustyön, kotoutumisen ja opetuksen kehittäminen – hanke. Terveys- ja sairauskäsitykset eri kulttuureissa -seminaari 22.11.2011 Joensuu.
- 23) Pakaslahti, Antti – Huttunen, Matti (toim.), Kulttuurit ja lääketiede 2010. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- 24) Mc Laughlin, L., Braun, K., Asian and Pacific Islander cultural values: Considerations for health care decision-making. *Health and Social Work* 1998;23(2):16–126.
- 25) Courtwright A and Norris TA, Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions; *Public Health Reports* 2010; Supplement 4:125.
- 26) Mahajan JP et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS*, 2008; 22(2):67-79.

- 27) Ehsanzadeh-Cheemeh P, Sadeque A, Grimes RM, Essien EJ, Socio-cultural dimensions of HIV/AIDS among Middle Eastern immigrants in the US: bridging culture with HIV/AIDS programs, *Perspectives in Public Health* 2009; 129(5):228-33).
- 28) Mahajan JP et al., Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward; *AIDS*; 2008.
- 29) Monjok E, Smesny A, Essien EJ, HIV/AIDS - Related Stigma and Discrimination in Nigeria: Review of Research Studies and future directions for Prevention Strategies: *Afr J Reprod Health*. 2009;13(3): 21–35.
- 30) Douine M, Bouchaud O, Moro MR, Baubet T, Taïeb O, Représentations et récits de la maladie chez des patients infectés par le virus de l'immunodéficience humaine originaires d'Afrique de l'Ouest et vivants en France; *Presse Med*. 2012; 41:e204–e212.
- 31) Remien RH, Chowdhury J, Mokhbat JE, Soliman C, El Adawy M, El-Sadr W, Gender and Care: Access to HIV testing, Care and Treatment. *J Acquired Immune Defic Syndr* 2009; 51(Suppl. 3): 106-110.
- 32) Mbonu NC, Van den Borne B, De Vries NK, Gender related power differences, beliefs and reactions towards people living with HIV/AIDS: an urban study in Nigeria, *BMC Public Health* 2010; 10:334.
- 33) Othiengo J, Understanding How Contextual Realities Affect African Born Immigrants and Refugees Living with HIV in Accessing Care in the Twin Cities. *J Health Care for the Poor and Underserved* 2007; 18(3): 70-188.
- 34) Bischofberger I, HIV-infected Sub-Saharan Migrants in Switzerland: Advancing Cross-Cultural Health Assessment. *JANAC* 2008; 19(5):357-367.
- 35) Manirankunda L, Loos J, Assebide Alou T, Colebunders R, Nöstlinger C, "It's better not to know": perceived barriers to HIV voluntary counseling and testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Education and Prevention* 2009; 21(6):582–593.
- 36) Fakoya I, Reynolds R, Caswell G, Shiripinda I, Barriers to HIV testing for migrant black Africans in Western Europe. *HIV Medicine* 2008; 9(Suppl. 2):23-25.
- 37) Thomas F, Peter Aggleton P, Anderson J, "If I cannot access services, then there is no reason for me to test": the impacts of health service charges on HIV testing and treatment amongst migrants in England. *AIDS Care* 2010; 22(4):526-531.
- 38) Nkulu Kalengayi FK, Hurtig AK, Ahlm C, Krantz I, Fear of Deportation May Limit Legal Immigrants' Access to HIV/AIDS-Related Care: A Survey of Swedish Language School Students in Northern Sweden. *J Immigrant Minority Health* 2012; 14:39–47.

- 39) IOM, Health, Hope and Home? The possibilities and constraints of voluntary return for African rejected asylum seekers and irregular migrants living with HIV in the Netherlands, 2009. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla:
http://www.academia.edu/877611/HEALTH_HOPE_AND_HOME_The_possibilities_and_constraints_of_voluntary_return_for_African_rejected_asylum_seekers_and_irregular_migrants_living_with_HIV_in_the_Netherlands
- 40) Burns FM, Imrie J, Nazroo JY, Johnson AM, Fenton KA, Why the(y) wait? Key informant understandings of factors contributing to late presentation and poor utilization of HIV health and social care services by African immigrants in Britain. *AIDS Care* 2007; 19(1):102-108.
- 41) Keating J, Meekers D, Adewuyi A: Assessing effects of a media campaign on HIV/AIDS awareness and prevention in Nigeria: results from the VISION Project. *BMC Public Health* 2006; 6:123.
- 42) Celik M, Arican O, Celikoz-Ozkan D, Turkish Internet users' awareness of and attitudes toward HIV/AIDS and other STDs. *Acta Dermatoven APA* 2007 ;16:13-20.
- 43) Rubel AJ, Garro LC, Social and Cultural Factors in the Successful Control of Tuberculosis. *Public Health Reports* 1992; 107(6): 626-636.
- 44) Nnoaham KE, Pool R, Bothamley G, Grant AD. Perceptions and experiences of tuberculosis among African patients attending a tuberculosis clinic in London. *IJTL* 2006; 10(9): 1013-1017.
- 45) Marais F. Toward the improvement of tuberculosis control and participatory research. A multi-method community-based participatory research study of Tb in migrant African communities in the borough of Westminster, London. Community advisory panel, Department of Primary Care and Social Medicine, Imperial College London. March 2007.
- 46) Nkulu FKK, Hurtig A-K, Ahlm C and Krantz, Screening migrants for tuberculosis – a missed opportunity for improving knowledge and attitudes in high-risk groups: A cross-sectional study of Swedish-language students in Umeå, Sweden. *BMC Public Health* 2010; 10:349.
- 47) Desk review of TB in Nigeria executive summary by Intergender Development Centre, JOS, Nigeria. 2007.
- 48) Dodor EA, Neal K, Kelly S, An exploration of the causes of tuberculosis stigma in an urban district in Ghana. *IJTL* 2008; 12(9):1048-1054.
- 49) Dodor EA, Kelly S, 'We are afraid of them': attitudes and behaviours of community members towards tuberculosis in Ghana and implications for TB control efforts. *Psychol Health Med* 2009; 14(2):170-9.

- 50) Bennstam AL, Strandmark M, Diwan VK, Perception of tuberculosis in the Democratic Republic of Congo: wali ya nkumu in the Mai Ndombe district. *Qual Health Res.* 2004; 14(3):299-312.
- 51) Entonyt PE, Agwale SM, A review of the Epidemiology, Prevention and Treatment of Human Immunodeficiency Virus Infection in Nigeria. *Brazilian J of Infectious Diseases* 2007; 11(6):579-590.
- 52) Oyeyemi YA, Abdulkarim A, Oyeyemi BO, The influence of knowledge and sociodemographics on AIDS perception and sexual practices among secondary school students in Nigeria. *African Health Sciences* 2011; 11(Supplement 1): S67–S76.
- 53) Reis C, Heisler M, Amowitz LL, Scott Moreland R, Mafeni JO, Anyamele C, Iacopino V, Discriminatory Attitudes and Practices by Health Workers towards Patients with HIV/AIDS in Nigeria. *PLOS Medicine* 2005; 2(8):246.
- 54) Mbonu NC, Van den Borne B, De Vries NK, Gender-related power differences, beliefs and reactions towards people living with HIV/AIDS: an urban study in Nigeria. *BMC Public Health* 2010; 10:334.
- 55) Tulloch HE, Balfour L, Kowal J, Tasca GA, Angel JB, Garber G, MacPherson P, Cooper C, Cameron DW, HIV Knowledge Among Canadian-Born and Sub-Saharan African-Born Patients Living With HIV. *J Minority Health* 2012; 14:132-139.
- 56) Odimegwu C, Adedini SA, Ononokpono DN, HIV/AIDS stigma and utilization of voluntary counselling and testing in Nigeria. *BMC Public Health* 2013; 13:465.
- 57) Monjok E, Smesny A, Essien EJ, HIV/AIDS - Related Stigma and Discrimination in Nigeria: Review of Research Studies and future directions for Prevention Strategies. *Afr J Reprod Health* 2009; 13(3): 21–35.
- 58) Sallar AM, Correlates of misperceptions in HIV knowledge and attitude towards People Living With HIV/AIDS (PLWHAs) among in-school and out-of-school adolescents in Ghana. *Afr Health Sci.* 2009; 9(2): 82–91.
- 59) Asante O, HIV/AIDS knowledge and uptake of HIV counseling and testing among undergraduate private university students in Accra, Ghana. *Reproductive Health* 2013; 10:17.
- 60) Ulasi CI, Preko PO, Baidoo JA, Bayard B, Ehiri JE, Jolly CM, Jolly PE, HIV/AIDS-related stigma in Kumasi, Ghana. *Health & Place* 2009; 15:255-262.
- 61) Mudingayi A, Lutala P, Mupenda B, HIV knowledge and sexual risk behavior among street adolescents in rehabilitation centres in Kinshasa; DRC: gender differences. *Pan African Medical Journal* 2011; 10:23.

- 62) Rahmati-Najarkolaei F, Niknami S, Aminshokravi F, Bazargan M, Ahmadi F, Hadjizadeh E, Tavafian SS, Experiences of stigma in healthcare settings among adults living with HIV in the Islamic Republic of Iran. *Journal of the International AIDS Society* 2010; 13:27.
- 63) Siziya S, Muula AS, Rudatsikira E, HIV and AIDS-related knowledge among women in Iraq. *BMC Research Notes* 2008; 1:123.
- 64) Ayranci U, AIDS knowledge and attitudes in a Turkish population: an epidemiological study. *BMC Public Health* 2005; 5:95.
- 65) Turhan E, Inandi Y, Inandi T, Risk perception, knowledge and social distance of Turkish high school students about HIV/AIDS. *Journal of Public Health* 2006; 28 (2):137-138.
- 66) Aylikçi BU, Bamise CT, Hamidi MM, Turkal M, Çolak H, Human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome knowledge among high school students in Kirikkale province of Turkey. *J Nat Sci Biol Med* 2013; 4(1): 81–86.
- 67) Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi Suomessa. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 61/2012. Tampere.
- 68) Bashour H, Mamaree F, Gender differences and tuberculosis in the Syrian Arab Republic: patients' attitudes, compliance and outcomes. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2003; 9(4):757-68.
- 69) Maamari, Case finding tuberculosis patients. Diagnostic and treatment delays and their determinants. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2008; 14 (3): 2008.
- 70) Smolovic M, Pesut D, Bulajic M, Simic M, Knowledge and attitudes towards tuberculosis in non medical students University of Belgrade. *Pneumologia* 2012; 61(2):88-91.
- 71) Jurcev-Savicević A, Attitudes towards tuberculosis and sources of tuberculosis-related information: study on patients in outpatient settings in Split, Croatia. *Acta Clin Croat* 2011; 50(1):37-43.
- 72) Vukovic DS, Nagorni-Obradovic LM, Knowledge and awareness of tuberculosis among Roma population in Belgrade: a qualitative study. *BMC Infect Dis* 2011; 24 11):284.
- 73) Jurcev Savicević A, Gaps in tuberculosis knowledge among primary health care physicians in Croatia: epidemiological study. *Coll Antropol* 2009 Jun; 33(2):481-6.
- 74) Berisha M, Zheki V, Zadzmi D, Gashi S, Hokha R, Begoli I, Level of knowledge regarding tuberculosis and stigma among patients suffering from tuberculosis. *Georgian Med News* 2009; 166:89-93.

- 75) Jurcev Savicevic A, Popovic-Grle S, Milovac S, Ivcevic I, Vukasovic M, Viali V, Zivkovic K, Tuberculosis knowledge among patients in out-patient settings in Split, Croatia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(7):780-5.
- 76) Vukovic D, Nagorni-Obradovic L, Bjegovic V, Knowledge and misconceptions of tuberculosis in the general population in Serbia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2008; 27(9):761-7. Epub 2008; 10.
- 77) Jovic-Vranes A, Jankovic S, Vukovic D, Vranes B, Miljus D, Risk perception and attitudes towards HIV in Serbian health care workers. *Occupational Medicine* 2006; 56:275–278.
- 78) Landripet I, Štulhofer A, Baćak V, Changes in human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections related sexual risk taking among young Croatian adults: 2005 and 2010 population-based surveys. *Croat Med J* 2011; 52:458-68.
- 79) Štulhofer A, Graham C, Božičević I, Kufirin K, Ajduković D, Hiv/Aids-Related Knowledge, Attitudes and Sexual Behaviors as Predictors of Condom Use among Young Adults in Croatia. *International Family Planning Perspectives* 2007; 33(2):58-65.
- 80) Shafayetul Islam Qazi, Masud Ahmed Syed, Taufiqur Rahman, Shah Amin Sher, Mashuqur Rahman, Knowledge and Attitude of Rural Population Towards TB and Perception of Barriers in Accessing to TB Services in Two Provinces of Afganistan. BRAC Research Report, 2008.
- 81) Mansoor AB, Fungladda W, Kaewkungwal J, Wongwit W, Gender differences in KAP related to HIV/AIDS among freshmen in Afgan universities. *South-East Asian J Trop Med Public Health* 2008;.39(3):404-18.
- 82) Todd CS, Abed AMS, Strathdee SA, Scott PT, Botros BA, Safi N, Earhart KC, Association between expatriation and HIV awareness and knowledge among injecting drug users in Kabul, Afghanistan: A cross-sectional comparison of former refugees to those remaining during conflict. *Conflict and Health* 2007; 1:5.
- 83) Toukoma, Tiina, Venäjänkielisten maahanmuuttajien terveyst- ja sairauskäsitykset sekä suhtautuminen suomalaiseen terveydenhuoltoon. Helsingin yliopisto. Humanistinen tiedekunta. Pro gradu 2001. Kulttuuriantropologian laitos.(Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/14227/gradu%20-%20Toukoma%20Tiina_.pdf?sequence=3
- 84) Woith W, Volchenkov G, Larson J, Barriers and motivators affecting tuberculosis infection control practices of Russian health care workers. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012;16(8):1092-6. Epub 2012 Jun 6.
- 85) Woith WM, Volchenkov G, Larson JL, Russian health care workers' knowledge of tuberculosis and infection control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010;14(11):1489-92.

- 86) Mathew TA, Shields AL, Imasheva A, Shin SS, Mishustin SP, Peremitin GG, Strelis AK, Yanova GV, Greenfield SF, Furin JJ, Knowledge, attitudes, and practices of physicians in Tomsk Oblast tuberculosis services regarding alcohol use among tuberculosis patients in Tomsk, Russia. *Cult Med Psychiatry* 2009; 33(4):523-37.
- 87) Jakubowiak WM, Bogorodskaya EM, Borisov SE, Danilova ID, Lomakina OB, Kourbatova EV, Impact of socio-psychological factors on treatment adherence of TB patients in Russia. *Tuberculosis (Edinb)* 2008; 88(5):495-502. Epub 2008 May 23.
- 88) Woith WM, Larson JL, Delay in seeking treatment and adherence to tuberculosis medications in Russia: a survey of patients from two clinics. *Int J Nurs Stud* 2008; 45(8):1163-74. Epub 2007 Sep 12.
- 89) Dimitrova B, Balabanova D, Atun R, Drobniowski F, Levicheva V, Coker R, Health service providers' perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. *Health Policy Plan* 2006; 21(4):265-74. Epub 2006 May 25.
- 90) Soskolne V, Shtarkshall RA. Migration and HIV prevention programmes: linking structural factors, culture, and individual behaviour—an Israeli experience. *Social Science & Medicine* 2002; 55: 1297–1307
- 91) Kuznetsov L, Mattered U, Crispin A, Ruzicka T, Zippel SA, Kuznetsov AV. *J Immigrant and Minority Health* 2012.
- 92) Rechel B: HIV/AIDS in the countries of the Former Soviet Union: Societal and Attitudinal Challenges, *Cent Eur J Public Health* 2010; 18 (2): 110–115)
- 93) Hassinen-Ali-Azzani Tuulikki. Terveys ja lapset ovat jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto 2002.. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: <http://www.uku.fi/vaitokset/2002/ISBN951-781-934-Xthassinenaliazani.htm>
- 94) Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Promoting Cultural Sensitivity: A Practical Guide for Tuberculosis Programs That Provide Services to Persons from Somalia. Atlanta, GA. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: <http://www.cdc.gov/tb/publications/guidetoolkits/ethnographicguides/somalia/chapters/SomaliTBBooklet.pdf>
- 95) Ahmed BH, Giovagnoli MR, Mahad H, Tarsitani GG, Burden of HIV/AIDS infection before and during the civil war in Somalia, *EMHJ* 2010; 18 (8):907-909.
- 96) Lzarus JV, Himedan HM, Rosendal Ostergaard L, Liljestrand J, HIV/AIDS knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark. *Scand J Public Health* 2006; 34:92.

- 97) Barret, Mulugeta HR, Betselot, Human Immunodeficiency Virus and Migrant "Risk Environments": The Case of Ethiopian and Eritrean Immigrant Community in the West Midlands of UK. *Psychology, Health and Medicine* 2010;15(3): 357-369.
- 98) Aden AS, Dahlgren L, Guerra R. Experiences against HIV/AIDS/STDS of Somalis in exile in Gothenburg, Sweden. *Ann Ig.* 2004;16(1-2):141-55).
- 99) Kela, Ulkomaalaisten sairaanhoito Suomessa. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/080908125121Pb>
- 100) Filha ry, Yleisesite tuberkuloosista ja potilasohje. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: http://www.filha.fi/suomi/julkaisut/tuberkuloosi/yleisesite_ja_potilasohje/
- 101) STM, Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. Julkaisuja 2009. (Viitattu 14.6.2013). Saatavilla: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1487921