

Neuvontaa ja neulontaa
Iso – Britannian siirtomaahallinnon järjestämä
neuvolatoiminta Nairobissa vuosina 1949 -1959

Pro Gradu – tutkielma
Historian laitos
Yhteiskunta- ja aluetieteiden tiedekunta
Joensuun yliopisto
Pauliina Pentikäinen 149426
Syksy 2007

Sisällysluettelo

1. Johdanto.....	2
1.1 Länsimaisen terveydenhuollon ensivaiheet Keniassa.....	2
1.2 Terveyspalvelujen laajeneminen.....	4
1.3 Tutkimusongelma ja lähteet.....	6
1.4 Tutkimusperinne	11
2. Neuvolatoiminnan järjestäminen	14
2.1 Neuvoloiden rooli siirtomaahallinnon terveyspalveluissa.....	14
2.4 Afrikkalaisten neuvolapalvelut	17
2.3 Aasialaisille suunnattu neuvolatoiminta	20
2.2 Neuvolapalvelujen tarjonta eurooppalaisille.....	24
3. Neuvoloiden valistustyö	26
3.1 Neuvoja ja propagandaa.....	26
3.2 Kotikäynnit	32
3.3. Rokotukset	36
4. Klinikoiden henkilökunta ja koulutus	42
4.1 Afrikkalaisten koulutus terveydenhoitotyöhön.....	42
4.2 Eurooppalaiset naiset Nairobin äitiysneuvoloiden johdossa.....	44
4.3 Aasialaisten koulutus	45
4.4 Vastuuta afrikkalaisille	48
5. Neuvolapalvelujen kohtaamat ongelmat ja vastaanotto.....	50
5.1 Mau mau kansannousu ja polio-epidemia.....	50
5.2 Kulttuurisia ongelmia.....	52
5.3 Neuvolapalvelujen vastaanotto	56
6. Neuvolatoiminnan arviointia	58
6.1 Lasten kuolleisuus ja yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa	58
6.2 Vastasyntyneiden kuolleisuus	59
6.3 Alle vuoden ikäisten lasten yleisimmät kuolinsyyt	62
6.4 Äitiyskuolleisuus.....	67
6.5 Syntyvyys.....	71
7. Lopuksi.....	75
Lähdeluettelo	79
Liitteet	83

Tutkielmassa esiintyvät kaaviot, taulukot, kuvat ja liitteet

Kaaviot

Kaavio 1. Käynnit klinikoilla väestöryhmittäin Nairobissa vuosina 1949 -1959	s. 21
Kaavio 2. Kotikäynnit väestöryhmittäin Nairobissa vuosina 1949 -1949	s. 35
Kaavio 3. Äitiyskuolemat Nairobissa vuosina 1949 -1959	s. 72
Kaavio 4. Äitiyskuolleisuus Nairobissa vuosina 1949 -1959	s. 73
Kaavio 5. Syntyneet Nairobissa vuosina 1949 -1959	s. 74
Kaavio 6. Syntyvyys Nairobissa vuosina 1949 -1959	s. 75

Taulukot

Taulukko 1. Eurooppalaisilla klinikoilla vuosina 1949 -1959 annetut rokotukset	s. 40
Taulukko 2. Aasialaisilla klinikoilla Eurooppalaisilla klinikoilla vuosina 1949 -1959 annetut rokotukset	s. 41
Taulukko 3. Afrikkalaisilla klinikoilla Eurooppalaisilla klinikoilla vuosina 1949 -1959 annetut rokotukset	s. 43
Taulukko 4. Afrikkalaisten vastasyntyneiden yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949 -1959	s. 62
Taulukko 5. Aasialaisten vastasyntyneiden yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949 -1959	s. 63
Taulukko 6. Eurooppalaisten vastasyntyneiden yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949 -1959	s. 63
Taulukko 7. Afrikkalaisten alle 1 -vuotiaiden yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949- 1959	s. 66
Taulukko 8. Aasialaisten alle 1 -vuotiaiden yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949 -1959	s. 68
Taulukko 9. Eurooppalaisten alle 1 -vuotiaiden yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949 -1959	s. 69

Kuvat

Kuva 1. Aasialaiselle väestölle vuonna 1950 avattu klinikka	s. 24
Kuva 2. Afrikkalaisia naisia opastetaan lapsen kylvetyksessä	s. 31
Kuva 3. Kuvassa eurooppalainen terveydenhoitaja kotikäynnillä afrikkalaisessa kodissa	s. 36
Kuva 4. Lasta punnitaan klinikalla	s. 45

Liitteet

Liite 1. Nairobina väestö vuosina 1949-1959

Liite 2. Nairobina väestön sukupuolijakauma vuonna 1949

Liite 3. Syntyneet ja syntyvyys Nairobissa 1949 - 1959

Liite 4. Eri väestöryhmien alle yksivuotiaiden kuolemat ja kuolleisuus

Liite 5. Lista kuolinsyiden englanninkielisistä termeistä ja niiden suomennoksista

Tutkielmassa esiintyvät lyhenteet

ARMH

Annual Reports of The Medical Officer of Health (ARMH) 1949-1959

MDAR

Annual Departmental Reports Relating to Kenya and East Africa High Commission 1943 -1963.

1. Johdanto

1.1 Länsimaisen terveydenhuollon ensivaiheet Keniassa

Länsimainen terveydenhoito saapui Itä-Afrikkaan, nykyisen Kenian alueelle, ensimmäisten lähetysasemien perustamisen myötä 1890-luvulla ja Brittiläisen Itä-Afrikan kauppakomppanian (Imperial British East African Company) saapuessa alueelle vuonna 1888. Yhtiön pääasiallisena tehtävänä oli hallita Itä-Afrikan kaupankäyntiä ja se oli palkannut lääkintähenkilökuntaa huolehtimaan omien työntekijöidensä terveydestä. Terveyspalveluita paikalliselle väestölle ei kuitenkaan edes pyritty järjestämään. Pian komppania sai kuitenkin huomata, että se oli kykenemätön hoitamaan alueen kauppaa ilman Britannian sotilaallista ja taloudellista tukea.¹ Näin ollen britit ottivat alueen hallintaansa ja vuonna 1895 Kenian alueesta muodostettiin Brittiläinen Itä-Afrikan protektoraatti.²

Britannian ottaessa kauppakomppanian hallintaansa, komppanian tuottamat terveyspalvelut siirtyivät brittien vastuulle. Entisen yhtiön terveyspalvelut muodostivat pohjan siirtomaahallinnon terveysministeriön toiminnalle. Alkuun terveyspalvelut olivat Britannian ulkoministeriön alaisuudessa ja terveyspalvelujen tarjonta oli suppeaa. Vuonna 1901 perustettiin terveysministeriö, joka oli yksi kahdeksasta keskushallinnon osasta. Tuolloin terveysministeriön alaisuudessa raportoitiin työskentelevän johtavan lääkärin lisäksi (Principal Medical Officer) kaiken kaikkiaan seitsemän lääkäriä, kolme sairaanhoitajaa ja seitsemän sairaala-apulaista (hospital assistants). Terveyspalvelujen organisointia hankaloittivat käytettävissä olevan rahan ja tarvikkeiden vähyys, tieverkoston puuttuminen, tiedonkulun hankaluus ja ennen kaikkea henkilökuntapula.³ Vuonna 1903 Kenia ja Ugandan terveyspalvelut yhdistettiin säästösyistä, mutta kuitenkin jo vuonna 1908 ne erotettiin jälleen omiksi yksiköikseen siirtomaahallinnon laajennettua valtaansa uusille alueille⁴

¹ Beck 1970, 7-8. Beck 1974, 91.

² Lonsdale 1989, 8.

³ Beck 1970, 8-9, 13.

⁴ Beck 1974, 93.

Britannia oli siirtomaahallinnon alkuvaiheissa vielä varsin haluton investoimaan terveystalvelujen järjestämiseen paikallisille, sillä sen ei katsottu mitenkään tuovan välitöntä etua kruunulle.⁵ Britanniassa katsottiin, että Kenian tulisi siirtomaana palvella brittien etuja, edistää kauppaa ja työllisyyttä laman kourissa riutuvassa emämaassa.⁶ Siirtomaahallinnon ensimmäisinä vuosina terveystalvelut olivat vähäisiä ja ne oli suunnattu ensisijaisesti valkoisen väestön, eli hallinnon virkamiesten ja sotilaiden terveyden turvaamiseksi.⁷ Toissijaisesti terveystalveluja tarjottiin rautatietä rakentaville aasialaisille. Brittien etuna oli pitää työvoima työkuuntoisena. Vasta viimeisenä tärkeysjärjestyksessä oli afrikkalaisten terveys epidemioiden uhatessa, jolloin vaarana oli tautien leviäminen myös valkoiseen kansanosaan. Hallinnossa ajateltiin tai ainakin haluttiin ajatella, että afrikkalaiset voidaan jättää lähetyssasemien huoleksi. Ajatusta puolusteltiin sillä, että afrikkalaiset asuivat usein kaukana hallinnon järjestämistä terveystalveluista.⁸ Terveystalvelujen tarjonta paikallisille jäi tuolloin lähetyssasemien harteille.⁹

Sekä protestanttisten että katolisten lähetyssasemien rooli terveystalveluiden järjestämisessä paikalliselle väestölle oli merkittävä sekä ennen siirtomaahallinnon organisointia että sen jälkeenkin. Ensimmäiset lähetyssasemat perustettiin alueelle 1890-luvulla ja usein asemille pyrittiin saamaan lääkintähenkilökuntaa ja sairaaloita. Kuitenkin lähetyssasemien resurssit tarjota laajalle ulottuvia terveystalveluita olivat heikot. Brittihallinnon alkuvaiheissa lähetyssasemien tarjoamiin terveystalveluihin suhtauduttiin myönteisesti. He pystyivät luomaan läheiset suhteet paikallisiin yhteisöihin, kun taas hallinnon terveysviranomaisten kontaktit reservaatteihin olivat vähäisiä. Paljolti heidän ansiostaan paikalliset alkoivat myös hyväksyä länsimaisen tavan hoitaa sairauksia. Siirtomaahallinnossa terveydenhoitotyötä tekevät lähetyssasemat katsottiin erillisiksi yksiköikseen, mutta silti välttämättömäksi osaksi siirtomaainstituutiota. Myöhemmin hallinnon suhtautuminen lähetyssasemiin muuttui kriittisemmäksi, sillä Britannian hallinto alkoi itse kiinnostua enemmän suhteistaan paikallisiin ja pelättiin, että lähetyssasemat voisivat toimia toisin, kuin hallinto olisi halunnut suhteita paikallisiin hoitaa.¹⁰

Siirtomaahallinnon järjestäessä terveystalveluja, naisten ja lasten terveys ei ollut etusijalla. Itä-Afrikassa esiintyi 1900-luvun alussa yleisenä monia sairauksia eurooppalaisten tuodessa

⁵ Beck 1974, 91.

⁶ Beck 1981, 1-2.

⁷ Kuhanen 2005, 245.

⁸ Beck 1970, 16.

⁹ Beck 1970, 16.

¹⁰ Beck 1970, 16-20.

mukanaan lisänsä tautien joukkoon. Terveystenhoitossa huomio haluttiin keskittää niihin sairauksiin, joita lääkärit uskoivat pystyvänsä hoitamaan, kuten malariaan ja isorokkoon. Terveystenhoito oli tuolloin ennemminkin parantavaa kuin ennaltaehkäisevää.¹¹

1.2 Terveystenpalvelujen laajeneminen

Britannian siirtomaahallinto halusi Keniaan eurooppalaista väestöä, sillä Kenian tulevaisuuden katsottiin lepäävän valkoisten siirtolaisten harteilla, joten eurooppalaisia yritettiin houkutella Keniaan mainostamalla aluetta eurooppalaisille miellyttäväksi ja sopivaksi. Tämä ei kuitenkaan aivan pitänyt paikkaansa, sillä alueella oli tuolloin vielä suurena ongelmana esimerkiksi malaria ja unitauti. Keniaan oli tuotu myös paljon aasialaisia, lähinnä intialaisia, rakentamaan Itä-Afrikan rautatietä, jolla oli suuri merkitys alueen kaupan kannalta.¹² Näin alueelle muodostui suuri aasialaissiirtolaisten yhteisö. Kenian väestö koostui siis paitsi afrikkalaisista, myös eurooppalaisista ja aasialaisista. Aasialainen väestö keskittyi asumaan lähinnä kaupunkeihin, sillä eurooppalaiset eivät suhtautuneet myönteisesti aasialaisten maanomistukseen.¹³ Suuret kaupungit, kuten Nairobi, olivatkin aasialaisten suosiossa. Vuonna 1949 arvioitiin Nairobissa asuvan noin 12 000 eurooppalaista, 50 000 aasialaista ja 66 000 afrikkalaista,¹⁴ joten kaupunki oli ajan mittakaavassa varsin suuri.

Terveystenhoitollon laajamittainen organisoiminen alkoi vasta ensimmäisen maailmansodan päätyttyä. Siirtomaahallinnon tavoitteena oli tehdä Keniasta mahdollisimman paljon eurooppalaisia oloja vastaava, ainakin eurooppalaisen väestön kannalta. Tuolloin alettiin ymmärtää, että kehitys kohti teollista yhteiskuntaa ja sen tarvitsemaa työvoimaa onnistui vain, jos terveystenhoito ulotettiin koskemaan myös afrikkalaisia. Eurooppalaisten siirtolaisten terveyden katsottiin nyt olevan yhteydessä paikallisen afrikkalaisen väestön terveyteen¹⁵.

¹¹ Iffe 1998, 28.

¹² Beck 1970. 10, 14.

¹³ Kaikkonen et al. 1989, 210 - 211.

¹⁴ ARMH 1949, 8-15.

¹⁵ Mburu 1992, 410.

Ensimmäisellä maailmansodalla oli tuhoisat vaikutukset afrikkalaisen väestön terveyteen, sillä tarttuvat taudit levisivät varsinkin sotaan värvättyjen kantojoukkojen keskuudessa. Suurin osa, arviolta noin 60 %, afrikkalaisista sodassa surmansa saaneista menehtyi tauteihin. Silloin huomattiin, että velvollisuus huolehtia afrikkalaisista oli lyöty laimin ja tavoitteeksi otettiin terveystarkastusten järjestäminen reservaatteihin ja sodan aikana, vuonna 1917, tehtiin ensimmäinen laajamittainen terveystarkastus kantojoukkoihin värväytyille miehille. Tarkastus tehtiin afrikkalaisten kotona, mikä oli ennennäkemätöntä siirtomaahallinnon terveystarkastuksissa.¹⁶ Terveystarkastusten laajentamiseen koskemaan afrikkalaisia vaikutti myös Kansainliitto, joka katsoi brittien tehtäväksi afrikkalaisten suojelemisen ja luottamusmiehenä toimimisen.¹⁷ Sodan jälkeen alettiin ensimmäistä kertaa kouluttaa afrikkalaista sairaanhoitohenkilökuntaa, kun eurooppalainen henkilökunta ei enää riittänyt toteuttamaan uusia tavoitteita. Sodassa Itä-Afrikan kantojoukoissa (East African Carrier Corps) palvelleita nuoria afrikkalaisia miehiä käytettiin apuna terveydenhoidossa ja heille annettiin lisää koulutusta sodan jälkeen. Heidän toimintansa osoitti monien eurooppalaisten epäilyt vääriksi: afrikkalaisia voitaisiin kouluttaa itsenäiseen työhön.¹⁸

Nyt terveystarkastuksissa keskityttiin ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon. Tähän otettiin mallia Britanniasta, jossa oli olemassa voimakkaat ennaltaehkäisevän terveydenhoidon perinteet. Hallinnossa haluttiin keskittyä parantamaan sanitaatiota, ehkäisemään tarttuvien tautien leviäminen muun muassa rokottamalla ja lisäämällä kansalaisten koulutusta hygieniasta ja terveydestä. Haluun siirtyä ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon siirtymiseen vaikuttivat useat tekijät. Sen lisäksi että malli oli jo käytössä Britanniassa, katsottiin, ettei pelkällä parantavalla terveydenhoidolla paranneta kansan yleistä terveystasoa pidemmällä aikavälillä. Lisäksi parantavaan terveydenhoitoon panostaminen olisi kuluttanut terveydenhoidon resurssit pian loppuun ilman, että olisi päästy terveyttä uhkaavien ongelmien ytimeen. Valkoisen väestöosan terveyden turvaaminen oli etusijalla ja uhkakuvaa siitä, että monet taudit leviäisivät myös eurooppalaisiin, käytettiin rahoituksen takaamiseksi. Taustalla on vaikuttanut omalta osaltaan myös kolonialistinen paternalismi. Vaikka monien lääkäreiden vilpittömänä tarkoituksena olikin parantaa afrikkalaisten terveyttä, hallinnossa haluttiin nostaa afrikkalaisia massoja ”kehittymättömyydestä” länsimaiseen sivistyksen pariin.¹⁹

¹⁶ Beck 1970, 59 - 61. Beck 1974, 94

¹⁷ Kaikkonen et al. 1989, 218.

¹⁸ Beck 1970, 59 - 69.

¹⁹ Chaiken 1998, 1703 - 1704.

Siirtomaahallinnon terveystalvet laajenivat voimakkaasti koko 1920-luvun ajan, jolloin etenkin maaseudulle rakennettiin uusia sairaaloita. Ensimmäiset siirtomaahallinnon neuvolat ja terveystalvet perustettiin vuonna 1926. Reservaatteihin perustettuihin neuvoloihin palkattiin afrikkalaista henkilökuntaa, joiden tuli osata kirjoittaa ja lukea suahilia. Terveystalvet olivat kuitenkin eurooppalaisten valvonnassa. Hallinto katsoi, että sen tarjoamien palvelujen avulla afrikkalaiset pystyisivät elämään normaalia elämää, elättämään itsensä ja maksamaan veroja. Terveystalvet haluttiin perustaa nopeasti maaseudulle. Katsottiin, että afrikkalaiset pystyvät ymmärtämään elintapojensa epäterveellisuuden vain, jos näkevät itse, kuinka sairaat parantuvat länsimaisen lääketieteen keinoin. Neuvoloita perustettiin aluksi niin nopeaan tahtiin, että niihin oli vaikeuksia löytää pätevää eurooppalaista henkilökuntaa, joten afrikkalaisia alettiin kouluttaa enenemässä määrin neuvolatyöhön. Neuvoloiden ja terveystalvet olivat aluksi ilmaisia, sillä sen katsottiin olevan väestön etu veronmaksajina.²⁰ Aluksi afrikkalaisia naisia oli kuitenkin lähes mahdoton saada käymään neuvoloissa, mutta jo 1930-luvulle tultaessa tilanne oli parantunut ja äitiystalvet ja kotikäyntejä otettiin suopeammin vastaan.²¹ Nairobiin ensimmäinen neuvola avattiin 1920 -luvulla ja neuvolatalvet oli toiminnan alkaessa suunnattu vain Afrikkalaisille. Aasialaisille tarkoitettu ensimmäinen neuvola perustettiin Nairobiin vuonna 1936 ja eurooppalaisille sellainen perustettiin vuonna 1947.²²

1.3 Tutkimusongelma ja lähteet

Tässä työssä tutkin Iso-Britannian siirtomaahallinnon järjestämää neuvolatoimintaa Nairobiissa. Selvitän millaisia neuvolatalvet siirtomaahallinto tarjosi Nairobiin väestölle ja miten neuvolatoiminta järjestettiin. Olen rajannut tutkimukseni koskemaan vuosia 1949- 1959, koska 1950- luvulla aloitettiin Afrikassa laajat rokotuskampanjat yleisimpiä tauteja vastaan, mikä laski ennen kaikkea imeväiskuolleisuutta. Näin väestön määrä alkoi kasvaa Afrikassa hyvin nopeasti²³. Neuvolatoiminnalla on yleensä ollut merkittävä vaikutus imeväiskuolleisuuden alenemiseen, sillä neuvolat huolehtivat lasten rokotuksista ja jakoivat äideille tietoa muun muassa hygieniasta ja

²⁰ Beck 1970, 79 – 80, 130 -133, 154.

²¹ Räisänen 1999, 60.

²² ARMH 1950, 69 - 72: 1959 7-9.

²³ Siiskonen 2002, 658.

muista lastenhoitoon liittyvistä asioista. Tarkastelenkin, mitä siirtomaahallinnon neuvolapalvelut pitivät sisällään ja mikä vaikutus sillä oli Nairobien äitien ja lasten terveyteen.

Siirtomaahallinto huolehti monien terveyspalvelujen järjestämisestä Nairobissa ja näin selvitän, mikä oli neuvolapalvelujen rooli koko siirtomaahallinnon terveyspalveluissa. Nairobien väestö koostui paikallisista afrikkalaisista, eurooppalaisista ja aasialaisista. Tästä syystä selvitän, miten neuvolapalvelut oli järjestetty eri väestöryhmille. Tarkastelen oliko neuvolatoiminta järjestetty kaikille samalla lailla, vai oliko siinä eroja.

Henkilökunnan koulutus oli olennainen osa siirtomaahallinnon neuvoloiden toimintaa. Tarkastelen työssäni sitä, millaista koulutusta Nairobien neuvolat tarjosivat henkilökunnalleen ja afrikkalaisille suunnattujen neuvoloiden kohdalla kiinnitän huomiota erityisesti afrikkalaisen henkilökunnan asemaan ja koulutukseen. Neuvolat tekivät paljon yhteistyötä eri tahojen, kuten yksityisten synnytysosastojen ja kättilöiden kanssa.²⁴ Näin ollen selvitän, millaista yhteistyötä tehtiin ja millaista koulutusta yhteistyötahoille, erityisesti kättilöille järjestettiin.

Eurooppalaisten siirtomaaisäntien vallatessa uusia alueita hallintaansa, merkittävänä perusteluna ja oikeutuksena alueiden valtaamiselle pidettiin juuri modernin länsimaisen lääketieteen viemistä vallatuille alueille.²⁵ Kahden kulttuurin kohtaaminen on harvoin ollut ongelmattonta. Perinteisen afrikkalaisen lääkintätietämyksen korvaaminen länsimaisella lääketieteellä on varmasti kohdannut vastustusta. Selvitän työssäni, miten neuvolatoimintaan on suhtauduttu eri väestöryhmien keskuudessa, ja millaisia ongelmia neuvolapalvelujen järjestäjä kohtasivat. Teen selkoa siitä, mihin neuvolapalveluilla tähdättiin ja mitä neuvolatoiminnalla saatiin aikaan, eli tarkastelen, miten neuvolatoiminta vaikutti syntyvyyteen, sekä lasten ja äitien kuolleisuuteen. Tarkastelen myös mahdollisia muutoksia lasten yleisimmissä kuolinsyissä. Rajaan tutkimukseni koskemaan terveysministeriön tarjoamia palveluita, joten en tarkastele lainkaan yksityisten tahojen tai lähetyssasemien toimintaa.

Käytän työssäni lähteinä Ison-Britannian siirtomaahallinnon vuosiraportteja. Tutkimukseni pääasiallisena lähteenä on Nairobien kaupungin korkein terveysviranomaisen, Medical Officer of Health, vuosittain kokoamat raportit vuosilta 1949- 1959. Raportit on osoitettu kaupungin

²⁴ ARMH 1952, 74-76.

²⁵ Arnold 1988, 3.

johtajalle, kaupunginvaltuustolle ja –valtuutetuille. Vuosiraportit ovat menneet myös siirtomaaministeriölle Lontooseen²⁶. Kaikki raportit vuosina 1949- 1959 on laatinut A.T.G. Thomas²⁷. Raportit löytyvät mikrofilmattuina Joensuun yliopistolta.

Raporteista löytyy tietoa Nairobien väestöstä, sanitaatiosta, kaupungin tautitilanteesta, kuolleisuudesta ja äitiys ja neuvolatoiminnasta. Raportteihin on koottu myös kaupungin säätietoja, joista käy ilmi esimerkiksi eri kuukausien lämpötilat ja sademäärät. Lisäksi jokaisen vuoden alussa on yleistä esittelyä kaupungissa vuoden aikana yleisistä ja merkittävimmistä tapahtuneista asioista sekä yleisluontoista tietoa kaupungin väestön terveystilanteesta sekä kaupungin terveydenhuollossa tapahtuneista asioista.

Raportit on laadittu hyvin kaavamaisesti, eli niiden perusrakenne ei juurikaan muutu tarkastelemieni vuosien varrella, esimerkiksi neuvolatoimintaa käsittelevä osuus löytyy aina raportin loppupuolelta. Toisaalta joka vuosi ei ole tilastoitu tai raportoitu samoja asioita, mikä hankaloitti joidenkin tapahtumien pitkäaikaisempaa seuraamista. Kuitenkin neuvolatoimintaa käsittelevät osuudet noudattelivat pitkälti samaa kaavaa. Tosin neuvolatoimintaa koskevien osuuksien pituus vaihteli hieman ja joinakin vuosina oli huomiota kiinnitetty eri asioihin. Pääsääntöisesti raporteissa esiintyi kuitenkin paljon samoja asioita ja usein samoista asioista puhuttiin joka vuosi. Raportit sisältävät yleisen toiminnan selittämisen ja tilastojen lisäksi myös paljon yksityiskohtaisia ja mielenkiintoisia kuvauksia esimerkiksi vaikeuksista paikallisen väestön kanssa. Tästä syystä niistä on nähtävissä myös eurooppalaisen henkilökunnan näkemyksiä afrikkalaista, heidän tavoistaan ja perinteisestä terveydenhoidosta.

Raportit antavat varsin kattavan kuvan neuvolatoiminnasta. Niiden pohjalta on mahdollista selvittää neuvolapalvelujen järjestämiseen ja toimintaan liittyviä kysymyksiä. Raporteissa on kerrottu äitiysklinikoiden tarjoamista palveluista, niistä löytyy tietoa klinikoilla käyntien määristä, annetuista rokotuksista sekä äitiys ja lapsikuolemista. Raportteja tarkasteltaessa on syytä kuitenkin muistaa, etteivät neuvolapalvelut tavoittaneet kaikkia Nairobien ihmisiä, varsinkaan afrikkalaisia, sillä afrikkalaisia oli ainakin aluksi vaikea saada käymään neuvoloissa. On myös muistettava, että raportit ovat viranomaisen laatimia, eli niiden antama kuva on siinä suhteessa yksipuolinen ja subjektiivinen. Raporttien laadinnassa ovat varmasti näkyneet virkamiesten omat tarkoitusperät ja

²⁶ Räisänen 1999, 5.

²⁷ ARMH 1949 - 1959.

asenteet. Joitakin asioita ja raporteissa saatettu jättää mainitsematta tai joitakin asioita on voitu ylikorostaa, mutta suoranaisien tietojen vääristelyyn viranomaisilla tuskin lienee ollut tarvetta. Raportit kuvaavat tapahtumia eurooppalaisesta hallinnon näkökulmasta, mutta niiden pohjalta on kuitenkin mahdollista tarkastella paikallistason toimintaa.

Raporteissa mainitaan hyvin monen vuoden kohdalla neuvolatoimintaa rajoittavaksi tekijäksi ja ongelmaksi käytettävissä olevan rahan vähyys²⁸. Kuitenkin muistetaan mainita, että vaikeuksista huolimatta terveydenhuolto edistyi²⁹. Todennäköisesti raporteja onkin laadittu toiminnan jatkuvuutta ja rahoitusta ajatellen. Raporttien laadinnassa asiat on luultavammin esitetty eurooppalaiselle terveydenhuoltotoiminnalle myönteisessä valossa. Raporteista on nähtävissä, että niissä kuvataan neuvolatoiminnassa tapahtunutta kehitystä, mutta huomiota kiinnitetään myös ongelmakohtiin. Tällaisina ongelmakohtina rahan ja resurssien puutteen lisäksi on esimerkiksi aasialaisen väestön kohdalla mainittu korkea lapsikuolleisuus. Eräs Ugandassa toimiva lääkäri onkin kuvannut raportin laatimista 1940-luvulla seuraavasti: ”...it was the practice to take 10% off each epidemic disease figure in the previous year’s report, add 10% of the previous years to the current year to show that the work had increased and distribute the 10% reduction in the number of epidemic disease patients over all the common diseases, carefully avoiding exotica which might have aroused suspicion.”³⁰ Raportit ovat olleet varmasti myös eräänlainen valvonnan väline Britannian hallinnolle, sillä raportit lähetettiin Lontooseen siirtomaaministeriölle.

Muodostaakseni paremmin käsitystä neuvolatoiminnan sijoittumisesta koko terveydenhoidon konseptiin olen käyttänyt tutkimuksessani lähteenä myös siirtomaahallinnon terveystieteiden raportteja Medical Departmental Annual Report (MDAR). Näihin vuosittaisiin raportteihin on kerätty tiivistetysti keskeiset tiedot terveystieteiden alaisuuteen kuuluvista osastoista. Raportit tarjoavat paremmat kuvan koko Kenian terveydenhuoltotilanteesta, ja auttaa näin hahmottamaan neuvolatoiminnan osana suurempaa kokonaisuutta. Näin on myös mahdollista luoda kuvaa siitä, mikä oli neuvolatoiminnan merkitys ja rooli koko Kenian ja Nairobien terveydenhuollossa. Raporteissa on esitelty terveydenhuollon hallintoa, väestön yleistä terveydentilaa, hygieniaa, sanitaatiota, sairaaloita, vankeihin ja satama-alueeseen liittyviä terveydenhoidollisia kysymyksiä sekä äitiysneuvolatoimintaa. Nairobiin liittyvät terveydenhoidolliset asiat jäävät terveystieteiden raporteissa tosin vähemmälle huomiolle, sillä raportit käsittelevät pääasiassa suoraan

²⁸ ARMH esimerkiksi 1959, 66.

²⁹ ARMH esimerkiksi 1949, 5.

³⁰ Kuhanen 2005, 24.

terveysviraston alaisuudessa olevien tahojen toimintaa. Raportit antavat kuitenkin merkittävän lisän tutkimukselleni tarjoamalla tietoja terveydenhuollon organisaatiosta ja terveystaloudesta.

Raportit on laadittu vasta seuraavan vuoden puolella³¹, mikä on varmasti myös vaikuttanut raporttien laadintaan. Asiat on voitu nähdä jälkikäteen hieman eri lailla ja tuoreemmat asiat ovat voineet saada suurempaa painoarvoa. Kaikki vuosiraportit eivät ole kokonaan Medical Officer of Health:n laatimia, vaan niihin on liitetty osia hänen alaisuudessaan toimivien osastojen raporteista. Näin on esimerkiksi viemäröintiä ja puhdistuspalveluja koskevien otteiden kohdalla³². Kuitenkin neuvolatoimintaa käsittelevä osuus näyttäisi olevan MOH:n omaa tekstiä, sillä se pysyy vuodesta toiseen niin kielellisesti kuin rakenteellisestikin samanlaisena.

Riia Viitanen, joka on pro gradu tutkielmassaan Nairobissa sanitaatiohuollon merkityksestä afrikkalaisväestön elinolosuhteisiin Nairobissa vuosina 1945-1963, käyttänyt lähteinään myös Medical officer of Health raporteja on tarkastellut raporttien tilastolähteitä tarkemmin ja hän on tullut siihen tulokseen, että tilastoinnin luotettavuudessa olisi toivomisen varaa. Viitanen on kiinnittänyt väestötilastoja tutkiessaan huomiota muun muassa siihen, että tutkimusaineistosta ei käy ilmi tilastojen laadintamenetelmiä. Raporteissa ei ole mainintaa siitä, milloin tilastointikausi on alkanut ja päättynyt, ovatko luvut vuoden keskiarvoja vai kenties vuoden lopun kokonaismääriä. Tämä on sikäli merkittävää, että väestömäärät voivat vaihdella vuoden sisällä suurestikin. Viitanen on myös havainnut tilastoissa selviä huolimattomuus, lasku ja lyöntivirheitä.³³ Havaitsin itse samoja asioita. Väestömääriä on pyöristetty, mikä voisi viitata Viitanenkin epäilemään tietämättömyyteen todellista luvuista. Kuitenkin raporttien neuvolatoimintaa käsittelevässä osassa on tiedot raportoitu hyvinkin tarkasti esimerkiksi neuvoloiden kävijämäärien, annettujen rokotusten ja kotikäyntien määrät on ilmoitettu hyvin tarkasti, enkä niissä kohtaa havainnut suurempia virheitä. Mielestäni pienet virheet ovat lähes tulkoon aina väistämätön ilmiö tilastojen parissa työskennellessä, ja mahdolliset virheet ja epäselvyydet on syytä ottaa huomioon päätelmiä tehtäessä.

³¹ Viitanen 2004, 12.

³² Viitanen 2004, 12.

³³ Viitanen 2004,13.

1.4 Tutkimusperinne

Afrikkalaisten terveyteen liittyviä kysymyksiä käsittelevää tutkimusta on tehty runsaasti. Kiinnostus afrikkalaisten terveyttä ja terveydenhoitoa kohtaan on viime vuosikymmeninä ollut voimakasta muun muassa nälänhätien, väestönkasvun, mantereella käytyjen veristen sisällissotien, ja etenkin Aidsin nopean leviämisen seurauksena. Aidsin onkin sanottu olevan tämän päivän lääkäreiden suurin haaste Afrikassa ja tästä syytä monissa afrikkalaista terveydenhoitoa koskevissa teoksissa on käsitelty myös Aidsiin liittyviä kysymyksiä.

Viimeaikaisiin nälänhätiin, sitä kautta myös lasten ja äitien terveyteen liittyvää aineistoa on runsaasti saatavilla. Richard N. O’Kull on tehnyt tutkimuksen *Maternal and child care in Kenya*, jossa hän tutkii 1980-luvun puolivälissä Keniaa koetelleen nälänhädän vaikutuksia lasten terveyteen ja kehitykseen Kenialaisessa Samian maakunnassa. Myös Jacqueline M. Mondot –Bernard on tehnyt aiheeseen liittyvät tutkimuksen *Relationships between Fertility, Child Mortality and Nutrition in Africa*, jossa hän tarkastelee muun muassa ravinnon yhteyttä hedelmällisyyteen ja lapsikuolleisuuteen. Afrikan väestön kasvusta on myös tullut suuri terveydenhoidon ongelma ja se on myös ollut suosittu tutkimuskohde viime aikoina. Omari H. Kohole kirjoittaa artikkelissaan *The Politics of Fertility in Africa* Afrikan väestön kasvun olevan noin 3% vuodessa, mikä on maailman korkein ja maailman pankin lausunnon mukaan Afrikan väestönkasvu on ”korkein missään, milloinkaan ihmishistoriassa nähty”³⁴.

Myös afrikkalaisten kansojen sairauksista ja terveydenhoidosta on tehty tutkimusta ulottuen jo kolonialismia edeltävään aikaan. Suurin osa saatavilla olevasta tutkimuskirjallisuudesta keskittyy kuitenkin pääasiassa kolonialismin ja itsenäisyyden aikaan. Kolonialistisesta terveydenhoidosta saa yleiskuvaa Megan Vaughanin teoksesta *Curing Their Ills, Colonial Power and African Illness*. Teoksessa kuvataan siirtomaaisäntien järjestämää afrikkalaisille suunnattua länsimaista terveydenhoitoa ja sen roolia kolonialismin rakentamisessa. Gerald W. Hartwigin ja K. David Pattersonin toimittamasta teoksesta *Disease in African History* löytyy artikkeleita koskien lähinnä erilaisia tarttuvia tauteja eri puolilla Afrikkaa. Teoksessa on myös käsitelty seurauksia, niistä tarttuvista taudeista, jotka alueella saapuneet ihmiset toivat mukanaan ja joihin afrikkalaisilla ei ollut lainkaan immuniteettia. Kolonialismin ajan länsimäisen lääketieteen vaikutuksia alkuperäiskansoihin Afrikassa ja Intiassa tarkastelee Davis Arnoldin toimittama teos *Imperial*

³⁴ Kokole 1994, 73.

Medicine ja Indigenous Societies. John Iliffen kirjasta *East African Doctors* saa tietoa lääketieteellisestä koulutuksesta ja ensimmäisten lääkäreiden työstä Itä-Afrikassa. Teoksessa on kuvattu afrikkalaisten länsimaista lääketiedettä harjoittavien lääkäreiden kohtaamista ongelmista työssään ja etsiessään paikkaansa yhteiskunnassa.

Kenian terveydenhoitoa käsitteleviä tutkimuksia on tehty paljon. Terveyspalvelujen järjestämisestä 1800-luvun lopulta aina 1970-luvulle saakka saa hyvää tietoa Ann Beckin kirjoittamista kirjoista *Medical Tradition and Development in Kenya and Tanzania 1920-1970* ja *a History of the British Medical Administration of East Africa, 1900-1950*. Kenian terveystalvueluita käsittelee myös L.C. Vogelint toimittama teos *Health and Disease in Kenya*, josta löytyy useita aihetta käsittelevää artikkeleita. Teoksessa on käsitelty monia terveydenhuollon eri osa-alueita ja terveydenhoitoon liittyviä kysymyksiä. Suurin osa artikkeleista keskittyy käsittelemään itsenäisyyden ajan terveystalvueluita. Myös teoksesta *The Social Bases of Healing & Health in Africa* löytyy tietoa Kenian terveydenhoidon järjestämisestä, mutta tämäkin teos keskittyy lähinnä kolonialismin jälkeiseen aikaan. Myös Miriam S. Chaikenin artikkelista *Primary Health Care in Colonial Kenya* saa hyvää tietoa Britannian siirtomaahallinnon terveystalvuelujen organisoinnista ja tavoitteista.

Kenialaisten terveyteen liittyvää tietoutta on saatavilla myös teoksesta *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*. Tässä Richard G. Feachemin ja Dean T. Jamisonin toimittamassa lääketieteellisessä teoksessa on artikkeleita, jotka käsittelevät kuolleisuutta Keniassa ja myös äitien ja lasten kuolleisuutta 1940-luvulta 1970-luvulle Afrikan eri maissa. Jan Kuhanen on tehnyt tutkimusta Kenian naapurimaan ja niin ikään Britannian siirtomaan Ugandan terveydenhoitoon liittyen. Hänen tutkimuksensa, *Poverty, Health and Reproduction in Early Colonial Uganda*, keskittyy tarkastelemaan köyhyyden, nälän ja terveyden välisiä yhteyksiä. Tästä teoksesta saa paljon tietoa myös Kenian terveydenhoidosta, sillä monet käytännöt olivat samanlaisia Keniassa ja Ugandassa. Myös Juha Hieta on tehnyt pro gradu tutkimuksensa Kenian terveydenhuoltoon liittyen. Hänen tutkimuksensa ”*Limited financial resources and a shortage of trained personell*”: *Siirtomaahallinnon toimenpiteet malarian ja tuberkuloosin torjumiseksi Keniassa* käsittelee niitä toimenpiteitä, joita siirtomaahallinto teki malarian ja tuberkuloosin ehkäisyssä, menettelytapoja ja toimenpiteiden tehokkuutta Nairobissa ja muualla Keniassa. Tietoa Nairobin elinolosuhteista 1950-luvulta, jota oma tutkimuksenikin sivuaa, saa hyvän kuvan Riia Viitassen tutkimuksesta, *Slummeja ja Puutarhoja. Nairobin sanitaatiohuollon rooli afrikkalaisväestön elinolosuhteiden kehityksessä 1949-1963*. Viitannen on työssään selvittänyt kaupungin väestön elinolosuhteiden ja sanitaatiohuollon suhdetta, Nairobin väestökehitystä ja lisäksi hän on tarkastellut huonoon

sanitaatioon liittyviä yleisiä sairauksia. Hannu Hyvärinen on puolestaan perehtynyt Pro gradu työssään, *Terveystenhoitopolitiikkaa Keniassa 1945- 1963*, siihen millaista terveydenhoitopolitiikkaa Keniassa harjoitettiin 1940 luvun puolivälistä Kenian itsenäistymiseen.

Jonkin verran löytyy aineistoa myös perinteisestä kenialaisesta terveydenhoidosta, synnytyksistä ja lasten hoidosta. Esimerkiksi Leakey on kuvannut teoksessaan *The Southern Kikuyu before 1903*, kikuyu- yhteisön perinteisiä synnytykseen liittyviä rituaaleja ja tapahtumia. Yleisempää kuvaa perinteisestä Afrikkalaisesta terveydenhoidosta saa Priscilla R. Ulinin ja Marshall H. Segallin toimittamasta teoksesta *Traditional Health Care Delivery in Contemporary Africa*. Teoksessa on muun muassa vertailtu perinteisen afrikkalaisen terveydenhoidon käytänteitä maaseudulla ja kaupungissa Keniassa. Kahden kulttuurin kohtaamista on sivunnut teoksissaan myös Ann Beck, joka esittelee teoksissaan hieman myös länsimäisen lääketieteen ja perinteisen afrikkalaisen lääkinnän kohtaamista ja tuo mukaan myös lähetysasemien perspektiivin.

Kenian neuvolatoimintaa koskevaa tutkimusta ei ole tehty läheskään samassa mittakaavassa kuin muuta terveydenhuollon tutkimusta ja ne muutamat teokset, jotka liittyivät aiheeseen, tarkastelevat lähinnä Kenian itsenäisyyden aikaa. Esimerkiksi Ulla Kuusi on tarkastellut teoksessaan *Health Sector in Kenya. A Review of Available Information and Preliminary Problem Analysis*, Kenialaisten lasten ja äitien terveyttä, mutta tutkimus sijoittuu 1980 ja 1990 lukujen taiteeseen. Siirtomaahallinnon kautta ja erityisesti 1950- lukua ei äitien ja lasten terveyden tai neuvolatoiminnan kannalta ole tutkittu, joten tutkimukseni on aiheellinen ja perusteltu.

2. Neuvolatoiminnan järjestäminen

2.1 Neuvoloiden rooli siirtomaahallinnon terveyspalveluissa

Britannia käytti siirtomaidensa hallintojärjestelmänä niin sanottua epäsuoraa hallintoa, joka noudatti tarkkaa hierarkista päätöksentekojärjestelmää. Tämä tarkoitti, että paikallishallinto oli järjestetty osin afrikkalaisten ihmisten toimesta, mutta he toimivat kuitenkin eurooppalaisten valvonnassa. Ylimpänä päätöksentekoelimenä toimi siirtomaaministeriö, jonka valvonnan alla toimi keskushallinto ja tämän alaisuudessa toimivat maakunnalliset paikallishallinnot. Myös terveydenhoitopalvelut oli järjestetty tämän kaavan mukaisesti. Keskushallinto oli vastuussa erikoisterveyspalveluiden järjestämisestä, kun taas paikallishallinnon vastuulla oli paikalliset terveyspalvelut. Siirtomaahallinnon terveyspalvelut järjestettiin keskitetysti Nairobista käsin. Kaikki siirtomaahallinnon alaisuudessa toimivat neuvolat ja terveyskeskukset toimivat satelliitteina lähimpään alueelliseen sairaalaan nähden ja jokaista näistä sairaaloista johti eurooppalainen lääkäri, joka raportoi suoraan terveyspalvelujen johtajalle Nairobiin.³⁵ Terveyspalveluita johti Nairobissa Medical Officer of Health, joka oli lääkärinkoulutuksen saanut virkamies ja joka vastasi toimistaan kaupunginvaltuustolle³⁶

Vuonna 1921 säädetty Public Health Ordinance, laki julkisesta terveydenhoidosta jakoi vastuuta julkisesta terveydenhoidosta keskushallituksen alaisen Medical Departmentin ja paikallistason terveysviranomaisten välillä. Laissa Medical Departmentin vastuulle annettiin parantava terveydenhoito sisältäen sairaalatoiminnan ja erikoisterveydenhoidon ja kuntien tehtäväksi jäi ennaltaehkäisevän terveydenhoidon järjestäminen. Näin ollen tutkimusaineistona käyttämäni raportit tarkastelevat nimenomaan paikallistason toimintaa. Lääketieteellisen osaston (Medical Department), vastuualueeseen kuuluivat esimerkiksi satamatyöntekijöiden ja vankien terveydestä huolehtiminen ja erilaiset erikoissairaalat, kuten mielenterveyssairaalat. Lääketieteellisen osaston tehtäviin kuuluu myös tutkimus ja laboratoriotyö.³⁷

³⁵ Chaiken 1998, 1708.

³⁶ Viitanen 2004, 42 - 43.

³⁷ MDAR 1934, 1.

Vuonna 1924 perustettiin afrikkalaisista koostuva paikallinen hallintoyksikkö (Local Native Council), jonka pääasiallisena tehtävänä oli verojen kerääminen, mutta heillä oli vain vähän päätösvaltaa keräämiensä varojen käytöstä. Paikallinen hallintoyksikkö tuki monia terveydenhoitopalveluja, etenkin äitiysneuvoloita, ja juuri Local Native Councilin keräämien varojen turvin pystyttiin neuvolakäynnit pitämään pitkään maksuttomina afrikkalaisille. Vastuuta neuvolapalvelujen järjestämisestä etenkin maaseudulla jaettiin siis myös afrikkalaisille.³⁸ Esimerkiksi vuonna 1935 Nairobien neuvolatoiminta siirrettiin keskushallinnolta paikallishallinnon vastuulle myös maaseudulla. Neuvolatyöstä vastasi Kenian maaseudulla Local Native Council, ja Nairobien neuvolatoiminnasta vastasi Municipal Council of Nairobi. Näiden paikallisviranomaisten toimia valvoi terveysministeriö.³⁹

Neuvolatoiminta kuului kansanterveyspalvelujen, Public Health services, piiriin. Muita kansanterveyspalveluihin kuuluvia toimintoja olivat päiväkotitoiminta, tarttuvien tautien ehkäisy, sukupuolitautiklinikat, afrikkalainen synnytyssairaala ja vuodesta 1950 lähtien myös siirtomaahallinnon palveluksessa työskentelevien oma klinikka, jonka tarkoituksena oli parantaa henkilökunnan terveyttä ja vähentää sairaus poissaoloja. Neuvolatoiminnan painoarvo oli tämän osaston toiminnassa merkittävä, sillä osastolle suunnatusta vuosittaisesta budjetista suurin osa suunnattiin neuvolatoiminnalle. Esimerkiksi vuonna 1954 neuvolatoiminnan osuus koko osaston budjetista oli hieman alle puolet. Neuvolatoiminnan laajenemisesta kertoo se, että neuvolatoiminnalle suunnatut varat olivat tuona vuonna kaksinkertaiset vuoteen 1949 verrattuna.⁴⁰

Vaikka neuvoloita pyrittiinkin järjestämään myös maaseudulle, siirtomaahallinnon neuvolatyötyö keskittyi lähinnä suuriin kaupunkeihin, kuten Nairobiin ja Mombasaan. Nairobissa toimi myös Lady Griggin säätiö (Lady Grigg Welfare League), joka järjesti maksuttomia neuvolapalveluita yksityisellä taholla. Maaseudun neuvolatoiminta jäi pienen budjetin ja hallinnollisten syiden vuoksi vähemmälle huomiolle⁴¹, ja oli pitkälle 1930-luvulle pääasiassa lähetysasemien vastuulla. Sekä Lady Griggin säätiö, että lähetysasemat saivat valtioilta vuosittain rahallista avustusta toimintaansa.⁴²

³⁸ Chaiken 1998, 1704 - 1706.

³⁹ MDAR 1935, 17.

⁴⁰ ARMH 1950, 2, 100 - 101.

⁴¹ Mburu, 1992, 410.

⁴² MDAR 1934, 20-23.

Nairobinn väestö koostui afrikkalaisista, aasialaisista ja eurooppalaisista. Vuonna 1949 Nairobissa oli 12 000 eurooppalaista, 50 000 aasialaista ja 66 000 afrikkalaista.⁴³ Väestöryhmistä eniten oli siis afrikkalaisia. Afrikkalaisten ryhmä ei kuitenkaan ollut yhtenäinen, sillä Kenian afrikkalaiset jakautuivat yli 40: en etniseen ryhmään.⁴⁴ Nairobissa suurimman ryhmän muodostivat kikujut ja luot.⁴⁵ Eräiden arvioiden mukaan kikujut muodostivat 45 prosenttia kaupungin väestöstä, mikä selittyy kikuju reservaatinn sijainnista kaupungin läheisyydessä. Myös Masaiden reservaatinn sijaitsi Nairobinn läheisyydessä, mutta pastoraalisen elämäntapansa vuoksi he eivät suosineet kaupunkiasumista. Myöskään Nairobinn aasialaiset eivät muodostaneet etnisesti yhtenäistä ryhmää. Aasialaiset saapuivat maahan eri aikaan, eri alueilta ja edustivat eri uskontoja ja kulttuureita. Valtaosa aasialaisista saapui maahan jo vuosina 1890- 1914 tukemaan aluevaltauksia, rakentamaan Ugandan rautatietä ja toimimaan työvoimana julkisissa rakennushankkeissa. Aasialaisten muuttaminen maahan jatkui aina toisen maailmansodan päättymiseen asti. Aasialaiset muodostivat Kenian urbanisoituneimman ryhmän, sillä noin 60 prosenttia Kenian aasialaisista asui Nairobissa. Aasialaisia kannustettiin tulemaan Nairobiin, sillä he olivat halvempia työllistää kuin eurooppalaiset, mutta kuitenkin koulutetumpia kuin afrikkalaiset. Lisäksi aasialaisen väestön asumista kaupungeissa selitti maanomistukseen liittyvät seikat. Valkoisen väestön maanomistusoikeus oli lailla säädetty, että vain valkoiset pysyivät omistamaan maata, mutta tämä ei laki ei koskenut kaupunkien maanomistusta.⁴⁶

Neuvolapalvelut oli Nairobissa järjestetty erikseen eurooppalaisille, afrikkalaisille ja aasialaisille, mikä tarkoitti, että jokaisella väestöryhmällä oli omat klinikkansa. Neuvolapalvelujen tarkoituksena oli edistää äitien ja alle kouluikäisten lasten terveyttä ja hyvinvointia. Raporteissa korostetaan, kuinka terve alku elämälle oli tärkeää myös afrikkalaiselle väestölle ja tätä heille pyrittiin resurssien puitteissa tarjoamaan. Klinikoiden (Child and Maternity Welfare Clinic) toimintaan ei kuulunut varsinaisesti sairaiden hoitaminen tai synnytykset. Ne katsottiin kuuluvaksi sairaaloiden toimintapiiriin, jotka myös oli jaettu eri väestöryhmille. Niinpä klinikat ohjasivatkin hoitoa tarvitsevat potilaat sairaaloihin.⁴⁷ Klinikoiden tehtävänä oli huolehtia odottavien äitien ja heidän alle kouluikäisten lastensa terveydestä. Klinikat toimivat Brittiläisen kaavan mukaan ja toiminta keskittyi lähinnä ennaltaehkäisevään hoitoon, kuten neuvontaan ja rokotusten antamiseen. Klinikoilla annettiin myös opetusta äitien ja lasten terveyteen, lasten kasvattamiseen ja hoitoon

⁴³ Katso liite 1.

⁴⁴ Ominde. 1986. 29.

⁴⁵ ARMH 1949, 83.

⁴⁶ Viitanen 2005, 21.

⁴⁷ ARMH 1949, 77.

liittyvissä kysymyksissä. Klinikoiden opetuksellinen ja neuvontatehtävät korostuivat 1950-luvun lopulla, jolloin osa terveystarkastustoimista siirrettiin uusille terveystalouksille (health centers).⁴⁸

Klinikoiden henkilökunta koostui lähinnä pääasiassa naisista. Klinikoista vastuussa olevat lääkärit (Medical Officer of Health) olivat myös naisia. Toiminnan alkuun klinikoiden johtotehtävissä toimi eurooppalaisia, mutta vastuuta pyrittiin siirtämään koko ajan enemmän afrikkalaisille ja aasialaisille. Kaikkien väestöryhmien keskuudessa klinikoiden henkilökunnassa esiintyi suurta vaihtuvuutta, mistä aiheutui ongelmia neuvolatoiminnalle. Avioituessaan naiset useimmiten jättivät työnsä ja klinikat kärsivät tämän vuoksi lähes koko ajan henkilökuntavajeesta, jota pyrittiin kompensoimaan jatkuvalla henkilökunnan koulutuksella.⁴⁹

2.4 Afrikkalaisten neuvolapalvelut

Afrikkalaisille suunnatut klinikat ovat vanhimpia siirtomaahallinnon perustamista äitiysneuvolaklinikoista. Tarkkaa toiminnan alkamisvuotta ei raporteissa tule ilmi, mutta ainakin vuoden 1934 johtavan lääkärin raportissa siirtokunnalle on toimintaan sisällytetty jo neuvolapalvelut. Lisäksi vuonna 1936 sanotaan Nairobissa olleen äitiysneuvolatoiminnan palveluksessa yhden lääkärin ja neljä terveydenhoitajaa. Tuolloin käyntejä klinikoille oli rekisteröity 37 548 ja kotivierailuja oli tehty yhteensä 12 532 kertaa. Lisäksi raporteissa mainitaan siitä, kuinka neuvolatoiminta on otettu kaikkein suopeimmin vastaan kaikista siirtomaahallinnon tarjoamista palveluista.⁵⁰ Nämä seikat viittaavat siihen, että afrikkalaisille suunnattua neuvolatoimintaa oli ollut Nairobissa jo useamman vuoden ajan. Luultavasti Nairobiin perustettiin ensimmäiset äitiysklinikat vuonna 1920-luvulla, jolloin siirtomaahallinnon terveydenhoitopalvelut alkoivat laajentua.

Afrikkalaisten klinikoilla työskenteli sekä afrikkalaista että eurooppalaista henkilökuntaa. Toiminnan alussa klinikoiden johdossa oli ainoastaan eurooppalaista henkilökuntaa, mutta vuosien

⁴⁸ Chaiken 1998, 1703: ARMH 1958, 77 - 78: MDAR, 1945, 13.

⁴⁹ ARMH 1949, 86: 1950, 4-5.

⁵⁰ MDAR 1934, 20-23: 1936, 25-26.

myötä afrikkalaisten osuutta henkilökunnasta pyrittiin lisäämään ja valvontaa vähentämään lähinnä säästösyistä. Afrikkalaisten klinikoiden johdossa toimi ja 1950-luvun lopulla afrikkalaisia hoitajia, mutta eurooppalaisen terveydenhoitajan valvonnassa. Afrikkalainen henkilökunta nähtiin ratkaisuna moniin ongelmiin, kuten henkilökuntapulaan ja varojen puutteeseen ja se oli myös ajan yleinen suuntaus koloniaalisten palvelujen osalta.⁵¹ Toiveissa oli, että afrikkalaisiakin voitaisiin kouluttaa terveydenhoitajiksi, sillä heidän katsottiin hoitavan työnsä hyvin. Näin saataisiin klinikoille myös ammattitaitoista afrikkalaista henkilökuntaa. Klinikoiden yhteydessä toimikin koulu hoitoapulaisille eli klinikalla annettiin myös koulutusta.⁵² Afrikkalaisten kouluttaminen terveydenhoitoammatteihin pidettiin hyvin tärkeänä, sillä heidän katsottiin näin voivan näyttää esimerkkiä muille afrikkalaisille hygieenisestä ja terveellisestä elämisestä.⁵³ Motiivit afrikkalaisten kouluttamiseen olivat lääketieteellisiä, poliittisia ja taloudellisia.⁵⁴

Klinikoiden toimintoihin kuuluivat äitien ja lasten terveystarkastukset, vähäiset hoitotoimenpiteet, rokotukset ja neuvonta. Myös kotivierailut olivat tärkeä osa toimintaa. Kotivierailuilla opastettiin kodin siivouksessa, hygieniassa, sairaiden hoidossa ja ”asianmukaisessa pukeutumisessa”. Klinikoidella järjestettiin äideille yhteisopetusta pienissä ryhmissä, joissa annettiin ohjeita muun muassa hampaiden hoidossa ja ruuan laitossa.⁵⁵

Afrikkalaiset käyttivät neuvoloiden palveluja eniten kaikista väestöryhmistä⁵⁶, olivathan he Nairobinkin suurin väestöryhmä.⁵⁷ Kuten kaviosta 1 voidaan havaita, afrikkalaisten käynnit klinikoilla laskivat hieman vuosina 1946- 1950. Vuonna 1944 neuvolakäyntejä rekisteröitiin 10 000 enemmän kuin vuonna 1949. Klinikalla annettavista lääkkeistä alettiin vuonna 1949 periä pientä maksua, jolla oli oma vaikutuksensa neuvolakäynteihin. Monet äidit jättivät tulematta klinikalle neuvontaan ja raskauden seurantaan, sillä he sanoivat, ettei heillä ollut varaa maksaa lääkemaksuja, jos sellaiseen ilmeni tarvetta. Rahaa ei myöskään mielellään laitettu yhden sairaan lapsen hoitoon, vaan katsottiin, että raha tuli käyttää perheen ruokintaan. Päätösvalta siitä, käytetäänkö sairasta lasta tai äitiä klinikalla, oli perheen isällä. Raportissa mainitaan, että maksu lääkkeistä maksettiin kiireesti silloin, kun lapsi oli niin sairas, että valvotti isää öisin itkullaan. Jos äiti ja lapsi olivat niin sairaita,

⁵¹ Beck 1981, 15.

⁵² ARMH 1950, 82-87 : ARMH 1951, 72-73 : ARMH 1953, 84-87.

⁵³ Chaiken 1998, 1707-1709.

⁵⁴ Beck 1970, 131.

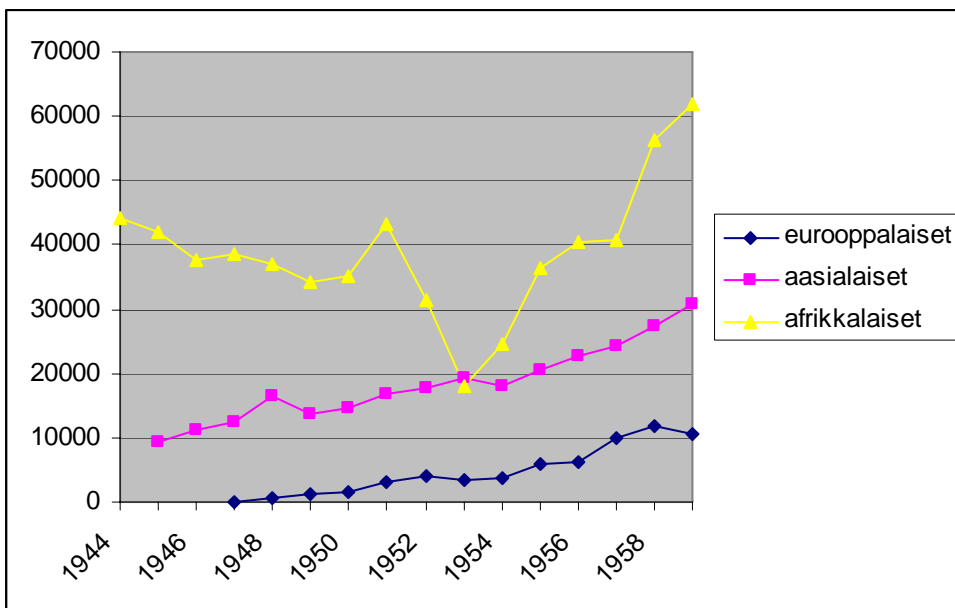
⁵⁵ ARMH 1950, 82-87 : ARMH 1951, 72-73 : ARMH 1953, 84-87.

⁵⁶ katso kaavio 1.

⁵⁷ katso liite 1.

etteivät pystyneet edes metelöimään, maksu saatettiin jättää maksamatta. Afrikkalaisten miesten käytös ärsytti klinikoiden henkilökuntaa muutoinkin, sillä miehet saattoivat olla hienosti puettuja, kun taas lapsilla ei ollut lainkaan lämpimiä vaatteita. Miehet söivät hyvin, kun taas lapset olivat aliravittuja.⁵⁸ Tähän etsittiin ratkaisua siitä, että miehille lähetettiin kotiin kirje, jossa pyydettiin vierailemaan klinikalla, jossa miehillekin voitaisiin henkilökohtaisesti selittää klinikan toimintaperiaatteet ja miten perheitään yritetään auttaa. Englantia osaavien miesten sanottiin olevan kaikkein hankalimpia, eivätkä naiset saaneet tehdä mitään ilman miesten lupaa. Toisaalta osa henkilökunnasta näki miesten kanssa keskustelemisen tärkeänä ja ”yhden oppitunnin antamisen miehille hyödyllisempänä kuin 10 tunnin opetuksen naiselle”.⁵⁹ Tämä johtui varmasti siitä, että miehellä katsottiin olevan perheessä kaikki päätösvalta, joten lisäämällä miesten tietoisuutta pystyttiin paremmin auttamaan myös naisia. Lisäksi tässä korostuu sukupuolten välinen epätasa-arvo eurooppalaisessa ajattelussa ja viittaus siihen että naiset ovat tällaisissa asioissa huomattavasti tyhmempiä kuin miehet.

Kaavio 1. Käynnit klinikoilla väestöryhmittäin Nairobissa 1949-1959



Lähde: ARMH 1949-1959

⁵⁸ ARMH 1949, 83.

⁵⁹ ARMH 1950, 80-81; ARMH 1954, 98.

Neuvolakäynnit lähtivät afrikkalaisten keskuudessa taas nousuun, aina vuoteen 1952 asti, jolloin käyntien määrät romahtivat Mau mau kansannousun⁶⁰ seurauksena. Mau mau kansannousu kiristi eurooppalaisten ja afrikkalaisten välejä siinä määrin, että se näkyi myös neuvolakäyntien määrässä. Lisäksi kaupunki oli väkivaltaisuuksien vuoksi turvaton paikka liikkua, jolloin monet äidit eivät uskaltaneet liikkua kaupungilla ja näin käynnit neuvoloissa vähenivät.⁶¹ Tähän vaikutti varmasti vuonna 1954 puhjennut paha polio epidemia, jonka seurauksena äidit eivät uskaltaneet tuoda lapsiaan rokotettavaksi tai terveystarkastukseen klinikalle tartuntavaaran pelossa. Yleisen turvallisuuden parannuttua ja poliotartunnan vaaran ollessa ohi käynnit alkoivat taas kasvaa lääkemaksuista huolimatta vuodesta 1954 ja kasvua jatkui koko 1950-luvun lopun ajan. Vuonna 1950 afrikkalaisille suunnattuja klinikoita oli neljä, mutta tarve ainakin kahdelle uudelle klinikalle oli kova. Kaupunki ja sen väestö kasvoi nopeasti joten jo vuonna 1957 afrikkalaisille suunnattujen klinikoiden määrä oli kaksinkertaistunut. Klinikoiden määrän kasvu näkyi heti myös kävijämäärissä, sillä kävijämäärät kasvoivat huomasti vuodesta 1957 vuoteen 1959. Vuonna 1957 neuvolakäyntejä rekisteröitiin 40631 ja vuonna 1959 jo 61849 käyntiä⁶²

Äitien ja lasten terveydentila arvioitiin huonoksi ja tästä syystä neuvolapalvelut nähtiin tarpeellisiksi.⁶³ Leikki-ikäisiä lapsia (toddler) ei tuotu niin usein klinikalle kuin oli toivottu, mikä nähtiin puutteena, mutta neuvoloissa katsottiinkin, että klinikoilla pääasiallinen rooli oli afrikkalaisten keskuudessa opetuksellinen etenkin hygienian edistämisen kannalta.⁶⁴

2.3 Aasialaisille suunnattu neuvolatoiminta

Aasialaisille suunnattu neuvolatoiminta alkoi Nairobissa vuonna 1936, kun Ngara Roadille avattiin klinikka. Toiminta aloitettiin yhden eurooppalaisen terveydenhoitajan (health visitor) ja yhden terveydenhoitoapulaisen voimin (helth assistant). Seuraavana vuonna saatiin ensimmäinen koulutettu aasialainen terveydenhoitaja ja toiminta alkoi laajeta. Erillisen klinikan perustaminen

⁶⁰ Mau mau liikkeellä tarkoitetaan afrikkalaista ääriliikettä, joka nousi eurooppalaisten hallintoa vastaan. Tästä seurasi väkivaltaisuuksia, ilkivaltaa ja murhia sekä valkoisten että afrikkalaisten taholta. (Bennett ja Smith 1976, 128)

⁶¹ ARMH 1954, 72 : ARMH 1955, 56-57

⁶² ARMH 1957-1959.

⁶³ ARMH 1950, 85.

⁶⁴ ARMH 1952, 86.

aasialaisille Nairobiin oli perusteltua, sillä neuvolatoiminnalle oli aasialaisten keskuudessa kysyntää ja heitä oli kaupungissa huomattava määrä⁶⁵.

Vuonna 1945 avattiin aasialaisten käyttöön kaksi uutta klinikkaa, Sandifordin ja Panganin alueelle. Toiminta laajentui niin tehokkaasti, että aasialaiselle klinikalle saatiin oma lääkäri. Ennen aasialaiset olivat jakaneet saman lääkärin afrikkalaisten kanssa. Aasialaisten aktiivisuudesta neuvolapalvelujen käyttäjänä kertoo myös se, että jälleen vuonna 1950 perustettiin uusi klinikka Bohra Streetille. Tuolloin juhlittiin myös neuvolatoiminnan juhlavuotta, jonka teemana oli ”Maailman tulevaisuus on riippuvainen lasten hyvinvoinnista”(The Worlds Future Rests on The Welfare of Children). Vaikka aasialaisilla oli käytössään vuonna 1954 jo viisi klinikkaa, niin silti raporteissa mainittiin jatkuva tarve uusille klinikoille Nairobi Southissa, Forthard Roadilla ja Parklandissa..Parklandin alue oli alun perin ollut eurooppalaisten asuttamaa, mutta alueella alkoi yhä enenemässä määrin olla myös aasialaista väestöä, joten aasialaisille kaivattiin tällekin alueelle kipeästi omaa klinikkaa.⁶⁶ Klinikoiden määrä kasvoi ajan myötä toiminnan laajetessa ja vuonna 1956 klinikoita oli seitsemän.⁶⁷

Kuten kaaviosta 1 on nähtävissä, aasialaisen väestön käynnin klinikoilla kasvoivat aina vuodesta 1945 aina vuoteen 1959 asti hyvin tasaisesti. Vuonna 1945 aasialaisille suunnatuilla klinikoilla toimintaan osallistujia oli 9243 ja vuonna 1959 kävijöiden määrä oli jo 30 953.⁶⁸ Aasialaisen väestön kohdalla ei ole havaittavissa niin suuria muutoksia kävijämäärissä, kuin afrikkalaisen väestön keskuudessa vaan kasvu on jatkunut tasaisena. Näin jatkuva tarve aasialaisille neuvoloille oli varsin ymmärrettävää.

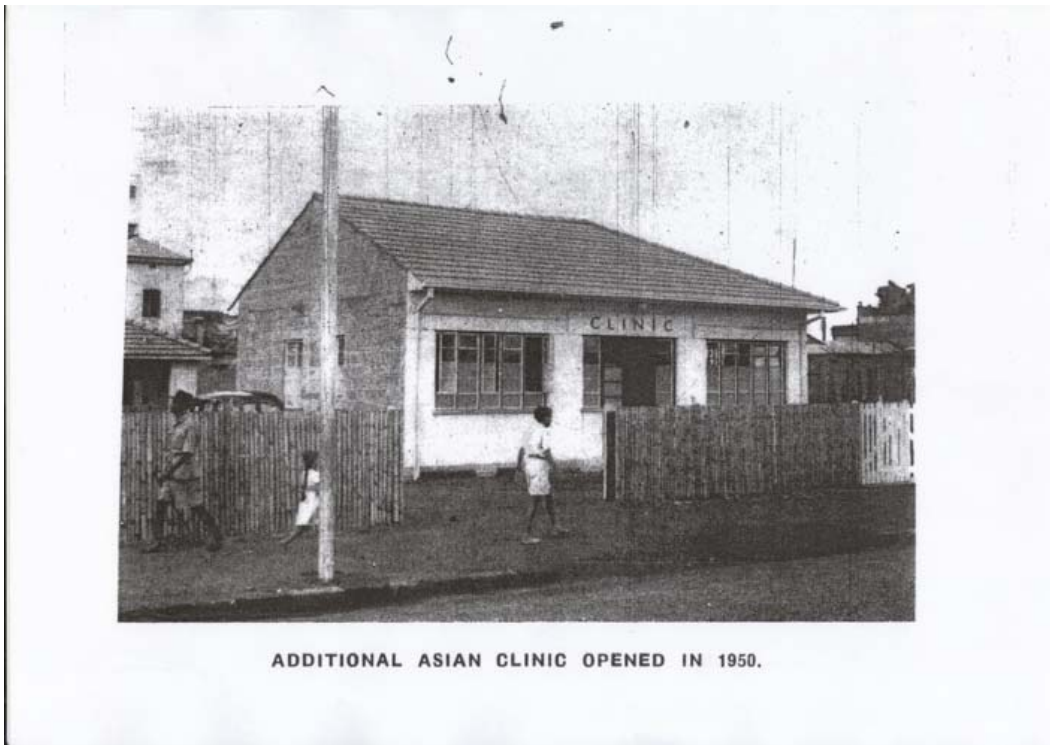
⁶⁵ Ominde, 1974, 28.

⁶⁶ ARMH 1950, 72: ARMH 1954, 71.

⁶⁷ ARMH 1950, 72 : ARMH 1956, 69-70.

⁶⁸ ARMH 1949 - 1950.

Kuva 1. Aasialaiselle väestölle vuonna 1950 avattu klinikka.



Lähde: ARMH 1951, 71.

Klinikoilla järjestettiin viikoittain terveystarkastuksia ja neuvontatilaisuuksia. Vanhemmat olivat tulleet tietoisimmiksi rokotusten tarpeellisuudesta, sillä nyt äidit tulivat jo itse pyytämään, että heidän lapsensa rokotettaisiin, eikä klinikoiden henkilökunnan tarvinnut enää välttämättä edes ehdottaa rokotusta. Äideille annettussa opetuksessa pidettiin tärkeänä perhesuunnittelua, jotta lapset otettaisiin avosylinvastaan perheisiin ja lapset voitaisiin myös taloudellisesti elättää. Tarjolla oli myös neuvontaa muun muassa vaatteiden valmistuksessa, ruuanlaitossa ja vauvojen ruokinnassa. Klinikoiden seinillä pidettiin julisteita, joissa myös neuvottiin esimerkiksi terveellisistä ruokailutottumuksista. Näin propagandalla tavoitettiin myös lukutaidotonta väestöä. Naisille järjestettiin myös lastenvaatteidenvalmistuskilpailuja ja miehille järjestettiin leluvalmistuskisa. Isät eivät kuitenkaan olleet kiinnostuneita kilpailusta ja se lopetettiin, kun siihen ei saatu osallistujia⁶⁹

⁶⁹ ARMH 1954, 86 : ARMH 1949, 74-77: ARMH 1955, 67-70.

Kotivierailut olivat klinikan tärkein toimintamuoto. Katsottiin, että monelle aasialaiselle äidille oli suuri ponnistus tulla klinikalle, sillä heillä oli hyvin suuret perheet ja paljon muitakin lapsia, joita oli hankala kuljettaa mukana. Kotona annettujen ohjeiden koettiin myös tekevän suuremman vaikutuksen ja näin ohjeita myös noudatettaisiin paremmin. Kotikäynneissä haluttiin panostaa laatuun ja vierailujen pituuteen enemmän kuin vierailujen määrään. Kotivierailuja suorittivat aluksi terveydenhoitajat ja hoitoapulaiset, mutta henkilökunnan uskottavuuden vuoksi tämä tehtävä oli myöhemmin terveydenhoitajien vastuulla. Kotivierailut otettiin mielellään vastaan ja annettuihin neuvoihin suhtauduttiin kunnioittavasti. Aasialaisille naisille järjestettiin myös synnytysvalmennusta klinikoilla. Tämän tavoin synnytyksistä pyrittiin saamaan mahdollisimman kivuttomia ja nopeita.⁷⁰ Klinikalle yritettiin houkutella tulijoita tarjoamalla kaikkein aktiivisimmille kävijöille pieniä lahjoja ja elokuvanäytöksiä⁷¹

Aasialaisille tarkoitetut klinikat tekivät paljon yhteistyötä eri tahojen kanssa. Kaikkein eniten yhteistyötä tehtiin kättilöiden ja perinteisten intialaisten kättilöiden, daisien, kanssa. Dait eivät olleet varsinaisesti päteviä, koulutettuja kättilöitä, mutta heillä oli takanaan pitkät intialaiset perinteet ja noin 20% perheistä halusi dain mukaan synnytykseen. Yhteistyö kättilöiden kanssa nähtiin erittäin tärkeänä osana klinikoiden toimintaa, sillä esimerkiksi vuonna 1955 kättilöt hoitivat 72% kaikista aasialaisnaisten synnytyksistä Nairobissa. Aluksi aasialaisten kättilöiden toimintaan ei oltu klinikoilla tyytyväisiä, sillä he eivät ilmoittaneet synnytyksistä, joissa olivat olleet mukana, vaikka niin olisi kuulunut tehdä. Suurimpana syynä tähän oli verotuksen välttäminen, sillä he joutuivat maksamaan ammattinsa harjoittamisesta veroa. Osa kättilöistä oli myös ammattitaidottomia, millä nähtiin olevan vaikutusta imeväiskuolleisuuden yleisyyteen aasialaisten keskuudessa. Huomattavasti tyytyväisempiä oltiin daisien toimintaan.⁷² Vuonna 1951 alettiinkin järjestää kättilöille kertauskursseja, joka sai hyvän vastaanoton ja kertauskursseista tulikin vuosittainen tapahtuma. Myös daisille järjestettiin kertauskursseja, joissa heille avautui tilaisuus keskustella työssään kohtaamistaan ongelmista. Vuonna 1952 kättilöistä ja Daista alettiin pitää virallista rekisteriä ja heidän toimintaansa kontrolloitiin, jolloin myös ilmoitukset synnytyksistä yleistyivät. Vuonna 1955 Nairobissa toimi 25 aasialaista kättilöä ja 18 daita. Muita yhteistyötahoja olivat yksityiset päiväkodit ja neuvolat (Nursing and Maternity Homes), synnytyssairaalat ja yksityiset lääkärit. Yhteistyön sanottiin olevan molemmin puoli toimivaa ja tarpeellista.⁷³

⁷⁰ ARMH 1953, 79; ARMH 1951, 67.

⁷¹ ARMH 1954, 83.

⁷² ARMH 1950, 72-77; ARMH 1949, 77; ARMH 1957, 76.

⁷³ ARMH 1955, 63.

Klinikan toimintaan kuului myös aasialaisten kohdalla henkilökunnan kouluttaminen.⁷⁴ Vuonna 1949 hallitus antoi koko maata koskevan luvan kouluttaa intialaisia terveydenhoitajiksi. Klinikat olivat myös osaltaan vastuussa opiskelijoiden kouluttamisesta. Klinikoilla toimi myös kouluttamatonta henkilökuntaa, ja raporteissa mainitaan, että toiveissa olisi saada klinikoille ainoastaan pätevää henkilökuntaa, jotta niiden toiminta olisi uskottavampaa. Tämä tilanne paranikin ajan mittaan, kun henkilökuntaa koulutettiin koko ajan ja vuonna 1953 henkilökunnan koulutuksen tasoon oltiin jo melko tyytyväisiä.⁷⁵

2.2 Neuvolapalvelujen tarjonta eurooppalaisille

Eurooppalaisille suunnattu neuvolatoiminta alkoi Nairobissa vuonna 1947. Toiminta oli tuolloin vielä varsin vähäistä, sillä perustamisvuonna toimintaa osallistui vain 16 äitiä. Neuvolatoiminta laajeni kuitenkin pian ja jo kaksi vuotta myöhemmin klinikalla kävijöitä oli 809. Tämän jälkeen kävijämäärä kasvoikin melko tasaisesti. Toiminnan alkuvuosina eurooppalaisille ei ollut käytössä erillistä klinikkaa, vaan istuntoja pidettiin päiväkodin (Parkland Day Nursery) tiloissa ja alkuun myös erään rouvan, lady Northeyn kotona. Istunnot siellä kuitenkin lopetettiin vähäisen käyntimäärän vuoksi. Toimitilat päiväkodilla olivat puutteelliset ja ahtaat. Päiväkodin luokkahuone toimi odotus- ja punnitustilana ja tutkimukset tehtiin johtajan huoneessa. Raporteissa toivottiinkin lähes joka vuosi erillistä klinikkaa toiminnan tehostamiseksi.⁷⁶

Vuonna 1952 perustettiin Woodleyn päiväkotia, jonka tiloissa aloitti toimintansa myös uusi neuvola. Klinikoilla pidettiin istuntoja aluksi kerran viikossa, mutta toiminnan laajetessa klinikoilla kokoonnuttiin kaksi kertaa viikossa. Kun uusi klinikka saatiin käyttöön vuonna 1952, osallistumisia oli molemmilla klinikoilla yhteensä jo 3094 kertaa. Kaaviosta 1 voidaan havaita, että Mau maun myötä syntyneet levottomuudet vaikuttivat myös eurooppalaisten neuvoloiden toimintaan, eikä kasvua kävijämäärässä tapahtunut. Neuvoloiden toimimista päiväkodin yhteydessä ei pidetty aina

⁷⁴ ARMH 1951, 65: ARMH 1952, 76.

⁷⁵ ARMH 1950, 67, 78 : ARMH 1949, 75.

⁷⁶ ARMH 1949, 72-73: ARMH 1950, 69.

hyvänä seikkana, vaikka tämä käytäntö helpottikin yhteyksien muodostamista moniin perheisiin. Ongelmia yhteisistä tiloista syntyi esimerkiksi vuonna 1954, kun eräällä päiväkodin lapsista todettiin polio. Tästä seurasi se, että kaikki päiväkodin lapset olivat karanteenissa. Neuvolan toimintaan tämän ei olisi pitänyt vaikuttaa, sillä vain päiväkodin toimintaan osallistuneet lapset olivat karanteenissa, eivät klinikan tilat. Kuitenkin monet äidit epäröivät tuoda lapsiaan neuvolaan poliotartunnan pelossa ja tämä vaikutti merkittävästi kävijämääriin. Viimein vuonna 1955 saatiinkin eurooppalaisten käyttöön Parklandissa erillinen klinikka⁷⁷ ja myös käynnit neuvoloissa alkoivat taas kasvaa. Vuonna 1959 neuvoloissa käyntejä oli jo kaiken kaikkiaan 10 732 kertaa.⁷⁸

Lääkäri tarkisti kaikki klinikalle ensimmäistä kertaa tulevat lapset ja muulloinkin jos tarvetta ilmeni. Yleensä terveystarkastukset teki kuitenkin terveydenhoitaja. Hänen vastuullaan olivat myös kotikäynnit, joita pidettiin erittäin tärkeänä, sillä näin saatiin uusia äitejä ja lapsia mukaan klinikan toimintaan. Ensimmäinen kotivierailu järjestettiin jo sairaalassa mahdollisimman pian synnytyksen jälkeen. Neuvolapalvelujen tärkeyttä perusteltiin sillä, että ”tämän päivän lapset olisivat huomisen kansalasia”, joten heidän terveydestään huolehtiminen olisi ensisijaisen tärkeää. Kaikkien alle 6-vuotiaiden eurooppalaisen lasten terveydenhoito kuului neuvoloille, jonka jälkeen he kuuluivat kouluterveydenhoidon piiriin.⁷⁹ Tämä tavoite toteutui kuitenkin vasta vuonna 1957, jolloin arvioitiin, että lähes 100% kaikista kaupungissa syntyneistä eurooppalaisista oli neuvolatoiminnan piirissä.⁸⁰

Vaikka toiminta klinikoilla laajeni ja tehostui, toimintaa rajoitti henkilökuntapula. Tähän saatiin apua Kenya High Schoolin oppilaista, jotka tekivät klinikalla vapaaehtoistyötä. He toimivat kolmen tai neljän hengen ryhmissä ja auttoivat henkilökuntaa esimerkiksi lasten punnitsemisessa ja kirjanpitoissa. Nairobissa tehtiin tutkimus perheen ekonomisen aseman vaikutuksesta lapsen terveyteen ja todettiin, että moni eurooppalainen perhe elää alle sen tason, joka olisi hyväksi lapsen terveydelle. Tämän seurauksena kaikki neuvolamaksut poistettiin kokonaan eurooppalaisilta, mikä mahdollisti kotivierailut riippumatta perheen tulotasosta.⁸¹ Neuvolat järjestivät myös hyväntekeväisyyskampanjoita, joilla kerättiin rahaa klinikan toimintaan ja lääketieteelliseen

⁷⁷ ARMH 1952, 72; ARMH 1954, 71; ARMH 1955, 72.

⁷⁸ katso kaavio 1.

⁷⁹ ARMH 1951, 60-61.

⁸⁰ ARMH 1957, 62-63.

⁸¹ ARMH 1953, 72.

tutkimukseen. Esimerkiksi vuonna 1950 järjestettiin tanssiasia ja näytelmiä ja näistä saatu tuotto käytettiin polion tutkimiseen.⁸²

Suuri osa Nairobien eurooppalaisesta väestöstä on varmasti turvautunut myös yksityisten tarjoamiin palveluihin. On arvioitu, että siirtomaakauden lopussa, vuonna 1961 Keniassa olisi toiminut noin 300 yksityistä lääkäriä. Heitä oli noin kolme kertaa enemmän kuin siirtomaahallinnon palveluksessa olevia. On myös arvioitu, että noin puolet yksityisistä ammatinharjoittajista toimi Nairobien alueella. Huomioitavaa on, että noin kaksi kolmasosaa yksityisistä lääkäreistä oli aasialaisia. Yleensäkin ei-afrikkalaiset olivat pitkälti yksityisten terveydenhoitopalvelujen varassa.⁸³

3. Neuvoloiden valistustyö

3.1 Neuvoja ja propagandaa

Neuvoloiden tarkoituksena oli antaa neuvoja ja ohjeita odottaville ja pienten lasten äideille sekä tarkkailla heidän terveyttään. Klinikoiden vastuulla oli alle 6-vuotiaden lasten terveydestä huolehtiminen, tästä isommat olivat kouluterveydenhuollon piirissä. On kuitenkin muistettava, etteivät kaikki osallistuneet neuvoloiden järjestämiin palveluihin. Klinikoilla annettiin myös lapsille rokotukset ja lääkäri tarkisti kaikki ensi kertaa klinikalle tulevat. Lääkäriä pääsi tapaamaan muutoinkin tarpeen vaatiessa. Laajempia hoitotoimenpiteitä klinikoille ei tehty lainkaan, vaan hoitoa tarvitsevat ohjattiin hoitoon jokaisen väestöryhmän omiin sairaaloihin tai yksityisille tahoille.⁸⁴ Klinikat keskittyivät ennaltaehkäisevään terveydenhoitotyöhön, joka oli yleinen periaate siirtomaahallinnon järjestämissä terveyspalveluissa.⁸⁵

⁸² ARMH 1950, 70-71: 1957, 62-63.

⁸³ Iffe 1998, 121.

⁸⁴ ARMH 1952, 68.

⁸⁵ Chaiken 1998, 1703.

Neuvolapalvelut oli järjestetty eurooppalaisille, aasialaisille ja afrikkalaisille suunnilleen samalla tavalla. Aineistosta käy ilmi kuitenkin myös eroja lähinnä siinä, millaisissa asioissa neuvoja annettiin eri väestöryhmille. Klinikoiden järjestettiin opetusta terveydestä huolehtimisesta ompelukursseihin. Joillekin kursseille, kuten ruuanlaittokurssille, olivat myös naimattomat naiset tervetulleita. Kaikille väestöryhmille järjestettiin ompelu- ja neulontakursseja, ensiapu- ruuanlaitto- ja lastenhoitokursseja. Neuvoja annettiin myös yleisesti terveellisiin elämäntapoihin liittyen. Kaikille annettiin myös synnytysvalmennusta ja muita synnytykseen valmistautumista koskevia neuvoja, kuten ohjeita oikeanlaiseen raskaudenaikaiseen ruokavalioon. Afrikkalaisille ja aasialaisille naisille annettiin opetusta erityisesti hygieniassa, kodin siivouksessa, tiskauksessa, vauvojen kylvettämässä, vastasyntyneiden ja leikki-ikäisten hoidossa ja heille sopivasta ruuasta. Aasialaisten keskuudessa aiheutti hämmästyksiä, kun heitä neuvottiin antamaan yli vuoden vanhoille lapsille muutakin ravintoa kuin rintamaitoa. Kiinteän ruuan antamisesta oli kuitenkin klinikalla saatu hyviä tuloksia ja kun muutkin näkivät, miten terveitä kiinteää ruokaa saavat lapset olivat, saivat neuvolat tästä positiivista mainetta.⁸⁶ Toisaalta afrikkalaiset perinteet suosivat myös lyhyttä rintaruokintaa, sillä uskottiin, että jos nainen tuli raskaaksi vielä imettäessään lasta, niin vielä syntymätön lapsi myrkyttäisi äidin maidon ja näin tappaisi rintaa syövän lapsen.⁸⁷ Tämä on mielenkiintoista sikäli, että tässä kohtaa tulee ilmi, että hyvin usein länsimaisesta terveydenhoidosta ja perinteisestä afrikkalaisesta terveydenhoidosta on löydettävissä samoja piirteitä, vaikkakin selitykset ilmiöille ovat erilaisia.

Eurooppalaisille tarkoitettujen klinikoiden raporteissa ei koskaan mainittu, että opetusta olisi annettu hygieniassa tai kodin siivouksessa, kun taas näistä asioista puhuttiin aasialaisten ja afrikkalaisten klinikoiden raporteissa.⁸⁸ Tähän ovat vaikuttaneet varmasti eurooppalaisten asenteet ja suhtautuminen afrikkalaisia kohtaan. Ilmeisesti on katsottu, että eurooppalaiset kyllä osaavat pitää huolta kodin siisteydestä ja hygieniasta toisin kuin muut väestöryhmät. Voisi myös olettaa, ettei eurooppalaisille ollut suotavaa puhua siisteydestä ja hygieniasta, joka voitiin usein katsoa kuuluvan ”eurooppalaiseen sivistykseen”, ja jonka pariin muita väestöjä tuli ohjata. Myös perheiden isiä pyrittiin saaman toiminnan piiriin varsinkin afrikkalaisten keskuudessa, sillä miehet olivat perheiden päättäjiä, ja heille tietoa jakamalla perheiden terveyden katsottiin paranevan⁸⁹. Tässä ei kuitenkaan ilmeisesti onnistuttu niin hyvin kuin oli toivottu, sillä raporteissa mainitaan moneen

⁸⁶ ARMH 1950, 75; ARMH 1955, 78; ARMH 1956, 72

⁸⁷ Kuhanen 2005, 107.

⁸⁸ ARMH 1950, 80-81

⁸⁹ ARMH 1950, 80-81.

otteeseen, kuinka miehiä yritettiin turhaan saada mukaan erilaisiin kampanjoihin. Tässä kohtaa tulee mielestäni näkyviin afrikkalaisen kulttuurin piirre, jossa naisen tehtävä on muun muassa huolehtia lapsista. Näin ollen on ymmärrettävää, etteivät miehet välttämättä olleet kovinkaan kiinnostuneita osallistumaan neuvolatoimintaan.

Klinikoilla tehty yhteistyö muiden terveydenhoitotahojen kanssa nähtiin myös merkittäväksi osaksi toimintaa. Esimerkiksi odottavia äitejä ja ohjattiin tarvittaessa sairaaloihin synnyttämään ja hakemaan hoitoa, jos he tai heidän lapsensa olivat sairaita. Eurooppalaiset naiset synnyttivät sairaaloissa, kun taas aasialaisille ja afrikkalaisille suositeltiin synnyttämistä kotona, jos vain raskaus sujui normaalisti.⁹⁰ Afrikkalaiset ja aasialaiset äidit turvautuivat kättilöiden apuun ja synnytys tapahtui kotona. Aasialaisten ja afrikkalaisten osuutta käsittelevässä aineistossa kerrotaan paljon kättilöiden toiminnasta ja klinikan yhteistyöstä heidän kanssaan. Kättilöt ja *dait* hoitivatkin suurimman osan aasialaisten ja afrikkalaisten synnytyksistä. Mielestäni tässä on kysymys sekä rahasta että perinteestä. Sairaalasynnytykset olivat nimittäin maksullisia, joten köyhemmällä väestön osalla, joita olivat pääasiassa aasialaiset ja afrikkalaiset, ei ollut varaa sairaalasynnytyksiin. Toisaalta monet aasialaiset perheet halusivat noudattaa vanhoja perinteitä, johon kuului dain osallistuminen synnytykseen.⁹¹ Myös afrikkalaisilla oli usein tarkatkin perinnesäännökset siitä, kuinka synnytykset tuli hoitaa ja myös siitä kenellä oli oikeus toimia kättilönä. Esimerkiksi kikujuilla kättilöinä saivat toimia vain sellaiset naiset, jotka eivät enää itse voineet ikänsä puolesta saada lapsia ja heillä ei myöskään saanut olla minkäänlaista seksuaalista kanssakäymistä miesten kanssa. Myös itse synnytys tapahtui tarkasti säänneltyjen, kikujujen lakeihin ja perinteisiin perustuvien vaiheiden mukaan naisen kotona pätevän kättilön avustuksella.⁹²

⁹⁰ ARMH 1952, 77-78, 94-95.

⁹¹ ARMH 1957, 76.

⁹² Leakey 1977, 513.

Kuva 2. Afrikkalaisia naista opastetaan lapsen kylvetyksessä



Lähde: ARMH 1955, 106.

Eräs valistuksen muoto, jota käytettiin paljon aasialaisten ja afrikkalaisten keskuudessa olivat opettavaiset filmit. Filmejä näytettiin klinikoilla ja niihin kutsuttiin äitien lisäksi myös lapsia ja toisinaan myös perheiden isiä. Raportissa mainitaan, että eräänä hankaluutena oli löytää afrikkalaisille tarpeeksi yksinkertaisia filmejä. Filminäytökset olivat hyvin suosittuja väestön keskuudessa, viikoittain noin sata äitiä ja lasta näki jonkun valistuksellisen filmin⁹³

Megan Vaughan on kuvannut teoksessaan *Curing Their Ills- Colonial Power and African Illness*, siirtomaa-aikana afrikkalaisille näytettyjen opetusfilmien sisältöjä. Hän kuvaa yhden filmin sisällön, jossa on tarkoituksena valistaa seksuaalikäyttäytymistä. Filmissä kerrotaan kahdesta veljeksestä, joista toista kutsutaan filmissä tyhmäksi veljekseksi ja toista viisaaksi. He lähtevät kaupunkiin töihin ja jättävät morsiamensa kotikylään odottamaan. Tyhmä veljes alkaa ryypäämään ja lähtee prostituoidun mukaan, kun taas viisas veljes alkaa keskustella hyvin pukeutuneen opiskelijatyttö kanssa. Molemmat veljeksistä päätyvät sukupuoliyhteyteen seuralaistensa kanssa ja saavat sukupuolitaudin. Viisas veljes menee heti oireet huomattuaan länsimaiselle terveysasemalle ja saa lääkkeet vaivaansa. Tyhmä veljes käy valittamassa vaivastaan viisaalle veljelleen ja tämä neuvoo

⁹³ ARMH 1954, 85.

häntäkin menemään terveysasemalle. Tyhmä veljes ei kuitenkaan mene klinikalle vaan turvautuu perinteisen parantajan apuun. Vaiva ei kuitenkaan parane. Seuraavaksi filmissä näytetään tilannetta muutaman vuoden kuluttua, kun veljekset ovat jo palanneet kotikyläänsä. Tyhmä veljes on tartuttanut vaimonsa ja he ovat hyvin köyhiä, raihnaita ja sairaita. Myös heidän lapsensa näyttävät kovin sairailta. He tulevat viisaan veljen talolle pyytämään tältä apua ja ruokaa kurjuuteensa. Viisaalla veljellä on menyyt hyvin ja hänellä on terve vaimo ja lapset sekä hieno talo.⁹⁴ Filmi pitää sisällään montakin opetusta. Ensimmäinen on se, että siistin ulkonäön omaavalta opiskelijatyöltäkin voi saada sukupuolitautitartunnan siinä missä prostituoidulta ja toiseksi tauti pitäisi hoitaa länsimaisen lääketieteen turvin. Lisäksi filmillä näkyy, kuinka tyhmä veljes on tartuttanut tautia eteenpäin ja kärsii hoitamattomasta sairaudestaan. Tämä on sopinut Nairobin tilanteeseen hyvin, sillä kaupunki oli miesvaltainen, sillä miehet olivat tulleet kaupunkiin töihin ja usein perhe jäi maaseudulle⁹⁵. Raporteissa ei kuvata klinikoilla näytettyjen opetusfilmien sisältöjä tarkasti, mutta voisi olettaa, että ne ovat olleet samantyyppisiä. Luultavasti niissä on tuotu esille samoja asioita, kuin mistä klinikoilla on muutenkin puhuttu.

Filmien ohella toinen valistuksen muoto, jolla pyrittiin tavoittamaan lukutaidotonta, lähinnä aasialaista ja afrikkalaista, väestöä olivat neuvoloiden seinälle sijoitetut julisteet. Julisteissa oli ohjeita terveistä elämäntavoista, oikeanlaisesta ravinnosta ja hygieniasta. Niissä korostettiin myös vitamiinien tärkeyttä ja raskaudenaikaisen anemian ehkäisyä⁹⁶. Klinikoilla jaettiin myös äidinmaitojauhetta äideille, jotta lasten ravitsemus paranisi. Useinkaan afrikkalaiset äidit eivät kuitenkaan ymmärtäneet maidon tärkeyttä vauvojen ravintona ja maitoa ei annettu, sillä sitä pidettiin liian kalliina. 1950-luvun lopulla klinikoilla alettiin jakaa maitolappuja, joita vastaan äidit pystyivät hakemaan maitojauhetta lapsilleen.⁹⁷

Klinikka pyrki koko 1950-luvun ajan siirtymään yhä enemmän ehkäisevään toimintaan ja luopumaan kokonaan erilaista terveystarkastuksista, jotka siirtyivätkin 1950-luvun loppupuolella uusille terveystaloksille (health centers). Neuvolat itse näkivätkin oman roolinsa terveydenhoidossa olevan ensisijaisesti opetuksellinen.⁹⁸ Etenkin aasialaisille tarkoitetuilla klinikoilla oli tarjolla vuodesta 1951 lähtien myös perhesuunnittelua, minkä katsottiin olevan hyvin

⁹⁴ Vaughan, 1991, 156.

⁹⁵ Viitanen 2004, 24.

⁹⁶ ARMH 1957, 73.

⁹⁷ ARMH 1952, 86.

⁹⁸ ARMH 1953,87.

tärkeää, sillä katsottiin, että monista synnytyksistä väsynyt äiti ei jaksakaan enää huolehtia niin hyvin lapsistaan eikä omasta terveydestään. Terveen äidin katsottiin synnyttävän terveitä lapsia ja perheellä tulisi olla myös kohtuulliset tulot, että lapsi voitaisiin hankkia. Terveiden lasten saamiseksi äitien tulisi osallistua klinikan neuvontaan ennen synnytystä ja sen jälkeenkin. Perhesuunnitteluun keskittyviä tilaisuuksia järjestettiin kerran viikossa. Vuonna 1956 mainitaan, että niiden aasialaisperheiden määrässä, jotka suunnittelevat vanhemmuutensa, on tapahtunut pientä kasvua, mutta merkittävää suosiota perhesuunnittelu ei vielä tuolloin aasialaisten keskuudessa saavuttanut. Viktoria Streetin klinikan yhteydessä toimi vuonna 1955 ehkäisyklinikka, mutta sen tarjoamasta opastuksesta ja voimakkaasta propagandasta huolimatta se ei saavuttanut suosiota ja se suljettiin muutaman kuukauden toiminnan jälkeen. Samana vuonna perustettiin Perhesuunnitteluyhdistys (Family Planning Association), ja toivottiin, että yhdistyksen toiminta herättäisi kansan huomion ”perhe-elämän tärkeimpään elementtiin”⁹⁹ Tuolloin ei vielä perhesuunnittelun järjestämisen suurimpana motiivina ollut suuren väestönkasvun hallintaan saaminen, vaan lähinnä ihmisten elämänlaadun parantaminen perhekokoja pienentämällä. Itä-Afrikan komissio (East African Royal Commission) teki vuonna 1953 selvitystä maan sosio-ekonomisesta tilanteesta kiinnittäen erityistä huomiota väestöön. Heidän raportissaan mainitaan, että niille, jotka halusivat perhesuunnittelua, oli siitä tarjottava, mutta mitään laajempaa luonnollisen väestön kasvun kontrollia ei kuitenkaan tarvittaisi. Huomiota väestönkasvuun ja sen mukanaan tuomiin ongelmiin alettiin kiinnittää vasta Kenian itsenäistymistä (1962) seuranneina vuosikymmeninä¹⁰⁰

Merkittävää on, että raporttien mukaan perhesuunnittelua ei tarjottu lainkaan afrikkalaisille, vaikka väestönkasvu on heidän kohdallaan ollut myös merkittävää Nairobissa. Ehkä syynä tähän on juuri se, ettei perhesuunnittelun tärkeimpänä motiivina tuolloin vielä ollut väestönkasvun kuriin saaminen vaan perheiden huonot asuinolot, jotka nähtiin aasialaisperheiden kohdalla olevan kaikista huonoimmat.

⁹⁹ ARMH 1949, 86; ARMH 1955, 69; ARMH 1956, 72-73.

¹⁰⁰ Roggen, 1974, 127.

3.2 Kotikäynnit

Eräs tärkeimmistä neuvoloiden toimintamuodoista olivat kotikäynnit, joiden määrä kasvoi tarkastelemallani aikavälillä kaikkien väestöryhmien keskuudessa. Kotikäynneillä äideille annettiin samantyyppisiä ohjeita ja neuvoja kuin klinikoillakin. Etenkin aasialaisia ja afrikkalaisia naisia opastettiin hygieniassa, kodin siivouksessa, sairaiden hoidossa ja asianmukaisessa pukeutumisessa. Esimerkiksi lasten pukeutumisen katsottiin olevan riittämätöntä ja heidän katsottiin pukeutuvan usein myös likaisiin vaatteisiin, mistä syystä monet tarttuvat taudit, kuten malaria levisivät helposti. Kotikäynnit otettiin yleensä mielellään vastaan, sillä monilla äideillä oli hankaluuksia päästä käymään klinikoilla monen lapsen kanssa. Myös työssä käyvien naisten oli vaikea päästä käymään klinikoilla. Kotikäynneillä saatiin siis laajempi joukko ihmisiä klinikoiden palvelujen piiriin. Raporteissa myös mainitaan, että yleensä ihmisten kotona annettuja ohjeita noudatettiin paremmin ja niiden katsottiin tekevän suuremman vaikutuksen. Kotikäynneissä katsottiin olevan myös se etu, että näin päästiin näkemään ihmisten todelliset elinolot. Tämä huomattiin silloin, kun kotikäynnit jouduttiin Mau mau¹⁰¹ kansannoususta johtuvien yleisten levottomuuksien takia keskeyttämään vuonna 1953. Tuolloin ongelman muodosti se, kun äidit eivät kertoneet totuutta omista kotioloistaan, mikä taas vaikeutti neuvoloiden toimintaa.¹⁰²

Ensimmäinen vierailu pyrittiin tekemään jo synnytyssairaalaan, jotta kontakti äiteihin saataisiin heti. Kotikäynneissä pyrittiin panostamaan enneminkin laatuun kuin määrään, vierailuista haluttiin tehdä entistä pidempiä ja syvällisempiä. Vaikka kotikäynneillä pyrittiinkin saavuttamaan myös työssäkäyviä naisia ja heidän lapsiaan, niin työssäkäyvät äidit koettiin klinikalla ongelmallisiksi, sillä heidän lapsensa olivat päivähoitossa vanhempien ollessa töissä. Tällaisten perheiden lasten terveydentilan katsottiin olevan muita heikompi, sillä vanhemmat eivät aina tuoneet lapsiaan klinikalle.¹⁰³

Kotikäynneistä puhutaan eurooppalaisia koskevassa raportin osassa ensimmäisen kerran vasta vuonna 1952, jolloin käynnit aloitettiin eurooppalaiselta klinikalta säännöllisesti. Seuraavana vuonna myös käynneistä veloittavat maksut poistettiin, jotta myös köyhemmillä eurooppalaisilla

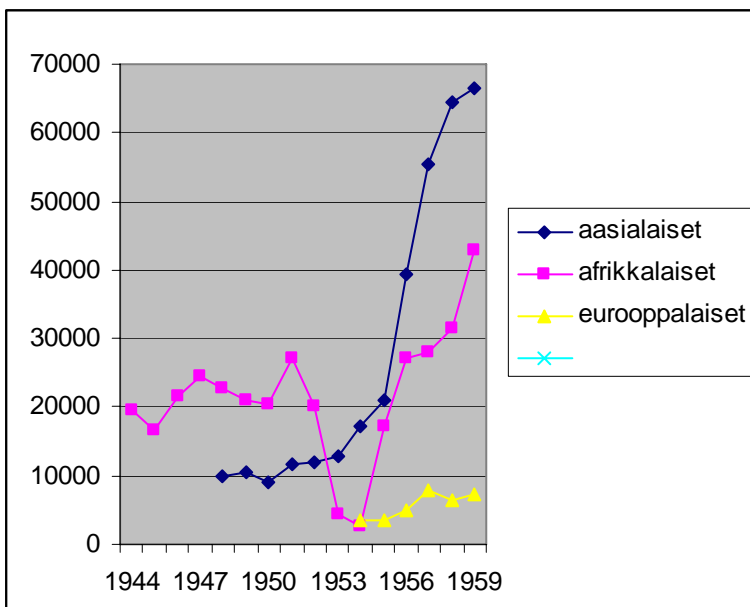
¹⁰² ARMH 1949, 77.

¹⁰³ ARMH 1950, 3, 85 : ARMH1955, 78 : ARMH 1956, 62-63.

perheillä olisi tähän palveluun varaa.¹⁰⁴ Kotikäynneistä ei aiemmin ollut mainintaa todennäköisesti juuri käynneistä veloitetun maksun vuoksi ja siksi, että käyntien määrät olivat vähäiset. Kuten kaaviosta 2 on nähtävissä eurooppalaisten kotikäynneistä löytyy numeerista tietoa vasta vuodelta 1954, jolloin kotikäynntejä tehtiin 3 513. Käyntien määrä kasvoikin tasaisesti ja vuonna 1959 kotikäynntejä tehtiin yhteensä 7 401 kertaa.

Vuonna 1952 puhjennesta Mau Mau kansannoususta¹⁰⁵ aiheutui levottomuuksia usean vuoden ajaksi. Tämä vaikutti myös neuvoloiden toimintaan. Afrikkalaiset suhtautuivat eurooppalaisiin varauksellisemmin, eivätkä eurooppalaiset terveydenhoitajat olleet enää tervetulleita moniin afrikkalaisiin koteihin kuten aikaisemmin. Turvallisuutta pyrittiin aluksi parantamaan tekemällä kotivierailuja pareittain, mutta seuraavan vuonna tilanne huononi entisestään. Vuonna 1953 kotikäynnit afrikkalaisiin koteihin jouduttiin osaksi vuotta lopettamaan ja osa klinikoista sulkemaan turvattomuuden vuoksi. Levottomuuksia ja murhia tapahtui paljon, mikä hankaloitti paitsi kotikäynntejä myös afrikkalaisten kättilöiden toimintaa.¹⁰⁶

Kaavio 2. Kotikäynnit väestöryhmittäin Nairobissa vuosina 1949- 1959.



Lähde: ARMH 1949-1959

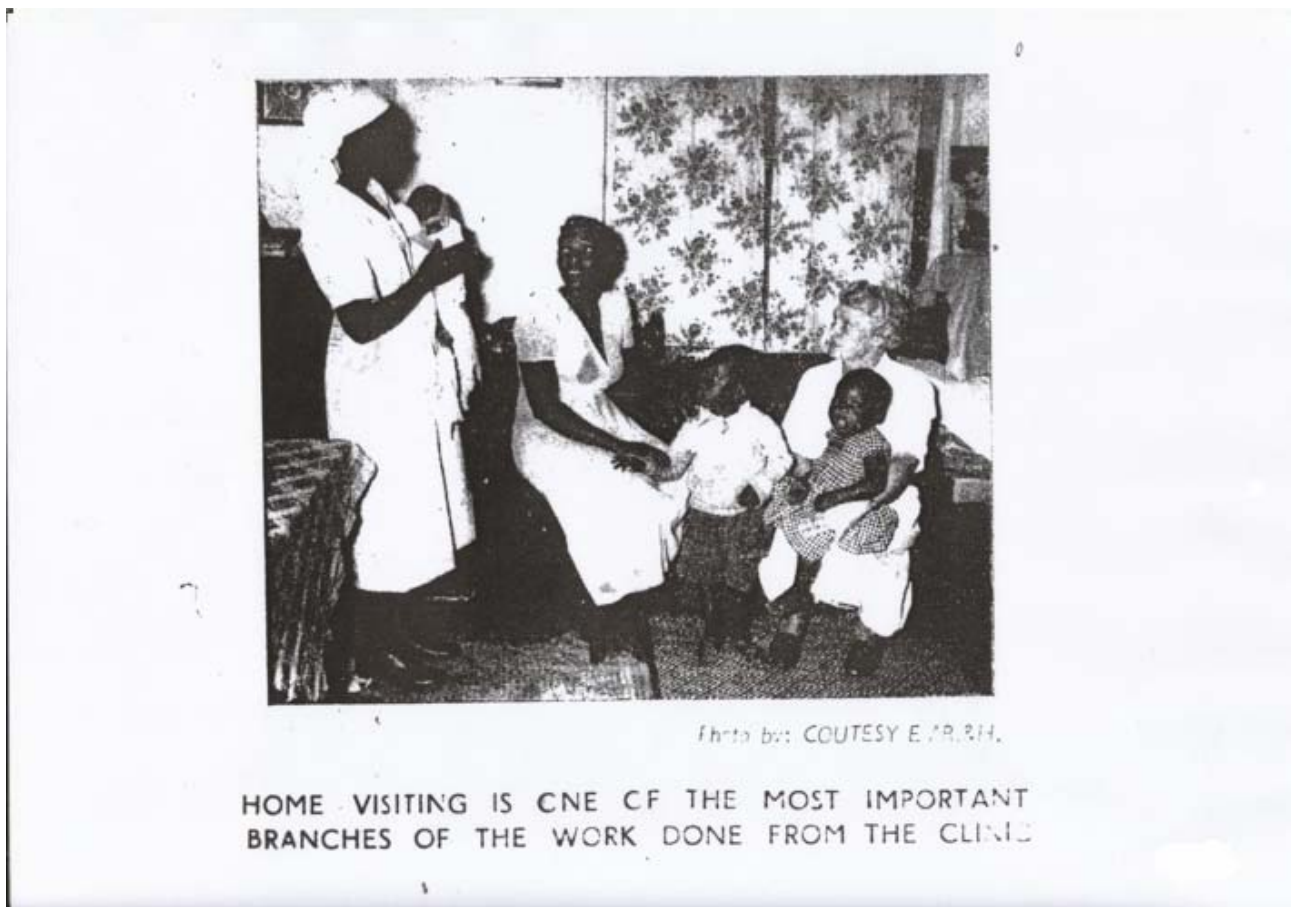
¹⁰⁴ ARMH, 1952, 68.

¹⁰⁵ Maloba, 1989, 188-189.

¹⁰⁶ ARMH 1952, 85 : 1953, 1-2.

Niin kuin kaaviosta 2 on havaittavissa kansannousun aiheuttamat levottomuudet näkyvät selvänä laskuna kotikäyntien määrässä afrikkalaisten koteihin. Käyntien määrät afrikkalaisiin koteihin kääntyivät selvästi laskuun jo vuonna 1952, mutta rajuimmin muutos näkyy vuosien 1953 ja 1954 kohdalla. Vuonna 1951 kotikäyntejä tehtiin vielä 27094 kertaa ja vuonna 1954 käyntejä tehtiin enää 2 638 kertaa. Käyntimäärät palautuivat normaaliin vasta vuonna 1956, jolloin raporteissakin mainitaan levottomuuksien olevan jo ohi¹⁰⁷. Aasialaisten kotikäynneissä ei sen sijaan näy levottomuuksien vaikutuksia, vaan kotikäyntien määrä kasvoi tasaisesti. Ensimmäinen tieto aasialaisten kotikäynneistä löytyy vuodelta 1948, jolloin käyntejä tehtiin 9 977 ja vuonna 1959 käyntien määrä oli jo noussut 66 418:sta.¹⁰⁸

Kuva 3. Kuvassa eurooppalainen terveydenhoitaja kotikäynnillä afrikkalaisessa kodissa.



Lähde: ARMH 1955, 95.

¹⁰⁷ ARMH 1956.

¹⁰⁸ ARMH 1949-1959.

Jos vertaa eri väestöryhmiä keskenään, niin huomaa, että eniten kotikäyntejä tehtiin aasialaisiin ja vähiten eurooppalaisiin koteihin. Voisi olettaa, että eniten kotikäyntejä olisi tehty afrikkalaisiin koteihin, sillä he olivat Nairobinkin suurin väestöryhmä. Tässä kohtaa on syytä kiinnittää huomiota siihen, että suurin osa Nairobinkin afrikkalaisista oli miehiä, jotka olivat tulleet kaupunkiin töihin¹⁰⁹. Esimerkiksi vuonna 1959 kaksi kolmasosaa Nairobinkin afrikkalaisille tarkoitetuista asuintiloista oli työnantajien omistuksessa ja tarkoitettu miespuolisille työntekijöille. Näin Nairobiin ei ollut mahdollista muodostua kovin suuria afrikkalaisperheitä. Myöskään monet vaimot eivät olleet halukkaita muuttamaan kaupunkiin siellä vallitsevien huonojen elinolojen takia ja moni halusi lapsiensa kasvavan maaseudulla ja oppivan perinteisen tavan viljellä maata. Nairobiin olikin suhteellisen vähän myös lapsia. Vuonna 1948 Nairobinkin asukkaista afrikkalaisista 15 prosenttia oli alle 16-vuotiaita. Vuoteen 1957 mennessä luku nousi 27 prosenttiin, mutta sekin on melko alhainen verrattuna kaikkiin väestöryhmiin, joita alle 16-vuotiaita oli 35,5 prosenttia ja suhteutettuna maaseudun väestöön, josta alle 16-vuotiaita oli samana vuonna 48 prosenttia.¹¹⁰ Miesten kaupunkiin muuttamisesta koitui omat sosiaaliset, taloudelliset ja terveydelliset haittansa: Äitien ja lasten olo maaseudulla huononivat entisestään, kaupungeissa lisääntyivät erilaiset sukupuolitaudit, alkoholismi ja rikollisuus¹¹¹.

Aasialaisten koteihin tehdyt käynnit kasvoivat kaikkein voimakkaimmin ja 1950-luvun loppupuolella kotikäyntejä aasialaisiin koteihin tehtiin enemmän kuin afrikkalaisiin koteihin.¹¹² Aasialaisten määrä kaupungissa kasvoikin koko ajan huomattavasti,¹¹³ mikä varmasti vaikuttaa siihen, että myös tehdyt kotikäynnit lisääntyivät väestön määrän kasvaessa. Tämä on myös ymmärrettävää siinä mielessä, että niin kuin on tullut jo esille, aasialaisilla oli suuria perheitä ja näin äidit eivät välttämättä päässeet klinikoille, joten kotikäynneillä oli todennäköisesti aasialaisten keskuudessa erittäin suuri merkitys.

Klinikoiden toiminnan kohdentuessa lähinnä naiseen ja lapsiin, kotikäyntejä tai muutakaan neuvoloiden toiminnan määrää ei voi suoraan verrata väestön määrään afrikkalaisen väestön kohdalla, sillä siihen vaikuttaa väestön sukupuolijakauma ja eri väestöryhmien koko. Tämä seikka on otettava huomioon myös muissa väestöryhmien välisissä vertailuissa tässä työssä.

¹⁰⁹ Katso liite 1.

¹¹⁰ Hake 1977, 65-67.

¹¹¹ Mugo 1974, 162-164.

¹¹² Katso kaavio 2.

¹¹³ Katso liite 1.

3.3. Rokotukset

Rokotukset olivat merkittävä osa siirtomaahallinnon tautienehkäisystrategiaa 1930-luvulta lähtien. Alkuun ihmisiä rokotettiin ruttoa ja isorokkoa vastaan ja rokotteiden kehittyessä myös tuberkuloosia ja poliota vastaan. Aluksi rokotukset eivät olleet systemaattisia vaan rokotuksia annettiin tautitapausten uhkaavasti lisääntyessä. Esimerkiksi vuonna 1930 isorokko levisi hälyttävästi Mombasassa, jolloin lähes kaikki kaupungin asukkaat rokotettiin. Ajan kuluessa alettiin siirtyä kohti systemaattisempia rokotuskampanjoita, ja rokotuksia annettiin muutoinkin, kun vaan epidemioiden iskiessä. Vuosien 1940- 1945 aikana rokotettiin isorokkoa vastaan 1,4 miljoonaa ihmistä, ja tultaessa 1950- luvun loppuun rokote tuberkuloosia ja lavantautia vastaan oli yleisesti käytössä. Kuitenkaan tavoitetta rokotusten ulottumisesta koko Kenian väestöön ei täysin saavutettu.¹¹⁴

Neuvoloissa annettiin rokotuksia lapsille yleisimpiä tauteja, kuten isorokkoa ja lavantautia vastaan. Rokotukset eivät olleet kuitenkaan klinikoiden tärkein toimintamuoto, eikä niihin käytetty voimavaroja samassa määrin, kuin muihin toimintoihin. Neuvolat eivät olleet myöskään ainoita paikkoja, joissa rokotuksia annettiin, joten annettujen rokotusten määrä on kaupungissa ollut tässä esitettäviä lukuja suurempi. Oheisista taulukoista käy kuitenkin ilmi, mitä rokotuksia klinikoilla pääasiassa annettiin ja kuinka paljon. Tämä mahdollistaa eri väestöryhmien välisen vertailun ja taulukosta on nähtävissä myös mahdolliset muutokset rokotuskäytänteissä.

Eurooppalaisille osa rokotuksista oli ilmaisia ja osasta perittiin pieni kulut kattava maksu. Kaikista väestöryhmistä määrällisesti selvästi vähiten rokotuksia annettiin eurooppalaisille. Tämä selittyy varmasti sillä, että eurooppalaiset olivat Nairobien pienin väestöryhmä. Taulukosta 1 on nähtävissä, kuinka rokotusten määrä on pieniä poikkeuksia lukuun ottamatta selvästi noussut tarkastelemieni vuosien varrella. Vuonna 1949 rokotuksia annettiin kaiken kaikkiaan vain 517, kun taas vuonna 1959 rokotusten määrä oli 3212. Rokotusten määrän kasvu johtuu neuvolatoiminnan laajenemisesta eli siitä, että vuosien myötä saatiin yhä suurempi joukko ihmisiä neuvolatoiminnan piiriin ja osaksi myös eurooppalaisen väestön kasvusta. Kuten liitteestä 1 on nähtävissä, eurooppalaisia oli Nairobissa vuonna 1949 12 000 ja kymmenen vuotta myöhemmin 23 500.

¹¹⁴ Chaiken 1998, 1711.

Vuonna 1945 rokotusten määrässä tapahtui selvä lasku, joka on selitettävissä kahdella tekijällä. Ensinnäkin klinikan toimintaa jouduttiin tuolloin huomattavasti supistamaan levottomuuksien vuoksi. Keniassa vuonna 1952 puhjennun Mau Mau kansannousun¹¹⁵ seurauksena Nairobissa järjestettiin operaatio Anvil, joka pyrki poistamaan kaupungista kaikki afrikkalaiset. Toiseksi Nairobissa puhkesi vuonna 1945 raju polioepidemia, jonka johdosta rokotusten määrää jouduttiin vähentämään, ja poliorokotukset lopetettiin vähäksi aikaa kokonaan. Tähän oli syynä se, että rokotus saattoi altistaa halvaukselle, jos oli jo altistunut virukselle. Äidit eivät myöskään uskaltaneet tuoda lapsiaan klinikalle poliotartunnan pelossa, sillä klinikka toimi päiväkodin kanssa samassa yhteydessä.¹¹⁶

Ilmaisesti poliorokotuksia annettiin klinikalla muutenkin varsin vähän, sillä niiden antamisesta ei löydy raporteista minkäänlaista mainintaa ennen vuotta 1959, jolloin poliorokotuksia annettiin eurooppalaisille 675 ja aasialaisille 12 433.¹¹⁷ Tämä johtunee kaupunkia uhkaavasta uudesta polioepidemiasta, jonka vuoksi Nairobissa järjestettiin laajat rokotuskampanjat poliota vastaan. Rokotuskampanjan myötä yhteensä 60 000 lasta rokotettiin poliota vastaan Nairobissa.¹¹⁸ Aiemmin poliosta on puhuttu raporteissa vain vähän, esimerkiksi vuonna 1950 järjestettiin eurooppalaisella klinikalla tanssiaisia ja näytelmiä ja niiden tuotto käytettiin muun muassa polion kuriin saamiseksi¹¹⁹. Nähtävästi poliorokotuksia annettiin kaikille väestöryhmille, sillä polioepidemian puhjettua raporteissa mainitaan, että huolena oli kävijämäärien lasku ja poliorokotuksen kieltäminen¹²⁰. Se, miksi poliorokotuksista ei ole minkään väestöryhmän kohdalla tietoja, jää arvailujen varaan. Voisi kuitenkin arvella, että poliorokotuksia ei annettu, ellei välitöntä varaa tartunnasta ollut.

Voisi kuvitella, että neuvoloissa olisi annettu myös tuberkuloosirokotuksia. Siitä löytyy raporteista kuitenkin vielä vähemmän tietoa kuin poliosta. Vuonna 1955 tuberkuloosista sanottiin tulleen jo ison ongelman ja vuoden 1956 raportin yleisessä osassa mainitaan, että tuberkuloosia vastaan järjestettiin kampanja yhteistyössä W.H.O:n ja UNISEF:in kanssa.¹²¹ Ilmeisesti rokotuksista tuberkuloosia vastasivat lähinnä muut tahot, sillä neuvolatoimintaa koskevissa raportin osissa ei

¹¹⁵ Maloba, 1989, 188-189.

¹¹⁶ ARMH 1949, 72 : ARMH 1954, 72 : ARMH 1955, 56-57.

¹¹⁷ ARMH 1959, 68.

¹¹⁸ Chaiken 1998, 1711.

¹¹⁹ ARMH 1950, 70.

¹²⁰ ARMH 1954, 68.

¹²¹ ARMH 1955, 79 : 1956, 1-2.

tästä puhuta. Sen sijaan koko kymmenen vuoden ajan eurooppalaisille annettiin rokotuksia isorokkoa, kurkkumätää, hinkuyskää ja lavantautia vastaan.¹²²

Taulukko 1

Eurooppalaisilla klinikoilla vuosina 1949-1959 annetut rokotukset

Eurooppalaiset											
Rokotus	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
isorokkorokotus	90	102	117	257	307	287	428	609	671	850	950
lavantauti	152	68	116	141	428	74	336	119	140	95	88
kurkkumätä	203	113	256	405	487	112	172	64	109	65	5
hinkuyskä	72		234	339	523	9	17	45	57	137	5
kurkkumätä+ hinkuyskä			0	0	0	219	548	842	1035	1298	1489
polio											675
muu	72	97									
yhteensä	517	380	723	1142	1745	701	1501	1697	2012	2445	3212

Lähde: ARMH 1949-1959.

Aasialaisille tarkoitetuilla klinikoilla alettiin antaa rokotuksia vuodesta 1948 eli ne eivät kuuluneet klinikan toimenkuvaan toiminnan alussa. Aasialaisillehan avattiin ensimmäinen klinikka jo vuonna 1936.¹²³ Raporteissa mainitaan, että aasialaisten keskuudessa ei rokotuksia tarvinnut enää vuonna 1949 edes ehdottaa äideille, vaan he halusivat itse tätä lapsilleen.¹²⁴ Näyttäisi siis siltä, että valistustyö on tässä suhteessa ollut tehokasta, sillä äideillä oli niistä jo tietoa vain vuoden rokotusten aloittamisen jälkeen.

Myös aasialaisille annettujen rokotusten määrä kasvoi tarkasteleminani vuosina. Kuten taulukosta 2 on nähtävissä, vuonna 1949 rokotuksia annettiin 5 268 ja vuonna 1959 lapsia rokotettiin 20 786 kertaa. Selitykset ovat samankaltaisia kuin eurooppalaistenkin kohdalla. Toiminnan laajenemisen ohella rokotusten määrän kasvua selittää se, että Nairobin aasialainen väestö kasvoi lähes kaksi

¹²² katso taulukko 1.

¹²³ ARMH 1950, 72.

¹²⁴ ARMH 1949, 77.

kertaa suuremmaksi¹²⁵. Rokotusten määrässä ei ole kuitenkaan havaittavissa yhtä suurta notkahdusta polioepidemian johdosta, kuin eurooppalaisten kohdalla. Raporteissa mainitaankin, ettei polioepidemiolla ollut suurta vaikutusta aasialaisten terveyteen, mutta kun poliorokotukset kiellettiin, ei osa äideistä uskaltanut enää ottaa lapsilleen muitakaan rokotuksia¹²⁶. Tämä näkyy taulukossa 3 siinä, että vuosina 1954 -55 rokotusten määrä oli matalampi kuin edellisenä vuotena.

Rokotusten määrän kasvu ei ole myöskään ollut yhtä tasaista, kuin eurooppalaisten kohdalla, vaan määrät vaihtelevat enemmän. Esimerkiksi vuonna 1949 rokotuksia on annettu peräti 5 268, kun taas seuraavan vuonna määrä on pudonnut 1 318:sta. Tähän voisi olla selityksenä se, että koska rokotukset aloitettiin klinikalla vasta vuonna 1948, niin vuonna 1949 oli vielä paljon sellaisia lapsia, jotka eivät olleet neuvolatoiminnan piirissä, eivätkä saaneet tarpeellisia rokotuksia. Vuonna 1949 annettujen rokotusten määrä ylittyi vasta vuonna 1953, ollen 5 541, mutta laski jo seuraavana vuonna polioepidemian vuoksi. Rokotusten määrään alentavasti vaikuttivat varmasti myös vuodesta 1952 aina vuoteen 1955 asti jatkuneet levottomuudet.

Taulukko 2

Aasialaisilla klinikoilla vuosina 1949-1959 annetut rokotukset

Rokotus	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
isorokko	774	955	1452	1814	2211	1940	1836	5739	3304	3956	4401
lavantauti	4266	317	1077	354	1084	2063	870	950	934	1104	484
kurkkumätä	182	21	112		818	68	29	46	89	26	21
kurkkumätä+hinkuyskä				1272		419	545	1		3996	3447
hinkuyskä	46	25	137	257	29	2	18	1851	3023		
polio											12433
muu											
yhteensä	5268	1318	2788	3702	5541	4492	3298	8597	6856	7882	20786

Lähde: ARMH 1949-1959

¹²⁵ Katso liite 1.

¹²⁶ ARMH 1955, 56-57.

Vuonna 1957 raportissa kerrotaan lähestulkoon kaikkien aasialaislasten saaneen tarvittavat rokotukset. Kuitenkin vuonna 1959 rokotusten määrässä tapahtui huima nousu. Rokotuksia annettiin tuolloin kaikkiaan 20 786, kun edellisenä vuonna vastaava määrä oli ollut 7 882. Tätä ei voida raportin tietojen mukaan kuitenkaan selittää sillä, että aasialaisia olisi saatu enemmän mukaan neuvolatoimintaan ja ottamaan rokotuksia. Annettujen rokotusten määrän nousuun ei löydy myöskään selitystä siitä, että aasialaisia lapsia olisi syntynyt tuona vuonna huomattavasti enemmän kuin edellisenä¹²⁷. Voisi tietenkin olla, että tuolloin tehtiin paljon kotikäyntejä, joissa lapsia on saatettu rokottaa.

Afrikkalaisia käsittelevässä raportin osassa ei ole erikseen mainittu juuri muita rokotuksia kuin isorokkoa ja lavantautia vastaan annetut rokotukset. Vain niistä löytyy numeerista tietoa. Muitakin rokotuksia on afrikkalaisille annettu, esimerkiksi afrikkalaisille suunnatussa synnytyssairaalassa annettiin myös rokotuksia.¹²⁸ Ja kuten edellä jo mainitsinkin, raportista käy kuitenkin ilmi, että esimerkiksi poliorokotuksia annettiin myös afrikkalaisissa neuvoloissa. Ehkä neuvolassa annettiin eniten rokotuksia juuri isorokkoa ja lavantautia vastaan, joten vain niistä on erikseen raportoitu.

Afrikkalaisten keskuudessa rokotusten antamista rajoittavaksi tekijäksi mainittiin se, etteivät afrikkalaiset lapset olleet aina riittävän terveitä ottamaan rokotusta ja lisäksi afrikkalaiset liikkuivat paljon ja saattoivat olla kaupungissa vain muutaman kuukauden vuodesta. Tästä syystä lapset eivät aina olleet klinikalle saapuessaan sopivassa iässä rokotuksiin.¹²⁹ Afrikkalaiset suhtautuivat rokotuksiin ensin varauksella ja äidit jopa piilottelivat lapsiaan, ettei näitä olisi rokotettu. Isorokkorokotteen tehokkuus taudin puhkeamisen ehkäisyssä ja neulan, sidano, parantava voima puhuivat pian puolestaan ja rokotteet alettiin hyväksyä paremmin. Afrikkalaisille äideille yritettiin myös tehokkaasi jakaa tietoja rokotteista, etteivät nämä menisi toiselle klinikalle ja ottaisi siellä taas samaa rokotusta lapselleen.¹³⁰ Ilmeisesti afrikkalaisten naisten ei katsottu ymmärtävän rokotusten merkitystä ja tarkoitusta.

Muilla väestöryhmillä on rokotusten määrissä tapahtunut notkahdusta vuonna 1954 ja sitä seuraavina vuosina polioepidemian vuoksi. Taulukon 3 mukaan tilanne näyttäisi olleen afrikkalaisilla päinvastainen, rokotusten kokonaismäärä kasvoi huomasti vuonna 1954. Lavantautia

¹²⁷ Katso liite 3.

¹²⁸ ARMH 1949, 90.

¹²⁹ ARMH 1949, 87.

¹³⁰ ARMH 1950, 86.

vastaan annettujen rokotusten määrä kasvoi todella paljon, mutta laski jo seuraavana vuonna suunnilleen samalle tasolle kuin vuonna 1954. Tähän ei löydy raportista mitään selitystä, eikä myöskään muilla väestöryhmillä tuolloin tapahtunut nousua rokotusten määrissä, päinvastoin. Selitystä ei löydy myöskään siitä, että afrikkalaislapsia olisi syntynyt tuolloin tavallista enemmän.¹³¹

Rokotusten kokonaismäärässä ei afrikkalaisväetön kohdalla tapahtunut samanlaista kasvavaa muutosta kuin muilla väestöryhmillä. Vuonna 1949 rokotuksia annettiin 4 223 ja kymmenen vuotta myöhemmin 3 879. Rokotusten kokonaismäärä oli siis pienempi vuonna 1959 kuin vuonna 1949. Ehkä tähän vaikuttavat juuri edellä mainitut afrikkalaisten lasten huono terveys ja vaikea tavoitettavuus. Vuonna 1954 annettiin lavantautia vastaan huomattava määrä rokotuksia. Lavantautia vastaan rokotettiin tuolloin 17 808 kertaa, kun muina vuosina lavantautia vastaan annettujen rokotusten määrä on pysytellyt muutamassa tuhannessa rokotuksessa.¹³²Tähän ei löydy raporteista kuitenkaan mitään erityistä selitystä, joten kyseessä voisi olla myös lyöntivirheen mahdollisuus.

Taulukko 3

Afrikkalaisilla klinikoilla annetut rokotukset vuosina 1949-1959

Rokotukset	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
isorokko	1258	1212	2990	1318	1365	1626	2687	3695	2664	3042	2735
lavantauti	2965	2508	2674	2118	2249	17808	3732	4187	2888	2698	1144
yhteensä	4223	3720	5664	3436	3614	19434	6419	7882	5552	5740	3879

Lähde: ARMH 1949-1950.

¹³¹ Katso liite 3

¹³² Katso taulukko 3.

4. Klinikoiden henkilökunta ja koulutus

4.1 Afrikkalaisten koulutus terveydenhoitotyöhön

Keniassa alettiin kouluttaa sairaanhoitohenkilökuntaa vasta 1920-luvulla. Muissa Itä-Afrikan maissa koulutus oli tuolloin jo hyvässä vauhdissa. Näin sairaanhoitohenkilökunnasta oli koko ajan pulaa. Nairobinkin afrikkalaisen sairaalan lääkäri Hugh Trowell on kuvannut tilannetta seuraavasti ”It had two water taps, several barely literate male nursing orderlies, but no female nurses. Four British nursing sisters were doing their best; they knew ”Kitchen Swahili” and trained the African staff just as British housewives trained their cooks on the ”do it like me” principle” Varsinainen laajamittaisempi afrikkalaisen henkilökunnan koulutus alkoi Keniassa vasta 1920-luvun lopulla, kun 1929 perustettiin lääketieteellinen koulutuselin valvomaan koulutusta. Syynä afrikkalaisten kouluttamiseen oli puute eurooppalaisesta henkilökunnasta. Heitä ei enää riittänyt uusille klinikoille, joita perustettiin kovaa tahtia, joten afrikkalaisten kouluttaminen terveydenhoitotehtäviin katsottiin välttämättömyydeksi. Katsottiin myös, että afrikkalaisilla oli oikeus saada koulutusta, joka sitten antaisi heille mahdollisuuden kunnolliseen työhön. Näin heistä saataisiin myös taloudellisesti tuottavia veronmaksajia yhteiskunnalle. Alkuun koulutuksessa tehtiin yhteistyötä lähetysasemien kanssa. Suhtautuminen yhteistyöhön oli kaksijakoista. Toisaalta kaikki keinot, joilla päästäisiin lähestymään alkuperäisiä asukkaita olivat tervetulleita, mutta toisaalta lääkintäosaston tehtäväksi ei nähty toimimista läheisessä yhteistyössä lähetysasemien kanssa.¹³³

Toinen syy afrikkalaisten koulutukselle oli saada keskitetty hallinto toimimaan tehokkaasti. Terveydenhoitojärjestelmän saamiseen kattamaan koko siirtokunnan tarvittiin paikallisia ihmisiä levittämään tietoa terveydenhoidon perusteista. 1930-luvulla katsottiinkin, että maalaisklinikoilla tulisi olla afrikkalaista henkilökuntaa, josta paikalliset asukkaat voisivat ottaa mallia. Katsottiin, että tällainen propaganda olisi kaikkein tehokkainta. Klinikoiden tulisi olla mallina hygieenisestä asumisesta, samoin kuin työntekijät olivat malleina hygieenisesti elämisestä.¹³⁴

Eurooppalaisten suhtautuminen afrikkalaisiin ei ollut vielä 1920-luvulla kovin myönteistä. Lääkäri Gilks, joka toimi siirtokunnan johtavana lääkärinä, totesi afrikkalaisesta

¹³³ Iffe 1998, 45; Beck 1974, 80-81.

¹³⁴ Chaiken 1998, 1706-1707.

terveydenhoitohenkilökunnasta vuonna 1926 seuraavaa: ” Technical knowledge is easily acquired by the African, but the sense of responsibility, pertinacity, honest and general trustworthiness are woefully lacking”.¹³⁵ Eurooppalaisten suhtautuminen afrikkalaisiin muuttui kuitenkin pikkuhiljaa, kun afrikkalaisia työskenteli yhä enemmän terveydenhoitotehtävissä ja esimerkiksi 1950- luvun alkupuolella afrikkalaisia oli jo vastuussa äitiysklinikoista.¹³⁶

Jos afrikkalainen halusi uraa lääketieteen parissa, oli hänen lähdettävä opiskelemaan Makereren yliopistoon Ugandaan. Keniassa tällaista mahdollisuutta ei ollut. Ensimmäinen kenialainen menikin kyseiseen kouluun vuonna 1936. Vuoteen 1958 mennessä kaksitoista kenialaista oli valmistunut lääkäriksi.¹³⁷

Kuva 4. Lasta punnitaan klinikalla.



Lähde: ARMH 1955, 106.

¹³⁵ Beck 1970,84.

¹³⁶ AMRH 1951, 83.

¹³⁷ Iliffe 1998 45-46, 71.

4.2 Eurooppalaiset naiset Nairobien äitiysneuvoloiden johdossa

Jatkuvan henkilökuntavajeen kanssa kamppailevat äitiysklinikat kouluttivat itse henkilökuntaa. Uuden henkilökunnan koulutus ja erilaiset kertauskurssit olivatkin olennainen osa Nairobien äitiysklinikoiden toimintaa. Nairobien väestömäärä kasvoi koko ajan ja klinikoiden toiminta tavoitti yhä suuremman osan väestöstä. Uutta henkilökuntaa tarvittiin kattamaan yhä kasvavan väestön tarpeet ja vaatimukset. Aasialaisille ja afrikkalaisille järjestettiin klinikoilla koulutusta terveydenhoito ja valistustehtäviin sekä kertauskursseja kättilöille ja daille. Eurooppalaisille suunnatulla klinikalla ei tätä toimintaa ollut.¹³⁸ Näyttäisikin siltä, että eurooppalaisille klinikoille henkilökunta tuli brittiläisen terveydenhoitokoulutuksen saaneena.

Toiminnan alkaessa kaikkien eri väestöryhmien klinikoiden johdossa oli eurooppalaista henkilökuntaa. Tilanne kuitenkin muuttui, kun klinikoilla alettiin kouluttaa henkilökuntaa vaativimpiinkin tehtäviin 1950-luvulla. Henkilökunta koostui kokonaisuudessaan naisista.¹³⁹ Naisten toimimista klinikoilla myös lääkärin tehtävissä selittää esimerkiksi se, ettei islaminuskosten naisten ollut sallittua hakeutua mieslääkärin hoitoon.¹⁴⁰ Se seikka, että klinikoiden henkilökunta koostui naisista, hankaloitti henkilökunnan saamista klinikoille entisestään. Afrikkalaisessa yhteiskunnassa oli syvälle juurtuneena käsitys naisen asemasta ja tehtävästä, joka ei lainkaan suosinut naisten kouluttautumista. Lisäksi myös hallinnossa ei kiinnitetty tarpeeksi huomiota naisten koulutukseen, ja näin henkilökunnan koulutus suurelta osin jäi äitiysklinikoiden omalle vastuulle.¹⁴¹

Siirtomaahallinnon toimesta naisia alettiin kouluttaa vasta 1940-luvulla. Naisia koulutettiin hoitajiksi ja kättilöiksi. Nämä naiset saivat paljon arvostusta osakseen niin heitä ohjaavilta eurooppalaisilta hoitajilta kuin heidän apuaan ja neuvojaan saavilta äideiltäkin. Siirtomaahallinnon järjestämän ja klinikoilla annetun koulutuksen lisäksi, naisia koulutettiin Lady Griggin säätiön toimesta ja myös lähetysasemat tarjosivat koulutusta. Lady Griggin säätiö, järjesti koulutusta kättilökoulutusta vuodesta 1936 alkaen.¹⁴²

¹³⁸ ARMH 1949- 1959

¹³⁹ ARMH 1949- 1959

¹⁴⁰ Chaiken, 1998, 1703.

¹⁴¹ Chaiken, 1998, 1703.

¹⁴² Chaiken, 1998, 1707: Beck 1970, 74.

Kullakin väestöryhmällä oli oma vastuulääkäriinsä. Vastaavana lääkärinä eurooppalaisilla ja aasialaisilla klinikoilla toimi Philippa Gaffikin, vuoteen 1954, jolloin aasialaisille saatiin oma osa-aikainen lääkäri, jolloi Gaffikin keskittyi toimimaan eurooppalaisilla klinikoilla. Lisäksi jokaisen klinikan johdossa toimi terveydenhoitaja, joka vastasi klinikan toiminnasta. Klinikoilla oli myös muutamia terveydenhoitoapulaisia ja koulutuksessa olevia harjoittelijoita. Etenkin terveydenhoitoapulaisten ja terveydenhoitajienkin kohdalla oli suurta vaihtuvuutta. Tämä johtui siitä, että etenkin eurooppalaiset koulutetut naiset avioituessaan jättivät usein työnsä klinikalla. Tämä hankaloitti entisestään pätevistä työvoimasta kärsivien klinikoiden toimintaa.¹⁴³

Vastaavan lääkärin lisäksi eurooppalaisten klinikoiden henkilökuntaan ei ennen 1950-lukua alkua kuulunut muita, kuin Parklandin päiväkodin johtaja neiti Watson, joka toimi myös päiväkodin yhteydessä toimineella äitiysklinikalla.¹⁴⁴ Vuodesta 1950 alkaen eurooppalaisilla klinikoilla toimi myös terveydenhoitaja. Vuodesta 1950 vuoteen 1952 terveydenhoitajan tehtävää eurooppalaisilla klinikoilla hoiti rouva Graham, jonka ansioksi on raporteissa mainittu kotivierailujärjestelmän kehittäminen sellaiseksi, kuin se koko viisikymmentä luvun oli. Vuodesta 1952 alkaen eurooppalaisille oli suunnattu kaksi klinikkaa Parkland ja Woodley, jotka molemmat olivat päiväkotien yhteydessä. Näin ollen molemmilla klinikoilla toimi omat terveydenhoitajansa. Oletettavaa on, että varsinkin varakkaammat eurooppalaiset ovat turvautuneet etenkin ennen 1950-lukua pitkälti yksityisten tahojen tarjoamiin neuvolapalveluihin.

4.3 Aasialaisten koulutus

Aasialaisen klinikan vastaavana lääkärinä toimi vuoteen 1952 Philippa Gaffikin, jonka jälkeen aasialaiset saivat oman osa-aikaisen lääkärinsä. Tätä tehtävää hoiti Blanche Harden. Tärkeässä roolissa oli myös neiti Pricilla Benjamin, jonka valvonnassa oli Ngara Roadin klinikka. Hän valvoi aasialaisten terveydenhoitajia, kättilöitä ja daita ja johti myös terveydenhoitajakurssia. Lisäksi kunkin klinikan johdossa toimi terveydenhoitaja. Vuonna 1949 aasialaisen väestön klinikoita oli kolme ja seuraava vuonna avattiin neljäs Viktoria Streetille. Vuonna 1949 aasialaisilla klinikoilla

¹⁴³ ARMH 1950, 4-5.

¹⁴⁴ ARMH 1949, 72-73.

toimi siis kolme terveydenhoitajaa ja kahdeksan terveydenhoitoapulaista. Vuonna 1952 päätettiin tehdä aasialaisen klinikoiden henkilökunnassa muutoksia. Henkilökunnassa haluttiin panostaa laatuun enemmän kuin määrään ja kun uudelta terveydenhoitajakurssilta valmistui hoitajia, niin terveydenhoitajien määrä lisättiin ja vastaavasti terveydenhoitoapulaisten määrää vähennettiin¹⁴⁵

Toiminnan alkuvuosina klinikalle tuli koulutettuja terveydenhoitajia (health visitors) Intiasta, jotka ottivat klinikat vastuulleen. Kasvava aasialaisväestö tarvitsi kuitenkin lisää palveluja, joten vuonna 1950 alkoi ensimmäinen aasialaisväestölle tarkoitettu terveydenhoitajan pätevyyden antava kurssi. Aasialaisia naisia koulutettiin terveydenhoitotyöhön ja joka vuosi aloitettiin uusi reilun vuoden mittainen koulutus. Tähän oli saatu siirtomaahallinnolta lupa, joka koski koko siirtokuntaa. Sitä, että aasialaisia naisia voitiin kouluttaa terveydenhoitajiksi Nairobissa, pidettiin merkittävänä saavutuksena. Koulutusta valvomaan perustettiin Hoitajaneuvosto (Nursing Council). Opiskelijat osallistuivat erilaisiin opastus ja neuvonta tilaisuuksiin klinikalla ja he tekivät myös käytännön harjoittelua. Heidän koulutukseensa kuului myös luennoille osallistuminen. Luennoilla annettiin tietoa anatomiasta ja fysiologiasta, terveydestä ja hygieniasta, kansanterveyden hallinnosta, lainsäädännöstä ja keskeisistä tilastotiedoista, tarttuvista taudeista, kätilönä toimimisesta, lasten hyvinvoinnista, lasten fysiologiasta, taloustietoa ja sosiaalisista ongelmista.¹⁴⁶ Vuonna 1953 terveydenhoitajakoulutusta pidennettiin 21 kuukauden mittaiseksi. Tällä toimenpiteellä nostettiin terveydenhoitajien koulutustasoa¹⁴⁷

Terveydenhoitajakoulutus oli ensimmäinen laatuaan koko siirtokunnassa. Jo ensimmäisenä vuonna kurssilta valmistui kuusi terveydenhoitajaa, joista osa oli jo aiemmin työskennellyt klinikalla. Tästä syystä klinikoilla järjestettäviä istuntoja jouduttiin hieman vähentämään, että henkilökunta pääsi osallistumaan koulutukseen. Vuoteen 1959 mennessä, jolloin alkoi taas uusi terveydenhoitajakurssi, oli kursseja pidetty yhteensä jo neljä kertaa ja jokaiselta kurssilta valmistui viidestä kahdeksaan terveydenhoitajaa.¹⁴⁸

Daille järjestettiin myös uudelleen koulutusta vuodesta 1942 lähtien. Dait olivat intialaisia perinteisiä kätilöitä. Monet aasialaisnaiset halusivat kaikkien mieluiten juuri dain hoitavan synnytyksen uskonnollisista ja kulttuurisista syistä. Heidän kanssa tehtyyn yhteistyöhön oltiin

¹⁴⁵ ARMH 1952, 74-76.

¹⁴⁶ ARMH 1949, 75: ARMH 1950, 72.

¹⁴⁷ ARMH 1953, 74.

¹⁴⁸ ARMH 1949, 75- 76.

tyytyväisiä, sillä raporteissa mainitaan, että nämä olivat nyt oppineet arvostamaan terveysosastolta saamansa apua. Daille järjestettiin viikoittain tapaamisia klinikalla, jossa he pystyivät keskustelemaan työssään kohtaamistaan ongelmista.¹⁴⁹

Klinikalla tehtiin yhteistyötä aasialaisten kättilöiden kanssa, jotka olivat itsenäisiä ammatinharjoittajia. Alkuun kättilöiden työskentelyyn kuitenkin oltu tyytyväisiä, sillä he eivät aina ilmoittaneet kaikista syntyneistä lapsista, vaan yrittivät näin säästää tuloveron maksussa. Osaa pidettiin myös ammattitaidottomina¹⁵⁰. Tätä tilannetta paransi vuonna 1952 se, kun kättilöistä ja daista alettiin pitää kaupungissa virallista rekisteriä. Kättilöille alettiinkin vuonna 1950 järjestää klinikoilla kertauskursseja, jotka koostuivat luennoista, demonstraatioista ja erilaisista vierailuista. Kurssien tarkoitus oli myös pitää yllä kontakteja kättilöihin ja daihin ja lisäksi heille tarjoutui mahdollisuus kysellä työhönsä liittyvistä kysymyksistä ja ongelmista. Kurssit tuottivatkin tulosta, sillä kättilöiden toimitaan oltiin jo 1950-luvun puolivälissä tyytyväisiä. Dait ja kättilöt hoitivat suurimman osan Nairobin alueella olevista aasialaisten synnytyksistä.¹⁵¹ Tämä lienee syynä siihen, että heidän koulutukseensa haluttiin kiinnittää huomiota ja tämä näkyi myös raporteissa, sillä kättilöiden ja daisien koulutuksesta mainittiin joka vuosi ja sitä pidettiin tärkeänä osana klinikan toimintaa.

Neuvolatoiminnan kasvu näkyi myös henkilökunnan määrän kasvussa aasialaisilla klinikoilla. Vuonna 1949 aasialaisten klinikoilla työskenteli vain kolme terveydenhoitajaa, mutta 1959 terveydenhoitajien määrä oli jo lisääntynyt kahteentoista. Samoin vuonna 1958 aasialaisklinikoilla saatiin kokopäiväinen lääkäri, kun aiemmin virkaa oli hoidettu osa-aikaisena. Jatkuvasta koulutuksesta huolimatta klinikoilla kärsittiin lähes koko ajan henkilökuntapulasta ja vaihtuvuus hoitajissa oli suurta aasialaisilla klinikoilla, mutta kaikkein hankalin tilanne henkilökunnan vaihtuvuuden suhteen oli kuitenkin afrikkalaisille suunnatuilla klinikoilla.¹⁵²

¹⁴⁹ ARMH 1950, 72, 76.

¹⁵⁰ ARMH 1950, 76.

¹⁵¹ ARMH 1950, 65; ARMH 1952, 79; ARMH 1955, 65-69; ARMH 1956, 77.

¹⁵² ARMH 1959, 74; 1958, 67.

4.4 Vastuuta afrikkalaisille

Afrikkalaisille suunnattujen klinikoiden henkilökunta oli raporteissa tarkasti jaettu eurooppalaiseen ja afrikkalaiseen henkilökuntaan. Vasta vuonna 1959 henkilökuntaa ei jaettu eurooppalaiseen ja afrikkalaiseen vaan henkilökunta esiteltiin ammatin perusteella. Afrikkalaisilla klinikoilla vastaava lääkäri vaihtui huomattavasti useammin kuin muilla väestöryhmillä. Esimerkiksi vuonna 1950 vastaavan lääkärin toimea hoiti ensin J.A.T Henry ja sitten O. Allen . Vuodesta 1953 lähtien afrikkalaisten klinikoilla työskenteli jo kaksi lääkäriä. ja vuonna 1959 saatiin jo kolmas lääkäri. Terveystenhoitajien esimiehenä toimi usean vuoden ajan rouva Dugmore ja hänen lisäksi afrikkalaisilla klinikoilla toimi vuonna 1949 viisi muuta eurooppalaista terveydenhoitajaa. Afrikkalainen henkilökunta koostui ensimmäisen ja toisen asteen terveydenhoitoapulaisista. Ensimmäisen asteen terveydenhoitoapulaisten taitoihin ei oltu aluksi tyytyväisiä ja heidän koulutukseensa toivottiin parannusta. Toisen asteen apulaiset eivät olleet päteviä, mutta kokeneita hoitajia.¹⁵³

Myös afrikkalaisia koulutettiin terveydenhuoltotehtäviin, sillä klinikoiden palveluiden käyttö kasvoi koko ajan.¹⁵⁴ Vuonna 1950 afrikkalaisia suunniteltiin jo afrikkalaisten sijoittamista vastuuseen osalle klinikoista, sillä toiveissa oli myös kahden uuden klinikan perustaminen. Kuitenkin klinikat pysyivät valkoisen terveystoimiston valvonnassa.¹⁵⁵ Moni afrikkalainen Nairobissa asukas alkoi olla jo 1950-luvulla verrattain hyvin koulutettu, jolloin ongelmaksi muodostui nuorempien afrikkalaisten terveydenhoitoapulaisten pätemättömyys. Terveystenhoitoapulaisilta vaadittiin jonkinlaista lukutaitoa ja vähintään vuoden kokemusta sairaalatyöskentelystä, mutta silti he olivat usein paljon sivistymättömämpiä kuin neuvottavat itse, joten henkilökunnan ammattitaitoa ja näin myös uskottavuutta haluttiin parantaa.¹⁵⁶

Yksi syy afrikkalaisen henkilökunnan lisäämiseen oli myös kielitaito, joka oli eräs ongelma afrikkalaisille suunnatuilla klinikoilla, sillä paikallisten kieliä ymmärtävää afrikkalaista henkilökuntaa ei ollut tarpeeksi. Eri yhteisöjen tuli olla henkilökunnassa tasaisesti edustettuina juuri kieli-ongelmien vuoksi. Tämän toteutuminen ei kuitenkaan ollut ongelmatonta. Afrikkalaisesta henkilökunnasta, joita esimerkiksi vuonna 1953 oli yhteensä 26, kikujuja oli 17. Henkilökuntaan kaivattiinkin kovasti luo-

¹⁵³ ARMH 1949. 82-83: 1959, 80.

¹⁵⁴ ARMH 1950, 4-5.

¹⁵⁵ ARMH 1950, 80-81.

¹⁵⁶ ARMH 1955, 69 : 1951, 73.

kieltä puhuvaa henkilökuntaa. Vaikka kikujujen tieto ja taitotasoa pidettiin korkeampana, niin kielikysymys katsottiin tätä seikkaa tärkeämmäksi ¹⁵⁷

Afrikkalaisten kouluttaminen terveydenhoitotehtäviin ei kuitenkaan ollut helppoa. Siirtomaahallinto ei ollut järjestänyt afrikkalaiselle väestölle kattavaa peruskoulutusta, joten tästä syystä pohjakoulutuksen omaavia afrikkalaisia oli vähän. Stressiä klinikoille aiheutti myös sopivien, hyvän pohjakoulutuksen omaavien opiskelijoiden löytäminen. Tämän ongelman poistamiseksi alettiin tehdä opetusministeriön kanssa yhteistyötä. Sovittiin, että opiskelijat tarvitsisivat suositukset koulunsa rehtorilta ja opiskelun alussa olisi kuuden kuukauden koeaika. Raporteissa mainitaan, että tästäkin toimenpiteestä huolimatta, klinikoilla oli vaikeuksia löytää tyttöjä, joilla olisi ollut sekä taitoa, että moraalista hoitaa terveydenhoitotehtäviä. Lisäksi kieliongelmat näkyivät ongelmina koulutuksessa, sillä afrikkalaisille ei voitu tarjota koulutusta heidän omalla kielellään.¹⁵⁸ Ongelmia oli myös afrikkalaisen oppimateriaalin puutteellisuuden vuoksi.¹⁵⁹ Toisaalta painetta afrikkalaisten koulutukseen lisäsi se, ettei klinikoille ollut enää 1950-luvun lopulla tulossa juuri uutta eurooppalaista henkilökuntaa. Vuoden 1959 raporttien mukaan oli jo nähtävissä, ettei eurooppalaisilla ollut enää mahdollisuutta luoda uraa Nairobissa, joten halukkaitakaan ei ollut enää samassa määrin kuin ennen.¹⁶⁰

Klinikoiden henkilökunnalle annettiin joka viikko opetusta ensiavusta, yleisestä terveydenhoidosta ja hygieniasta. Viikoittain järjestettiin myös luentoja siitä, kuinka heidän tulisi opastaa klinikan asiakkaita ja mitä asioita heidän tulisi neuvoa kotikäynneillä. Vuodesta 1953 annettiin uutena aihealueena opetusta myös lasten korvien, nenän ja suun tutkimiseen.¹⁶¹

Kun afrikkalaisille 1950-luvun alussa alettiin antaa lisää vastuuta klinikoiden toiminnasta, katsottiin, että he olivat kantaneet vastuunsa hyvin. Vuoden 1952 raportissa mainitaankin, että pian toivottaisiin jo saatavan afrikkalaisia terveydenhoitajia Afrikkalaisen terveydenhoitajan koulutukseen kuului neljän vuoden hoitajakoulutus (Nursing School) ja vuoden kättilökoulutus. Koulutus oli siis varsin pitkä ¹⁶²

¹⁵⁷ ARMH 1951, 72; ARMH 1953, 84; ARMH 1954, 82.

¹⁵⁸ Beck 1970, 150-151.

¹⁵⁹ MDAR 1945, 20.

¹⁶⁰ ARMH 1959, 68; ARMH 1956, 91.

¹⁶¹ ARMH 1953, 83.

¹⁶² ARMH 1952, 83.

Yleensäkin afrikkalaisille suunnatuilla klinikoilla pyrittiin kasvattamaan afrikkalaisen henkilökunnan osuutta, sillä näin säästettiin myös palkkakustannuksissa. Kuitenkin vuoden 1957 raporteissa mainitaan, etteivät koulutetut afrikkalaiset enää halua tulla valtion palvelukseen sillä palkalla, jota valtio heille tarjoaisi. Tämä lisäsi afrikkalaisten klinikoiden henkilökuntapulaa entisestään.¹⁶³ Lääkintähenkilökunnan palkkaus ei ollut tasaista. Kaikkein eniten ansaitsivat eurooppalaiset, sitten aasialaiset ja afrikkalaiset ansaitsivat kaikista vähiten. Vuonna 1942 afrikkalaisen lääkärin aloituspalkka oli 180 shillinkiä. Aasialaiset lääkärin palkka oli tähän verrattuna kaksin tai kolminkertainen ja eurooppalainen lääkäri ansaitsi noin kuusi kertaa enemmän.¹⁶⁴

Vaihtuvuus afrikkalaisten klinikoiden henkilökunnassa oli suurta. Henkilökunta koostui naisista, joten monet olivat pitkiäkin aikoja äitiyslomalla tai eivät palanneet enää lainkaan töihin lapsen saatuaan. Klinikoilla mietittiinkin, olisiko ollut järkevämpää palkata aviossa olevia naisia, jotka tulisivat todennäköisesti jäämän pian äitiyslomalle, vai naimattomia naisia, jotka olisivat vaille turvaa, ja heille tulisi järjestää asunto klinikan läheisyydestä. Äitiyslomalle jäävät naiset aiheuttivat ongelmia kaikkien väestöryhmien klinikoilla, sillä heidän tilalleen oli vaikeata saada uutta pätevää henkilökuntaa. Myös eurooppalaisen henkilökunnan ”meren takana” eli Isossa-Britanniassa vietettävistä lomista aiheutui henkilökuntavajetta, jota ei aina saatu täytettyä.¹⁶⁵

5. Neuvolapalvelujen kohtaamat ongelmat ja vastaanotto

5.1 Mau mau kansannousu ja polio-epidemia

Vuonna 1952 Keniassa puhjennut Mau Mau kansannousu, vaikutti kaikkien Nairobilaisten väestöryhmien terveyteen. Sen seurauksena järjestettiin operaatio Anvil, joka pyrki poistamaan kaupungista afrikkalaisen väestön väliaikaisesti tai kokonaan. Esimerkiksi puhtaanapitolaitokselta poistui afrikkalainen henkilökunta kokonaan, joten roskikset jäivät tyhjentämättä ja haju kuvailtiin

¹⁶³ ARMH 1951, 7: 1957, 81.

¹⁶⁴ Iliffe 1998, 78-79.

¹⁶⁵ ARMH 1952, 83.

todella kuvottavaksi ja tämän seurauksena myös taudit levisivät helposti. Mau maun takia julistettu hätätila vaikutti myös klinikoiden kävijämääriin kaikkien väestöryhmien keskuudessa. Kävijämääriä pudotti myös maan historian siihen asti pahin polio-epidemia, joka puhkesi vuonna 1945.¹⁶⁶

Mau mau kansannousu rajoitti osaltaan eurooppalaisille suunnattujen neuvolapalvelujen määrää, mutta suurempaa huolta eurooppalaisten keskuudessa aiheutti kuitenkin polio-epidemia, jonka takia klinikalla kävijöiden määrä laski, sillä klinikka toimi päiväkodin kanssa samassa rakennuksessa ja polion tartunnan pelossa äidit eivät enää uskaltaneet tuoda lapsiaan klinikalle. Polion vaaran takia ei myöskään enää annettu lainkaan rokotuksia, sillä jos altistus virukselle on tapahtunut, rokotus voi altistaa halvaukselle. Myös tämä vähensi käynnejä, sillä äidit katsoivat, että jos rokotuksia ei anneta, ei ole mitään syytä käydä klinikoilla. Kävijämäärät alkoivat taas nousta poliittisen tilanteen rauhoituttua. Vuonna 1955 kävijämäärät lisääntyivät lähes 70%:lla.¹⁶⁷

Polio-epidemiolla ei ollut suurta vaikutusta aasialaisten terveyteen, sillä siihen rekisteröitiin menehtyneen vain yhden aasialaisen lapsen. Kuitenkin kun epidemian seurauksena rokotukset kiellettiin, niin äidit eivät enää uskaltaneet myöhemmin ottaa tarpeellisia rokotuksia lapsilleen ja käynnit klinikalla laskivat.¹⁶⁸ Samoin kuin eurooppalaisilla, myös aasialaisten keskuudessa kävijämäärät lähtivät nousuun 1950-luvun puolivälissä, kun poliittinen tilanne rauhoittui ja poliosta ei ollut enää niin suurta vaaraa.¹⁶⁹

Mau Mau kansannousun johdosta monet afrikkalaisista alkoivat suhtautua eurooppalaisiin varauksellisemmin. Ihmiset pelkäsivät leimautumista eurooppalaisia suosiviksi. Kotivierailuja jouduttiin ensin vähentämään, sillä eurooppalaiset terveydenhoitajat eivät olleet enää kaikkiin koteihin tervetulleita. Turvallisuutta yritettiin myös parantaa tekemällä kotivierailut aina pareittain ja palkkaamalla klinikoille vartijoita. Lopulta kotivierailut lopetettiin kokonaan ja osa klinikoista sulki ovensa vuonna 1952 julistetun hätätilan takia ja klinikat avasivat ovensa vasta seuraavana vuonna. Myös käynnit klinikoilla vähenivät. Äidit kävivät klinikoilla vain jos tulivat sairaiksi tai jos halusivat kortin, jolla sai alennusta sairaalasyntytyksistä.¹⁷⁰ Poliittinen tilanne alkoi rauhoittua vasta

¹⁶⁶ ARMH 1954, 72 : ARMH 1955, 56-57.

¹⁶⁷ ARMH 1954, 72 : ARMH 1955, 56-57.

¹⁶⁸ ARMH 1954, 79-87.

¹⁶⁹ ARMH 1956, 70-74.

¹⁷⁰ ARMH 1952, 86: ARMH 1953, 86.

vuonna 1955, mutta silti oli vielä vaikeuksia kontaktien muodostamisessa afrikkalaisiin. Toisaalta kansannousun johdosta alettiin neuvolapalveluja laajentaa Nairobin lähiympäristöön. Siirtomaahallinto perusti kyliä afrikkalaisten reservaatteihin Nairobin lähelle suojellakseen talonpoikia kansannousuliikkeen iskuilta ja näihin kyliin järjestettiin myös neuvolatoimintaa.¹⁷¹

Raporteissa oli nähtävissä poliittisen tilanteen epävakaus. Raportin laatija pohtii esimerkiksi, miten käy terveyspalvelujen ja mitä toiveita tällä osastolla on terveyspalvelujen järjestämisestä, jos ja kun afrikkalainen enemmistö ottaa vallan”.¹⁷² Vaikka poliittinen tilanne siis toistaiseksi rauhoittuikin, oli viisikymmenluvun raporteissa mielestäni nähtävissä tilanteen muuttuminen ennen kaikkea afrikkalaisille suunnatuista neuvolapalveluista kertovan osuuden kohdalla. Vuoden 1959 kohdalle oli raporttiin lisätty yleinen toimintakertomus toiminnan kehittymisestä vuosien varrelta. Siinä mainitaan, että nyt oli vaikeuksia saada klinikoille enää pätevää eurooppalaista henkilökuntaa, sillä siirtolaiset eivät enää voineet odottaa tekevänsä uraa Keniassa, sillä on luotu paineita täyttää virat afrikkalaisilla, vaikkei heillä siihen vielä pitkään aikaan katsottukaan olevan koulutusta ja ammattitaitoa.

5.2 Kulttuurisia ongelmia

Länsimainen lääketiede kohtasi Keniassa perinteisen afrikkalaisen parantamisen ja terveydenhoidon perinteet , johon kuuluivat olennaisesti maagiset ja henkimaailman asiat, joiden tehokkuutta ei voitu tieteellisesti näyttää toteen. Perinteisen lääketieteen harjoittajissa oli eroja. Osa katsottiin kuuluvaksi yrteillä parantajiin ja osaa nimitettiin ”noitatohtoreiksi”. Parantajiin suhtauduttiin myönteisemmin, mutta ”noitatohtoreiden toimiin katsottiin tarpeelliseksi puuttua toimintaa rajoittavilla lailla, sillä heidän sanottiin aiheuttavan yleistä levottomuutta ja olevan uhkaksi yhteiskunnalle. Länsimaisen lääketieteen kannalta ongelmalliseksi katsottiin esimerkiksi paikallisten keinot hoitaa isorokkoon sairastuneita lapsia. Lapset vietiin kylän läheisyydessä sijaitsevalle harjanteelle ja tautia ajettiin symbolisesti pois sairaasta lapsesta kepeillä huiতোen ja pyytäen apua hengiltä. Kuitenkin niin kauan

¹⁷¹ Beck 1981, 22-23.

¹⁷² ARMH 1959, 7-8.

kuin riitit eivät häirinneet siirtomaahallinnon rokotuskampanjoita, niin niihin ei puututtu.¹⁷³ Vaikka Kenian viranomaiset eivät hyväksyneet perinteisiä lääketieteen menetelmiä, ei toimintaa kuitenkaan kielletty. Sairaanhoidtoa klinikoilla ja sairaaloissa sai harjoittaa kuitenkin vain brittiläisen toimiluvan saanut henkilö.¹⁷⁴

Länsimaisen lääketieteen kannalta katsottuna pahoja ongelmia aiheutti myös afrikkalaisten yhteisöjen harjoittama ympärileikkaus. Varsinkin jos se suoritettiin taitamattomasti ja huonoilla epähygieenisillä välineillä, saattoi siitä olla seurauksena vakavia komplikaatioita. Nainen saattoi toimenpiteen seurauksena esimerkiksi menettää peräsuolen sulkijalihaksensa.¹⁷⁵ Tämä aiheutti ongelmia myös siinä mielessä, että toisaalta viranomaiset halusivat vastustaa tätä länsimäisen lääketieteen kannalta turhaa ja kivuliasta toimenpidettä, mutta toisaalta ymmärrettiin, että ainoa tapa saada afrikkalaiset hyväksymään länsimäinen lääketiede oli voittaa afrikkalaisten luottamus. Tästä syystä ylimmät lääkintäviranomaiset eivät halunneet puuttua ympärileikkaukseen, vaikka monet paikalliset lääkärit ja etenkin lähetysasemat, sitä vastustivatkin. Ainoana keinona ympärileikkauksen vähentämiseen nähtiinkin valistus ja propaganda.¹⁷⁶ Tilanne oli hallinnonviranomaisille hankala, sillä ympärileikkaus aiheutti kitkaa Kikujujen kansallisen liikkeen (Kikuyu Central Association) ja lähetysasemien välille. Viranomaiset eivät olisi halunneet tukea lähetysasemia, sillä toimintatavoista oltiin heidän kanssaan eri linjoilla ja kansallinen liike vaati, ettei afrikkalaisiin tapoihin puututtaisi, vaikka ihmishenkiä menetettäisiinkin.¹⁷⁷ Ympärileikkaus oli kikujuyhteisön jäsenille merkittävä riitti ja se merkitsi naiselle siirtymistä lapsuudesta aikuisuuteen ja myös tulemistä täysivaltaiseksi kikujuyhteisön jäseneksi. Kikujunaiset usein kuvailivatkin ympärileikkausta kaikkein tärkeimmäksi, mutta myös kivuliaimmaksi tapahtumaksi elämässään. Eräs vuonna 1910 syntynyt kikujunainen on kuvannut ympärileikkausta seuraavasti. ”Anybody who has not felt the pain of *Irua*, (circumcision) cannot abuse me.....From *Irua* I learned what it meant to be grown up, with more brains...Also from *Irua* I learned what it means to be pure Mugikuyu- to have earned the stage of maturity when , being a circumcised person, one no longer moves about with those not yet circumcised”. Länsimaisten oli vaikea ymmärtää tätä kikujuille merkittävää sosiaalista tapahtumaa ja sitä kuvailtiin siirtomaahallinnossa barbaariseksi ” juts emerging from a state of barbarism”. Kikujujen kansallisessa liikkeessä kysymys ympärileikkauksesta nähtiin myös

¹⁷³ Beck 1986, 101.

¹⁷⁴ Iffe 1998, 29.

¹⁷⁵ AMRH 1949, 66.

¹⁷⁶ Beck 1970, 92,102.

¹⁷⁷ Beck 1974, 100.

osana itsenäisyyspyrkimyksiä, mutta brittihallinnossa asia nähtiin ennemminkin erillisenä tapahtumana.¹⁷⁸

Ympärileikkaus ei ollut ainoa ongelma länsimaisen lääketieteen kannalta katsottuna, vaan ongelmia aiheutti yleensäkin eurooppalaisten suhtautuminen traditionaaliseen lääketieteeseen. Kuten jo mainitsinkin, afrikkalaiset haluttiin saada luottamaan lääkäreihin ja annettuihin neuvoihin ja lääkkeisiin, mutta ongelma muodostui siitä miten suhtauduttaisiin paikallisten harjoittamaan traditionaaliseen lääketieteeseen. Toisaalta ei haluttu tuhota afrikkalaisten perinteistä yhteiskuntaa, mutta toisaalta moderni lääketiede ei soveltunut elämäntapaan, jossa annettiin suurempi arvo henkien kanssa kommunikoinnille kuin tieteelle, joka yrittää löytää luonnolliset selitykset sairauksille. Siirtomaahallinnon alkuvuosina perinteiseen lääketieteeseen suhtauduttiinkin torjuvammin ja sen tilalle koetettiin tuoda länsimaista lääketiedettä, Siirtomaahallinnon tarjoamia terveydenhoitopalveluja tutkinut Beck väittää, että jo 1920-luvulta lähtien suhtautuminen perinteiseen terveydenhoitoon muuttui myönteisemmäksi ja alettiin myös ymmärtää länsimaisen lääketieteen vaikutuksista perinteisen tapaan hoitaa sairauksia. Beckin mukaan hallinnossa katsottiin nyt siirtomaahallinnon tehtävän olevan suojella perinteistä afrikkalaista parantamista. Beck katsoo, että siirtomaahallinto ei kuitenkaan ollut taho, joka joutui kantamaan vastuuta länsimaisen lääketieteen tuhoisista vaikutuksista perinteiselle terveydenhoidolle, vaan suuren vastuun tästä jakoivat lähetysasemat, jotka olivat eniten kosketuksissa varsinkin maaseudun väestön kanssa.¹⁷⁹

Kuitenkin monissa tutkimuksissa myös väitetään, ettei länsimaisen lääketieteen tuhoisia vaikutuksia perinteiselle terveydenhoidolle ymmärretty ennen Afrikan maiden itsenäistymistä, jolloin perinteisestä parantamisesta alettiin kiinnostua uudelleen. Priscilla Ulinin mukaan monet afrikkalaiset kohtasivat perinteisen parantamisen ja poliittisten voimien välisen konfliktin siten, että he hyväksyivät ainakin joitakin osin länsimaisen lääketieteen ja siirtomaaisäntien tavoitteita. Sairastuttuaan ihmiset oppivat erottamaan oireet siitä, milloin tuli kääntyä mekaanisen ja persoonattoman länsimaisen lääketieteen pariin ja milloin apua haettiin perinteiseltä parantajalta.¹⁸⁰ Tutkimusaineistona käyttämieni raporttien perusteella näyttäisi mielestäni siltä, että länsimaisten suhtautuminen afrikkalaiseen parantamiseen ei olisi ollut myönteinen, sillä raporteissa on useasti

¹⁷⁸ Pedersen 1991, 649-650.

¹⁷⁹ Beck 1974, 100.

¹⁸⁰ Ulin 1980, 1-2.

mainittu perinteisen terveydenhoidon aiheuttamista ongelmista, jollaisia olivat esimerkiksi viivästyksset länsimaiseen hoitoon hakeutumisessa.

Afrikkalaisten keskuudessa klinikalla aiheuttivat huolta työssä käyvät äidit, sillä usein pieniä lapsia jätetään nuorille hoitajille (ayah), jotka eivät useinkaan olleet juuri hoitajiaan vanhempia. Pelättiin, etteivät nämä vuoret hoitajat olleet tarpeeksi päteviä pitämään huolta pienistä lapsista. Toisaalta hoitajia yritettiin houkutella käymään klinikan istunnoissa saamassa neuvoja esimerkiksi lasten hoitamisessa ja ruuan laitossa. Työssäkäyviä naisia oli myös kotisairaanhoidajien vaikea tavoittaa, eikä heihin pystytty luomaan läheisiä kontakteja, mikä koettiin ongelmaksi, sillä afrikkalaiset eivät aineiston mukaan luottaneet klinikan henkilökuntaan, ennen kuin tunsivat nämä henkilökohtaisesti.¹⁸¹ Erään ongelman muodosti neuvolatoiminnalle myös afrikkalaisten liikkuvuus. Usein säännölliset tarkastukset jäivät esimerkiksi raskaana oleville naisille tekemättä, kun afrikkalaiset eivät välttämättä olleet kaupungin alueella kuin muutaman kuukauden vuodesta.¹⁸²

Raporteissa mainitaan lastenhoidon olleen yksi Nairobien suurimmista ongelmista, joka huolestutti myös klinikoiden henkilökuntaa. Ensinnäkin mainitaan, ettei nuorille ollut tarpeeksi kouluja, joten he viettivät paljon aikaa jengeissä, jotka tekivät tuhotöitä, eikä näiden lasten elämässä katsottu olevan minkäänlaista kuria. Toiseksi leikki-ikäiset lapset tarvitsevat ruokaa, hoitoa ja ohjausta. Vastuu lapsista jätettiin nuorille alle kymmenenvuotiaille lastenhoitajille ”ayahille”, myöskin pieniä lapsia jätettiin vain vähän vanhempien lasten hoivaan tai pahimmassa tapauksessa täysin vahtimatta vanhempien ollessa töissä. Tämä ei suinkaan ollut pelkästään afrikkalaisen ja aasialaisen väestöosan ongelma, vaan se kosketti myös eurooppalaisia. Raporteissa mainitaan, kuinka yhä useammin eurooppalaisissakin perheissä myös perheen äidin oli taloudellisista syistä käytävä töissä. Näin lapset jäivät usein vaille asianmukaista hoitoa.¹⁸³

Eurooppalaisten kohdalla suurimpana ongelmana mainittiin työssäkäyvät äidit, joiden määrä oli koko ajan kasvussa. Näin äideillä ei katsottu olevan enää tarpeeksi aikaa lapsilleen. Eräs vaikeus oli myös se, että äidit halusivat näyttää lapsiaan lähes viikoittain, vaikkei se ollut terveiden lasten kohdalla lainkaan tarpeellista. Kun heille huomautettiin tästä asiasta tunsivat jotkut äidit jäävänsä neuvolapalvelujen ulkopuolelle.

¹⁸¹ ARMH 1959, 84 : ARMH 1956, 84.

¹⁸² ARMH 1949, 65.

¹⁸³ ARMH 1954,84. ARMH 1958, 67.

Nairobini väestö kasvoi tutkimallani aikavälillä hyvin nopeasti. Vuosina 1948-1962 kasvuvauhti oli 6 prosenttia vuodessa.¹⁸⁴ Ilmeisesti juuri tästä syystä sekä jatkuvasta varojen ja henkilökunnan leikkauksista johtuen kaikkien väestöryhmien neuvolatoiminnan vaikeutena olivat taloudelliset ongelmat ja lähestulkoon jatkuva henkilökuntapula. Kuitenkin rahapula ja pätevän henkilökunnan puute vaivasi myös maaseudun neuvoloita. Niiden rahoittamisesta huolehti paikallisista koostuva hallintoyksikkö (Local Native Council). Vaikka sillä olikin verotusoikeus, sen kyky huolehtia neuvoloiden toiminnasta oli heikko. Henkilökuntaongelma korostui entisestään 1950-luvulla, jolloin eurooppalaisiakin alkoi jo olla vaikea saada terveydenhoitotyöhön. Siirtomaahallinto ei ollut järjestänyt väestölle riittävää perusopetusta ja tämä vaikutti myös osaltaan vaikeuteen saada pätevää afrikkalaista henkilökuntaa. Afrikkalaisten kouluttaminen terveydenhoitotehtäviin oli vaikeaa sillä, niitä joilla oli jonkinlainen pohjakoulutus oli vähän.¹⁸⁵ Vaikka siis afrikkalaisia olisikin haluttu kouluttaa terveysalan ammatteihin, sen toteuttaminen ei ollut helppoa.

5.3 Neuvolapalvelujen vastaanotto

Ensimmäisen maailmansodan jälkeen afrikkalaisia yritettiin houkutella ottamaan vastaan länsimainen lääketiede ja terveyspalvelut opetuksen ja propagandan keinoin. Tullessa 1940-luvun lopulle tilanne oli muuttunut siten, että nyt afrikkalaiset itse alkoivat vaatia terveyspalveluja jopa siinä määrin, ettei siirtomaahallinto enää kyennyt vastaamaan terveyspalvelujen kysyntään. Tämä vaikutti myös osaltaan neuvoloiden nopeaan leviämiseen ja afrikkalaisen henkilökunnan kouluttamiseen. Toisaalta neuvolapalvelujen tarjonta sai monet afrikkalaiset tuntemaan, että siirtomaahallinnossa välitettiin heidän terveydestään.¹⁸⁶

Neuvolapalvelut otettiin kaikissa väestöryhmissä mielellään vastaan. Tosin erilaiset epidemiat ja poliittisen tilanteen epävarmuus laskivatkin klinikoiden kävijämääriä, muutokset eivät olleet pysyviä, vaan tilanteen rauhoituttua kävijämäärät alkoivat taas kasvaa. Kävijämääriin vaikutti

¹⁸⁴ Mugo 1974, 161.

¹⁸⁵ Beck 1981, 22. Beck 1970, 150-151.

¹⁸⁶ Beck 1970, 131-134.

kaikkein merkittävimmin Mau mau kansannousu vuonna 1952, jolloin kävijämäärät laskivat kaikilla klinikoilla. Raporteissa mainitaan, että kansannousun aikaan äitien suurin huoli liittyi siihen, ettei lapsi joutuisi kokemaan väkivaltaa. Lapsen muusta terveydestä huolehtiminen tuli vasta toisella sijalla. Rajuimmin kansannousu näkyi kuitenkin afrikkalaisilla klinikoilla, sillä afrikkalaisten ei ollut suotavaa olla tekemisissä valkoisten kanssa. Tästä syystä myös kotivierailut afrikkalaisiin koteihin jouduttiin jättämään kunnes tilanne rauhoittui jälleen 1952.

Toisinaan afrikkalaisten ennakkoluulot länsimaista lääketiedettä kohtaan tuottivat ongelmia. Lääkintähenkilökuntaa syytettiin usein noituudesta. Etenkin verikokeiden ottamista pelättiin, sillä sen pelättiin olevan merkki kannibalismista tai noituudesta. Joillakin paikoin länsimainen terveydenhoitohenkilökunta sai pelätä jopa henkensä puolesta. Myös sairaaloita pelättiin ja varsinkin leikkaussali, eli paikallisten keskuudessa ”huone, jossa leikeltiin ihmisiä”, herätti pelkoja.¹⁸⁷

Myös palvelujen järjestäjät kokivat oman työnsä tarpeelliseksi, sillä varsinkin aasialaisten ja afrikkalaisten äitien ja lastenterveydessä oli paljon toivomisen varaa. Eräänä syynä neuvolapalvelujen hyvään vastaanottoon lienee ollut se, että palvelut olivat ilmaisia, vaikkakin lääkkeistä ja osasta rokotuksia veloitettiin kulut kattava summa. Etenkin kotikäynnit otettiin raporttien mukaan ilolla vastaan ja henkilökunnan antamiin neuvoihin suhtauduttiin kunnioittavasti. Lääkintöosaston vuosittaisissa raporteissa mainitaan, että kaikkein suurin merkitys länsimaisen lääketieteen hyväksymiseen on ollut juuri neuvolatoiminnalla ja samoin myös neuvolatoimintaa kohtaan on asenne muutos ollut kaikista suurin verrattuna muihin terveyspalveluihin.¹⁸⁸

Klinikat tavoittivat hyvin suuren osan Nairobien väestöstä. 1950-luvun lopulla neuvolapalvelujen katsottiin raporttien mukaan tavoittavan lähes kaikki Nairobissa syntyneet eurooppalaiset. Myös aasialaiset ja afrikkalaiset saatiin hyvin mukaan neuvoloiden toimintaan. Esimerkiksi vuonna 1957 afrikkalaisia oli Nairobissa 115 00 ja heille suunnatuilla klinikoilla oli käyntejä yhteensä 232 343. Aasialaisia oli kaupungissa noin 84 500 ja käyntejä klinikoilla 32 438 ja lisäksi vielä kotikäynnit joita tehtiin aasialaisten koteihin yli 55 00. Tästä voi mielestäni päätellä, että neuvolapalvelut tavoittivat suuren osan kaupungissa asuvista äideistä ja lapsista. Toisaalta 1950-luvun viimeisinä

¹⁸⁷ Iiffe 1998. 53.

¹⁸⁸ MDAR 1937, 2.

vuosin kävijämäärät laskivat hieman, sillä Nairobiin oli perustettu uusia terveysasemia, jolloin osa klinikoiden tehtävistä siirtyi niille ja klinikoiden vastuulle jäi ennen kaikkea neuvontatyö.

6. Neuvolatoiminnan arviointia

6.1 Lasten kuolleisuus ja yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa

Lasten kuolleisuus on laskenut suurimmassa osassa Afrikan maita aina toisesta maailmansodasta lähtien. Yleisesti ottaen 1950- luvulla Afrikassa syntyneistä lapsista kuoli 30 - 40 prosenttia ennen viiden vuoden ikää. Afrikan mantereen eri osien ja maiden lapsikuolleisuusluvuissa oli kuitenkin huomattavia eroja. Kaikkein suurin lapsikuolleisuus oli läntisessä Afrikassa, jossa 1950-luvulla kuoli 30- 40 prosenttia syntyneistä lapsista. Seuraavaksi yleisintä lasten kuolleisuus oli Keski-Afrikassa, jossa lasten kuolleisuus oli 250- 300 promillen luokkaa. Keskivaiheille lapsikuolleisuudessa sijoittuu myös Itä-Afrikka ja matalinta lapsikuolleisuus oli Etelä-Afrikassa, ollen 150- 250 promillea. Monissa maissa kuolleisuus alkoi laskea merkittävästi vasta 1970-luvulle tultaessa. Kuitenkin oli paljon myös maita jossa lasten kuolleisuus alkoi laskea jo 1950-luvulla tai aiemmin. Esimerkki tällaisesta maasta on Ghana, jossa lasten kuolleisuus kääntyi laskuun jo 1940-luvulta alkaen. Myös Keniassa lapsikuolleisuuden lasku alkoi jo 1940-luvulla ja kuolleisuuden lasku oli merkittävää. Kuolleisuus laski 1940-luvun lopun 26 prosentista 15 prosenttiin 1970-luvun loppuun mennessä.¹⁸⁹

Lapsikuolleisuus nähdään usein yleiseen väestön terveyteen liittyvänä indikaattorina. Kuitenkin lapsikuolleisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat myös syntymien välit. Lapsilla, jotka syntyvät kahden vuoden sisällä toisistaan on kaksi kertaa suurempi riski kuolla kuin lapsilla, joiden syntymän välissä on neljä vuotta.¹⁹⁰ Myös äidin koulutuksen määrän on katsottu vaikuttavan lasten kuolleisuuteen,

¹⁸⁹ Hill 1991, 38-41.

¹⁹⁰ Kuusi 1992, 24.

siten, että kouluttamattomien naisten lasten kuolleisuusriski olisi suurempi kuin koululettujen. Kuitenkin on tehty myös tutkimuksia, joiden mukaan äitien koulutuksella ei olisikaan niin suurta vaikutusta lasten kuolleisuuteen kuin on väitetty.¹⁹¹

Tarkastelen seuraavassa eri väestöryhmien lasten kuolleisuutta ja yleisimpiä kuolinsyitä Nairobissa. Tutkin näkyikö Nairobin alueella kuolleiden alle vuodenikäisten lasten määrissä muutoksia. Tarkastelen vastasyntyneiden, alle kuukauden ikäisten lasten, kuolinsyitä erillään vanhemmista lapsista siksi, että vastasyntyneiden lasten kuolinsyyt eroavat huomattavasti alle vuoden ikäisten kuolinsyistä. Kuolinsyitä koskevat tiedot olen saanut raporteissa olleista kuolinsyyluetteloista, jotka ovat paikoin hyvin yksityiskohtaisia. Tällä tarkoitan sitä, että kuolemaan johtaneet sairaudet tai muut tekijät on diagnosoitu tarkasti ja näin ollen kuolinsyitä on kymmenittäin. Tietojen käsittelyn ja purkamisen helpottamiseksi olen yhdistellyt joitakin samantyyppisiä kuolinsyitä saman kategorian alle. Olen maininnut näistä seikoista alaviitteissä ja liitteenä on kuolinsyistä suomeksi käännetty lista.¹⁹²

Seuraavia tietoja käsiteltäessä on muistettava, että tiedot eivät välttämättä ole kovinkaan luotettavia, etenkin afrikkalaisen väestön osalta. Kuten jo aiemmin olenkin maininnut, afrikkalainen väestö oli liikkuvaa ja näin kaikki kuolemantapaukset eivät välttämättä tulleet viranomaisten tietoon ja etenkin kuolinsyistä ei välttämättä voi olla varma, jos kuolinsyytä ei todennut lääkäri vaan esimerkiksi kätilö tai dai.

6.2 Vastasyntyneiden kuolleisuus

Kaikkien väestöryhmienkohdalla alle kuukauden ikäisten lasten yleisin kuolinsyy oli ennenaikaisuus. Afrikkalaisvauvojen kohdalla ennenaikaisuudesta johtuvia kuolemia oli tarkasteleminani vuosina yhteensä 766 tapausta. Muita yleisiä vastasyntyneiden kuolinsyitä olivat syntymässä saadut vammat, hapenpuute ja sydänvika. Sairaudesta johtuvia yleisiä kuolinsyitä olivat pesäkekeuhkokuume, muut keuhkotulehdukset ja mahan- ja ohutsuolentulehdukset sekä syfilis, joka

¹⁹¹ Desai ja Alva, 1998, 71.

¹⁹² katso liite 5.

oli erityisesti afrikkalaisille vastasyntyneille tyypillinen kuolinsyy. Syfilikseen menehtyi seuraamanani aikana yhteensä 53 vastasyntyntä afrikkalaista ja korkeimmillaan määrä oli vuonna 1950, jolloin syfilikseen menehtyi yhteensä 20 lasta. 1950-luvun alkuvuosia lukuun ottamatta syfilistapaukset olivat harvinaisempia, vain muutamia tapauksia vuodessa.¹⁹³ Näyttäisikin siltä, että syfiliksestä johtuvat vauvakuolemat saatiin hallintaan siirryttäessä 1950 –luvun lopulle.

Taulukko 4. Afrikkalaisten vastasyntyneiden lasten yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949-1959

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	yht.
ennenaikaisuus ¹⁹⁴	67	62	57	48	50	28	115	101	99	85	54	766
syntymässä saatu vamma ¹⁹⁵	13	13	15	11	2	1	2	2	1	13	19	92
keuhkojen kehittymättömyys ¹⁹⁶	7	7	5	1	1	11	9	10	12	8	11	82
pesäkekeuhkokuume	3	5	11	6	7	5	8	7	17	20	5	94
keuhkotulehdus ¹⁹⁷	3	2	4	3	5	1	5	3	7	2	10	45
mahan- ja ohutsuolen tulehdus	5	2	2	6	1	3	2	5	2	5	10	43
sydänvika	1	1		5	1	7	5	11	6	3	6	46
syfilis	9	20	8	1	1	3	7	3	1			53

Lähde: ARMH 1949-1950

Aasialaistenkin vastasyntyneiden lasten yleisimmät kuolinsyyt olivat suunnilleen samoja kuin afrikkalaisen väestön kohdalla. Yleisin kuolinsyy oli ennenaikaisuus, johon menehtyi yhdentoista vuoden aikana kaiken kaikkiaan 617 aasialaisvauvaa. Toiseksi yleisimmät kuolinsyyt olivat hengitysvaikeudet ja pesäkekeuhkokuume, joihin kumpaankin menehtyi yhteensä 72 vauvaa. Lisäksi yleisiä kuolinsyitä olivat muut keuhkotulehdukset, syntymässä saadut vammat, mahan- ja ohutsuolen tulehdukset sekä sydänvika.¹⁹⁸ Aasialaisilla lapsilla näyttäisi tilastojen perusteella olleen myös muita väestöryhmien useammin kuolinsyynä pämuodostumia. Hieman kummastusta herätti kuolinsyynä käytetty termi `monster`, jonka käännöksiä suomenkielelle ovat hirviö ja epäsikiö. Olen sisällyttänyt termin epämuodostumiin, sillä se esiintyi aina muiden epämuodostumien

¹⁹³ katso taulukko 4.

¹⁹⁴ ennenaikaisuudella tarkoitetaan tässä raskautta, joka on kestänyt vähemmän kuin 37 viikkoa.

¹⁹⁵ Syntymässä saatu vamma – kategorian alle laitetut termit: birht injury , difficult birth

¹⁹⁶ Keuhkojen kehittymättömyys sisältää seuraavat sairaudet: asphyxia, asphyxia neonatorum, atelectasis

¹⁹⁷ Muu keuhkotulehdus sisältää seuraavat sairaudet : bilateral pneumonia, lobar pneumonia, aspiration pneumonia, pneumonia undefined

¹⁹⁸ katso taulukko 5.

yhteydessä. Mielenkiintoista oli myös se, että kuolinsyynä tämä esiintyi vain aasialaisten ja afrikkalaisten lasten kohdalla. Ehkä eurooppalaisten lasten ei katsottu voivan olla `monstereita` ja näin heidät on laitettu jonkin muun kuolinsyyn alle.

Taulukko 5. Aasialaisten vastasyntyneiden yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949-1959

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	yht.
ennenaikaisuus	33	51	53	52	55	49	68	75	74	57	50	617
syntymässä saatu vamma	6	6	3	3	1	6		4		6	5	40
keuhkojen kehittymättömyys	9	7	2	2	13	8	4	6	7	10	4	72
pesäkekeuhkokuume	8	5	5	7		6	4	8	12	13	4	72
muu keuhkotulehdus	4	9	9	12	12	4	5	4	6		1	66
ohut ja paksusuolen tulehdus	3	5	4	5		4	1	2	1	3	4	32
sydänvika	3	3		2			2	1	3	1		15
epämuodostumat	1	1	1		3	2	2	5	2	2	3	22

Lähde: ARMH 1949 -1950

Ennenaikaisuuden jälkeen toiseksi yleisin alle kuukauden ikäisten eurooppalaisvauvojen kuolinsyy on ollut hengitysvaikeudet. Muita yleisiä kuolinsyitä olivat sydänvika ja syntymässä saadut vammat. Useammin kuin kerran kuolinsyynä esiintyivät eurooppalaisvauvojen keskuudessa myös erilaiset epämuodostumat ja keltaisuus. Eurooppalaisia lapsia ei kuitenkaan yhtään kertaa luokiteltu `monstereiksi`, epäsikiöiksi, vaan heidän kohdallaan puhuttiin muista synnynnäisistä epämuodostumista, `other congenital malformations`¹⁹⁹.

Taulukko 6. Eurooppalaisten vastasyntyneiden yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949-1959

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	yht.
ennenaikaisuus	1	2	1	1	2	6	4		8	13	8	46
syntymässä saatu vamma	1	1	1				1	2				6
keuhkojen kehittymättömyys	2	2	2	1	2			1			1	11
sydänvika	2		2	1		1						7
keltatauti		1	1									2
epämuodostumat			1						1	1		3

Lähde: ARMH 1949-1959

¹⁹⁹ ARMH 1951, 16.

6.3 Alle vuoden ikäisten lasten yleisimmät kuolinsyyt

Kuten taulukosta 7 on nähtävissä, alle yksivuotiaiden afrikkalaislasten yleisin kuolinsyy oli tarkkailemani aikana pesäkekeuhkokuume, johon menehtyi vuosina 1949 - 1959 yhteensä 590 lasta. Tautiin kuolleiden määrä vaihteli vuosittain ollen korkeimmillaan vuonna 1951, jolloin pesäkekeuhkokuumeeseen menehtyi 66 afrikkalaislasta ja alhaisimmillaan vuonna 1959, jolloin menehtyneitä oli vain 38. Yleisesti ottaen tautiin menehtyneiden määrä laski vuosittain lukuun ottamatta vuotta 1958, jolloin pesäkekeuhkokuumeeseen on kuollut 68 lasta, kun aikaisimpina vuosina määrä oli 40 menehtyneen tietämällä.

Toinen lähes yhtä yleinen kuolinsyy alle yksivuotiaiden afrikkalaislasten keskuudessa oli mahan- ja ohutsuolen tulehdus, johon kuoli yhteensä 465 afrikkalaislasta. Tautiin menehtyneiden määrässä oli huomattavasti enemmän vaihtelua, kuin pesäkekeuhkokuumeen kohdalla. Eniten suolistotulehdukseen kuoli lapsia vuonna 1956, määrän ollessa peräti 71, kun taas vuonna 1949 kuolleita oli vain 18. Keuhkotulehdus oli myös afrikkalaisten keskuudessa yleinen kuolinsyy ja tähän sairauteen menehtyi kaiken kaikkiaan 182 lasta. Sairauteen menehtyneitä oli eniten, 43 tapusta vuonna 1953, jonka jälkeen määrä laski roimasti ollen välillä usean vuoden ajan alle kymmenessä. Samoin kuin aasialaisen väestön keskuudessa, myös afrikkalaisten lasten yleisenä kuolinsyynä oli aliravitsemus, johon kuolleiden määrä pysytteli kymmenen tapauksen tietämällä, lukuun ottamatta vuosia 1950 ja 1951, jolloin aliravitsemukseen menehtyi vain muutama lapsi.²⁰⁰

Muita nimenomaan afrikkalaiselle väestölle tyypillisiä kuolinsyitä olivat tuberkuloosi ja hinkuyskä. Näitä sairauksia ei juuri esiintynyt aasialaisten keskuudessa ja eurooppalaisia lapsia ei näihin tauteihin menehtynyt lainkaan.²⁰¹ Juha Hieta on tarkastellut siirtomaahallinnon toimia malarian ja tuberkuloosin ehkäisyssä Keniassa. Hän on tullut siihen tulokseen, että tuberkuloosi oli nimenomaisesti afrikkalaisen väestön sairaus. Vuosina 1949 -1959 tuberkuloosiin menehtyi vuosittain yli 300 ihmistä. Eniten tuberkuloosiin kuoli ihmisiä vuosina 1954 ja 1959.²⁰² Tämä näkyy jo alle yksivuotiaiden kuolemissa, sillä tuberkuloosia ei esiintynyt merkittävästi muiden, kuin afrikkalaisen väestön yleisenä kuolinsyynä. Lisäksi tuberkuloosiin menehtyi vuosittain useita afrikkalaislapsia ja eniten lapsia menehtyi tuberkuloosiin juuri samoina aikoina, kuin Hietakin oli tutkimuksessaan tuonut esille. Eniten alle vuoden ikäisiä lapsia menehtyi tuberkuloosiin

²⁰⁰ katso taulukko 7.

²⁰¹ katso taulukko 7.

²⁰² Hieta 2004, 82.

vuonna 1953, jolloin tautiin menehtyi 16 lasta ja toinen huippu osuu vuodelle 1959, jolloin menehtyneitä lapsia oli 9²⁰³. Tuberkuloositilannetta ei saatukaan Keniassa hallintaan vielä 1960-luvulle tultaessa²⁰⁴, mikä näkyy selvästi myös alle 1 -vuotiaiden lasten kohdalla, sillä tuberkuloosi ei vähentynyt kuolinsyynä.

Hinkuyskää esiintyi vuonna 1952 varsinaisena epidemiana, sillä sairauteen menehtyi silloin 35 lasta, kun muina vuosina määrä pysyi reilusti alle kymmenessä tapauksessa vuodessa. Kuitenkaan epidemia ei näytä levinneen muihin väestönosiin, sillä tautiin ei kuollut yhtään eurooppalaista tai aasilaista lasta.²⁰⁵ Lisäksi afrikkalaisten kohdalla kuolinsyy oli usein määrittelemätön. Määrittelemättömiä kuolintapauksia oli yhteensä 115. Määrittelemättömien kuolinsyiden määrä laski kuitenkin reilusti 1950-luvun alkuvuosien jälkeen. Tämä voisi johtua siitä, että afrikkalaisia oli yhä enenemässä määrin saatu neuvolatoiminnan piiriin, jolloin kuolintapausten tietoon tuleminen ja kuolinsyiden määritteleminen helpottui.

Afrikkalaislasten kuolinsyiden pohjalta voisi tehdä jonkinlaisia päätelmiä siitä, että neuvolatoiminnalla olisi saatu aikaan positiivisia vaikutuksia afrikkalaisten lasten terveyteen. Näin voisi päätellä ainakin pesäkekeuhkokuumeeseen ja määrittelemättömiin kuolinsyihin menehtyneiden osalta. Jos kiinnitämme huomiota alle yksivuotiaiden afrikkalaislasten kuolemantapausten määriin, ei positiivista vaikutusta lasten terveydessä ole havaittavissa. Kuitenkin myös afrikkalainen väestö lisääntyi Nairobissa tarkkaileminani vuosina lähes kaksinkertaiseksi. Vuonna 1949 Nairobin asukkaista 66 000 oli afrikkalaisia ja vuonna 1959 määrä oli jo 115 000. Suhteutettuna väestön määrään alle yksivuotiaiden afrikkalaislasten kuolemat siis vähentyivät. Myös afrikkalaislasten kuolleisuus vähentyi huomattavasti tarkkaileminani vuosina. Vuonna 1949 kuolleisuus oli 167,9 promillea ja 1959 enää vain 89,9 promillea. Kuolleisuus kääntyi rajuun laskuun 1950-luvun puolivälissä, jolloin kuolleisuus puolittui. Korkeimmillaan kuolleisuus oli vuonna 1952 jolloin se oli 299,1 promillea. Tämä on huomattavan korkea määrä, johon on varmasti ollut omat vaikutuksensa hinkuyskäepidemiolla, johon menehtyi kyseisenä vuonna ennätysmäärä afrikkalaislapsia.²⁰⁶

²⁰³ katso taulukko 7.

²⁰⁴ Hieta 2004, 82.

²⁰⁵ ARMH 1952, 10.

²⁰⁶ katso taulukko 7.

Taulukko 7. Alle yksivuotiaiden afrikkalaislasten yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949-1959

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	yht.
pesäkekuhkokuume	50	55	66	61	43	57	42	45	40	63	38	590
muu keuhkotulehdus mahan ja ohutsuolen tulehdus	18	10	23	35	43	11	8	8	6	4	16	182
ripuli	18	20	57	52	44	48	39	71	26	43	47	465
ennenaikaisuus	9	6		7	8	11	6	5	6	5		63
tuberkuloosi	2	3	7	4	1	2	2	1		2		24
hinkuyskä	4	4	7	4	16	2	5	5	5	1	9	62
määrittelemätön aliravitsemus	1	1	4	35	7	4	6	2	6		4	70
	7	22	21	15	32	9	6	2		1		115
	10	3	2	6	10	6		6	8	7	13	71

Lähde: ARMH 1949-1959

Neuvolatoiminnan alkuvaihetta leimasi aasialaisten keskuudessa suuri imeväiskuolleisuus. Esimerkiksi vuonna 1949 rekisteröitiin Nairobissa 286 imeväiskuolemaa aasialaisilla, kun taas eurooppalaisia imeväisikäisiä kuoli 8 ja afrikkalaisilakin luku oli pienempi, 154. Syyksi tähän nähtiin huonot kotiolot, asunnot olivat aivan liian ahtaita suurille perheille, eikä niissä ollut esimerkiksi tarpeeksi valoa. Huolta aiheutti myös aasialaisten perheiden pienet tulot ja liian korkeat vuokrat, sillä rahan ei katsottu riittävän enää perheiden perustarpeiden tyydyttämiseen²⁰⁷ Aasialaisten naisten katsottiin myös synnyttävän liian tiheään, mikä vaikutti myös lapsikuolleisuuteen.²⁰⁸ Aasialaisilla olikin kaikkein suurimmat syntyvyysluvut kaikista väestöryhmistä. Eurooppalaisilla syntyvyys oli vuonna 1950 19,7 promillea, afrikkalaisilla 25,6 promillea ja aasialaisilla 55,6 promillea.²⁰⁹ Itseäni hieman ihmetytti, miten syntyvyys ei ollut korkeampi afrikkalaisilla, sillä suuret perheet ovat yleisesti arvostettuja afrikkalaisten keskuudessa. Selitys tähän löytyy siitä, että syntyvyyslukuihin vaikutti suuresti afrikkalaisen väestön sukupuolijakauma. Niin kuin liitteestä 2 voidaan havaita, ja niin kuin olen jo aiemmin todennut, kaupungissa oli paljon enemmän miehiä kuin naisia ja tämän vaikutus näkyy myös syntyvyudessa, johon lasketaan syntyneet tuhatta väestöryhmän edustajaa kohden. Toisaalta asiaan on voinut myös hieman vaikuttaa kikujujen oma syntyvyysäännöstely, josta puhutaan Leakeyn kirjassa. Teoksessa mainitaan, että kikujujen yhteisössä lapset olivat haluttuja ja arvostettuja, mutta syntyvyyttä silti säännösteltiin. Lapsista haluttiin ennen kaikkea terveitä ja myös äidin terveyttä ja jaksamista

²⁰⁷ AMRH 1952, 76 : ARMH 1949, 78-79.

²⁰⁸ AMRH 1949, 78-79.

²⁰⁹ ARMH 1950, 16.

ajateltiin. Kikujulaki määräsi, ettei äidin olisi hyvä tulla raskaaksi, kun tämä vielä imetti toista. Ajateltiin, että jos äiti imettäisi lasta ollessaan raskaana molemmista lapsista kasvaisi heikkoja.²¹⁰

Aasialaisten alle yksivuotiaiden lasten yleisin kuolinsyy viisikymmentäluvulla oli suolistotulehdus, kymmenen vuoden aikavälillä kyseiseen tautiin menehtyi kaiken kaikkiaan 158 aasialaislasta. Suolistotulehdukseen menehtyneiden määrässä oli vuosittain aika paljon eroja. Alhaisimmillaan sairauten kuolleiden määrä oli vuonna 1950, jolloin määrä oli 7 ja korkeimmillaan vuonna 1959, jolloin sairauten menehtyi yhteensä 24 aasialaislasta. Toinen yleinen aasialaisten lasten menehtymiseen johtanut syy olivat erilaiset keuhkosairaudet. Pesäkekeuhkokuumeeseen menehtyi tarkkailemanani aikana yhteensä 125 lasta ja keuhkotulehdukseen 76 lasta. Myös näiden sairauksien kohdalla määrissä esiintyi vaihtelevuutta. Parhaimmillaan tilanne on ollut vuonna 1953, jolloin pesäkekeuhkokuumeeseen menehtyi vain yksi lapsi ja keuhkotulehdukseen kuusi lasta. Muutoinkin vuosi 1953 näyttäisi oheisen kuolinsyytaulukon mukaan olleen kuolemaan johtaneiden tautien osalta hyvä, sillä tuolloin kuolleisuus yleisimpiin tauteihin oli aliravitsemusta lukuun ottamatta alhainen. Kaiken kaikkiaan vuonna 1953 menehtyneitä aasialaislapsia oli vähän, vain 158, suhteessa muihin vuosiin, jolloin kuolleisuus oli pääsääntöisesti korkeampi.²¹¹

Muita yleisiä kuolinsyitä alle yksivuotiailla aasialaislapsilla olivat ripuli ja aliravitsemus. Raporteissa mainittiinkin aasialaisväestön kohdalla ongelmaksi suuret perheet, jolloin kaikille lapsille ei välttämättä riittänyt ravintoa ja huolenpitoa. Ennenaikaisuus oli kuolinsyynä vielä varsin yleinen, vaikkakin suuremmin ennenaikaisuudella oli merkitystä vastasyntyneiden kuolinsyynä.²¹²

Aasialaisväestön kohdalla ei ole kuolinsyiden ja määrien perusteella havaittavissa merkittävää parannusta lasten terveydentilassa tai kuolemissa, jos tarkastellaan muutoksia yleisimmissä kuolinsyissä ja menehtyneiden lasten määrissä tapahtuneita muutoksia. Kuitenkin on huomioitava että Nairobien väestö on koko ajan kasvanut, ja varsinkin aasialaisväestön kohdalla kasvu on ollut merkittävää. Vuonna 1949 Nairobissa oli 50 000 aasialaista ja kymmenen vuotta myöhemmin määrä oli lähes kaksinkertaistunut ollen 92 000. Suuresta väestönkasvusta huolimatta aasialaislasten kuolleisuus on pysynyt suunnilleen samoissa lukemissa. Kuten liitteestä 4 käy ilmi, aasialaislasten kuolemantapaukset ovat pysyneet 154 ja 192 välillä, vuonna 1949 kuoli 154 lasta ja vuonna 1958 kuolleita lapsia oli 157. Parhaimman kuvan kehityksestä terveydenhuoltosaralla ja erityisesti

²¹⁰ Leakey 1977, 511.

²¹¹ Katso taulukko 8 ja liite 4.

²¹² katso taulukko 8.

neuvolatoiminnan tuloksista saa katsomalla alle yksi-vuotiaiden kuolleisuutta. Vuonna 1949 alle yksivuotiaiden aasialaislasten kuolleisuus on ollut 57 promillea ja seuraavana vuonna on kuolleisuus ollut korkeimmillaan ollen 57,5 promillea. Tästä eteenpäin kuolleisuus onkin laskenut ja tultaessa viisikymmentäluvun loppuun kuolleisuus on ollut enää 38,5 promillea.²¹³ Aasialaisten lasten kuolleisuus laskikin jo 1950 – luvun lopulla lähelle eurooppalaisten tasoa. Tämä voisi kertoa neuvolatoiminnan tehokkuudesta, sillä alle vuoden ikäisten lasten kuolleisuus laski sekä aasialaisen että etenkin afrikkalaisen väestön kohdalla merkittävästi. Neuvolat olivat juuri se taho, joka pyrki ennaltaehkäisevästi vaikuttamaan lasten terveyteen ja näyttäisi siltä, että Nairobien neuvolat onnistuivat tässä tehtävässä hyvin.

Taulukko 8. Alle yksivuotiaiden aasialaislasten yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949-1959

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	yht.
pesäkekeuhkokuume	11	19	9	14	1	6	10	10	11	18	16	125
muu keuhkotulehdus	7	11	13	13	6	6	8	3	9			76
mahan ja ohutsuolen tulehdus	20	7	21	20	10	12	11	16	9	8	24	158
ripuli	6	8		10	6	9	9	4	3	8		63
ennenaikaisuus	4		3	3	3	7	2	4	1	1		28
aliravitsemus	2	5	7	4	9	3			3	1	1	38

Lähde: ARMH 1949-1959.

Eurooppalaiset lapset eivät kuolleet samoihin tauteihin kuin afrikkalaiset tai aasialaiset lapset. Muutoinkin eurooppalaisia lapsia ei kuollut läheskään niin paljon kuin muiden väestöryhmien lapsia. Mahan- ja ohutsuolen tulehdus oli sairaus, joka useimmin esiintyi myös eurooppalaisten lasten kuolinsyynä, yhdentoista vuoden aikana tautiin menehtyi kuitenkin vain viisi lasta ja toiseksi yleisimpään kuolinsyyn pesäkekeuhkokuumeeseen vain 3 lasta.²¹⁴ Eurooppalaiset erottaa muista väestöryhmistä myös se seikka, että sairaudet, johon eurooppalaislapset menehtyivät, johtuivat usein synnynnäisistä sairauksista ja muista ympäristötekijöistä riippumattomista syistä. Tämän puolesta puhuu myös se seikka, että kolmanneksi yleisin kuolinsyy oli sydänvika. Ehkä tämä kertoo eurooppalaisten lasten paremmasta ravitsemuksesta, elinoloista, lääkityksestä ja muusta terveydenhoidosta.

²¹³ katso taulukko 8.

²¹⁴ katso taulukko 9.

Taulukko 9. Alle yksivuotiaiden eurooppalaislasten yleisimmät kuolinsyyt Nairobissa 1949-1959

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	yht.
pesäkekeuhkokuume			1	1	1							3
mahan- ja ohutsuolen tulehdus		1	2	1		1						5
sydänvika			1					1				2

Lähde: ARMH 1949-1959

Eurooppalaisilla lapsilla esiintyi huomattavasti enemmän vaihtelevuutta kuolinsyyissä, mikä korostui siinä, että vuosittain menehtyneitä eurooppalaislapsia oli vähän. Alhaisimmillaan eurooppalaislasten kuolleisuus on ollut vuonna 1956, jolloin se oli vain 18 promillea ja korkeimmillaan vuonna 1950 kuolleisuuden ollessa 38,5 promillea.²¹⁵ Eurooppalaislasten kuolleisuus oli alhaisin kaikista väestöryhmistä, mikä sinällään ei varmasti ole yllätys. Yllättävää on kuitenkin mielestäni se seikka, ettei eurooppalaislasten kuolleisuus ole laskenut juuri lainkaan, päinvastoin. Ehkä tähän lienee syynä se, että eurooppalaisten lasten kuolleisuus oli jo valmiiksi matala, joten kovin suuria muutoksia ei päässyt tapahtumaan.

6.4 Äitiyskuolleisuus

Turvallinen äitiys on vasta viime vuosikymmeninä tullut osaksi kehitysmaiden tavoitteita. Afrikan kehitysmaiden imeväis- ja lapsikuolleisuudesta on tehty monia vertailuja Euroopan vastaaviin tietoihin 1800-luvulla. Kuitenkaan äitiyskuolemista ei ole tehty samanlaisia vertailuja läheskään samassa määrin. Tutkimukset ovat osoittaneet, että erot äitiyskuolemista ovat tasoittuneet läntisten maiden ja kehitysmaiden välillä viimeisten viidenkymmenen vuoden aikana, mutta silti äitiyskuolemista esiintyvät tilastolliset erot ovat kaikkein suurimpia kansaterveudessa. Äitiyskuolemista on nykyisin tullut sosioekonominen sukupuolten välisen tasa-arvon mittari, sillä raskauteen liittyvät kuolemat in yhdistetty heittyvien maiden naisten tarpeisiin ja oikeuksiin.²¹⁶

²¹⁵ katso liite 4.

²¹⁶ Graham 1991, 101.

Äitiyskuolemasta on kirjallisuudessa erilaisia määritelmiä. Maailman terveysjärjestö, World Health Organization, on määritellyt äitiyskuoleman seuraavalla tavalla. ” *A Maternal death is defined as the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration of and the site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by pregnancy or its management, but not from accidental or incidental causes.*” Äitiyskuolemat ovat selvässä yhtedessä hedelmällisyyteen, sillä jos hedelmällisyys on matalalla, harvemmat naiset altistuvat raskauteen liittyviin kuolemiin. Hedelmällisyys on ollut Keniassa yksi Afrikan korkeimmista, joten sen voisi olettaa näkyvän myös Nairobin äitiyskuolleisuudessa.²¹⁷

Äitiyskuolemiin johtaneet syyt on kirjallisuudessa jaettu neljään ryhmään: patogeeniset syyt, terveyspalveluihin liittyvät syyt ja lisääntymiseen liittyvät syyt ja sosioekonomiset tekijät. Patogeenisillä syillä viitataan erilaisiin raskauteen liittyviin sairauksiin, kuten raskausmyrkytykseen tai anemiaan. Terveyspalveluihin liittyvillä syillä puolestaan viitataan niihin tapauksiin, joissa raskauden aikainen äidin kuolema olisi voitu estää oikeanlaisella hoidolla. Vielä 1980- lukua koskevissa tutkimuksissa on todettu, että kolmasosa afrikkalaisten raskauskuolemista olisi voitu estää asianmukaisella hoidolla. Tässä kohtaa tulee esille neuvolatoiminnan tärkeys, sillä lukuisat tutkimukset ovat osoittaneet, kuinka huomattavasti paljon vähemmän äitiyskuolemia esiintyi niiden naisten keskuudessa, jotka osallistuivat raskauden aikana neuvolatoimintaan. Lisääntymiseen liittyvillä syillä tarkoitetaan sitä, että lapsia on hankittu naisen fysiologisen kehityksen kannalta väärään aikaan, liian monta tai liian lähellä toisiaan. Myös sosioekonomiset tekijät ovat vaikuttaneet äitiyskuolemien määrään. Köyhemmistä oloista lähtöisin olevilla on katsottu olevan suurempi riski kuolla raskauden aikana kuin varakkaammista perheistä olevilla. Tähän liittyy myös sellainen ilmiö, että vähemmän koulutetut naiset osallistuivat neuvolatoimintaan huomattavasti harvemmin, mikä taas puolestaan lisäsi äitiyskuoleman riskiä heidän kohdallaan.²¹⁸

Tiedot äitiyskuolemista ovat suurimmassa osassa Afrikan maita puutteelliset ja niissä on selviä väärinarviointeja.²¹⁹ Tämä on syytä ottaa huomioon myös Nairobin äitiyskuolemia tutkittaessa. Vaikka raportteihin on varmasti kerätty kaikki saatavilla oleva tieto, niin on muistettava että suurin osa aasialaisista ja afrikkalaisista naisista synnytti kotonaan, jolloin mahdollisesta äitiyskuolemasta ilmoittaminen jäi kätilön tai dain vastuulle. Lisäksi on otettava huomioon, että sairaalaan synnyttämään hakeutuneet aasialaiset ja afrikkalaiset ovat voineet kuulua äitiyskuolemien suhteen

²¹⁷ Graham 1991, 102, 109.

²¹⁸ Graham 1991, 108-114.

²¹⁹ Graham 1991, 103.

riskiryhmään, sillä voisi olettaa, että sairaalan on tultiin useammin synnyttämään, jos raskaudessa ilmeni komplikaatioita²²⁰. Eurooppalaisen väestön kohdalla raporteissa esiintyneitä tietoja voi sikäli pitää luotettavana, että eurooppalaiset naiset synnyttivät lähes poikkeuksetta sairaalassa.

Eurooppalaisen väestön äitiyskuolleisuus pysyi koko seuraamieni vuosien ajan matalana. Tämä johtunee siitä, että eurooppalaiset äidit kävivät poikkeuksetta neuvolassa koko raskautensa ajan ja synnyttivät lapsensa sairaalassa, jolloin äitiyskuoleman riski on ollut huomattavasti matalampi. Kuten oheisesta äitiyskuolemien määrää kuvaavasta taulukosta voidaan havaita, enimmillään äitiyskuolemia on vuoden aikana sattunut kaksi, mutta useana vuonna äitiyskuolemilta on vältytty kokonaan. Äitiyskuolleisuutta²²¹ osoittavasta taulukosta on nähtävissä, että eurooppalaisten äitiyskuolleisuus on ollut korkeimmillaan vuonna 1950 ollen 6,6 promillea. Verrattain korkealla lukema oli luonnollisesti myös vuonna 1956, jolloin sattui kaksi äitiyskuolemantapausta. Muutoin äitiyskuolleisuus on pysytellyt alhaisena. Jos katsotaan tarkkailemieni vuosien keskiarvoa, niin eurooppalaisten äitiyskuolleisuus ei suinkaan ole kaikista matalin, vaan lähellä jopa afrikkalaisten äitiyskuolleisuutta. Tässä kohtaa on jälleen muistettava väestön sukupuolijakauman aiheuttama vääristämä, sillä määrällisesti eurooppalaisten äitien kuolemat ovat kuitenkin vähäiset.

Aasialaisväestön kohdalla on äitiyskuolemien määrissä ollut paljon enemmän vaihtelua kuin eurooppalaisen väestön kohdalla. Vuonna 1949 ei viranomaisten tietoon ole tullut yhtään äitiyskuolemaa ja vuosina 1953 ja 1956 tapauksia on ollut vain kaksi. Muina vuosina määrä on vaihdellut viidestä kymmeneen tapaukseen, ollen korkeimmillaan vuonna 1959, jolloin äitiyskuolemantapauksia on ollut 10. Äitiyskuolleisuus onkin pysynyt aasialaisväestön keskuudessa varsin matalalla, jopa useana vuonna matalammalla kuin eurooppalaisen väestön keskuudessa. Yhdentoista vuoden keskiarvolla äitiyskuolleisuus on ollut kaikkein matalinta aasialaisten synnytyksissä. Korkeimmillaan äitiyskuolleisuus on ollut vuosina 1952 ja 1959, ollen 2,5 promillea.²²² Aasialaiset naiset osallistuivatkin varsin ahkerasti neuvolatoimintaan, mutta synnyttivät usein kotonaan dain avustuksella. Ilmeisesti näiden perinteisten intialaisten kättilöiden arvostus aasialaisen väestön keskuudessa oli ansaittua. Toisaalta kuitenkin raporteissa pahoiteltiin sitä, etteivät dait ilmoittaneet kaikista hoitamistaan synnytyksistä verotusta välttääkseen²²³, jolloin

²²⁰ Graham 1991, 104.

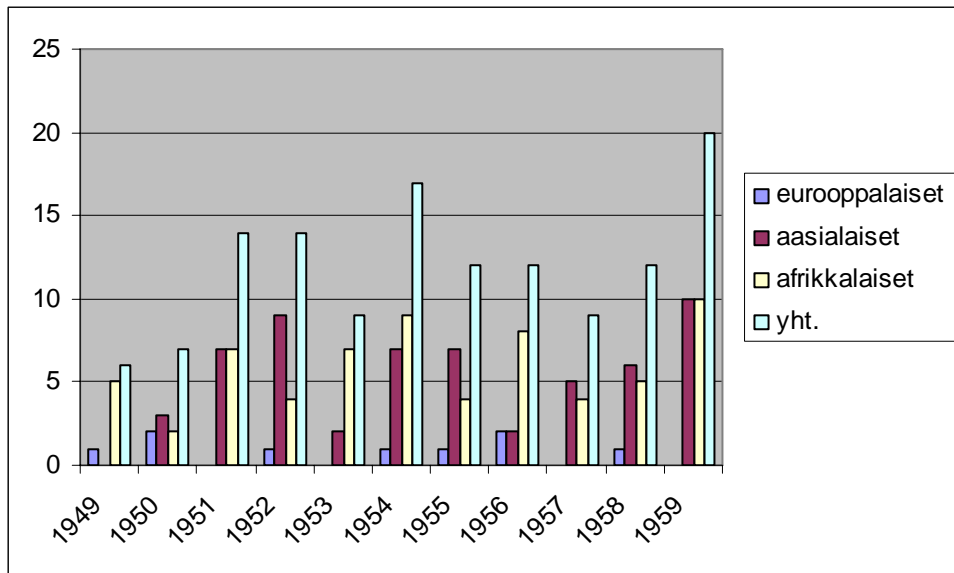
²²¹ äitiyskuolemat tuhatta synnytystä kohden

²²² katso kaavio 4.

²²³ ARMH 1950, 72, 76.

tämä seikka on saattanut hieman vääristää tilastotietojen paikkaansa pitävyyttä niin lasten kuin äitienkin kuolleisuuden ja syntyvyyden osalta.

Kaavio 3. Äitiyskuolemat Nairobissa vuosina 1949-1959

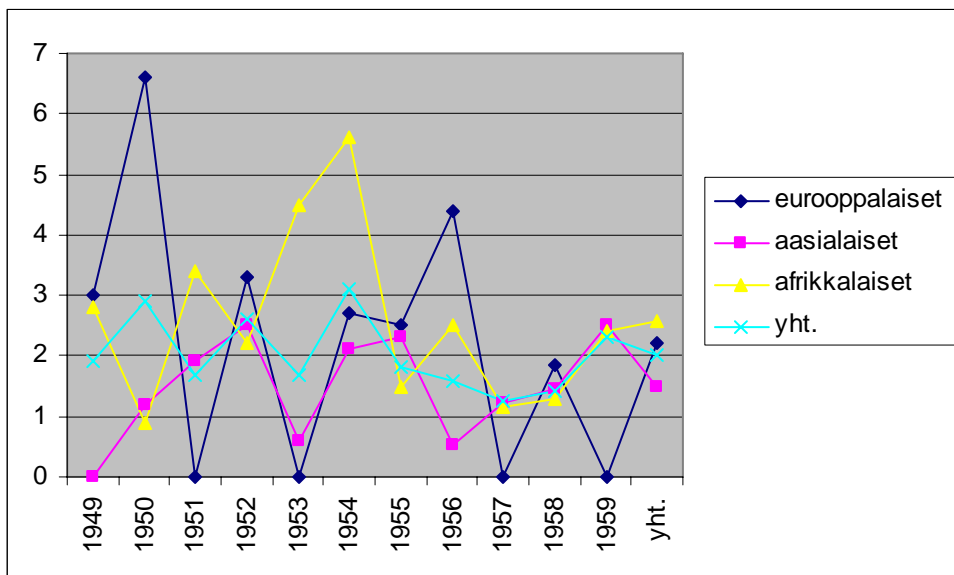


Lähde: ARMH 1949-1959

Afrikkalaisen väestön keskuudessa äitiyskuolemia on sattunut eniten kaikista väestöryhmistä. Kuitenkin lukemat ovat hyvin lähellä aasialaisen väestön äitiyskuolemia. Korkeimmillaan kuolemantapaukset ovat olleet vuonna 1959, jolloin kuolemia oli 10 ja matalammillaan määrä on ollut vuonna 1950, jolloin tapauksia oli vain kaksi.²²⁴ Äitiyskuolleisuus on puolestaan ollut korkeimmillaan vuonna 1954 ollen 5,6 muutoin äitiyskuolleisuus on afrikkalaisen väestön osalta pysytellyt 2 promillen tietämissä. Yhdentoista vuoden keskiarvolla afrikkalaisten väestön äitiyskuolleisuus on ollut kaikkein korkein, 2,57 promillea.²²⁵ Myös afrikkalaisen väestön kohdalla on muistettava väestön liikkuvuus ja se, että afrikkalaiset synnyttivät usein kotona, jolloin kaikki tapaukset eivät todennäköisesti tulleet viranomaisten tietoon.

²²⁴ katso kaavio 3.

²²⁵ katso kaavio 4.

Kaavio 4. Äitiyskuolleisuus Nairobissa tuhatta synnytystä kohden 1949-1959

Lähde: ARMH 1949 – 1959

Yleisesti ottaen äitiyskuolleisuudessa ei ole tarkastelemieni vuosien aikana havaittavissa selvää laskua, vaan se on pysynyt suunnilleen kolmen promillen tietämissä. Mielestäni äitiyskuolleisuus olikin matala Nairobissa, kun sitä verrataan muuhun Afrikkaan. Esimerkiksi vuosina 1975 -1984 riski kuolla raskaudesta johtuviin syihin oli Itä- Afrikassa vielä kuuden prosentin luokkaa²²⁶. Tehokkaalla neuvolatoiminnalla näyttäisikin olleen vaikutusta siihen, että Nairobissa äitiyskuolleisuus oli matalalla. Tähän vaikutti neuvoloiden muun ohjeistuksen ohella varmasti suuresti myös se, että neuvoloissa koulutettiin kättilöitä ja daita, joilla oli merkittävä rooli afrikkalaisten ja aasialaisten synnytyksissä.

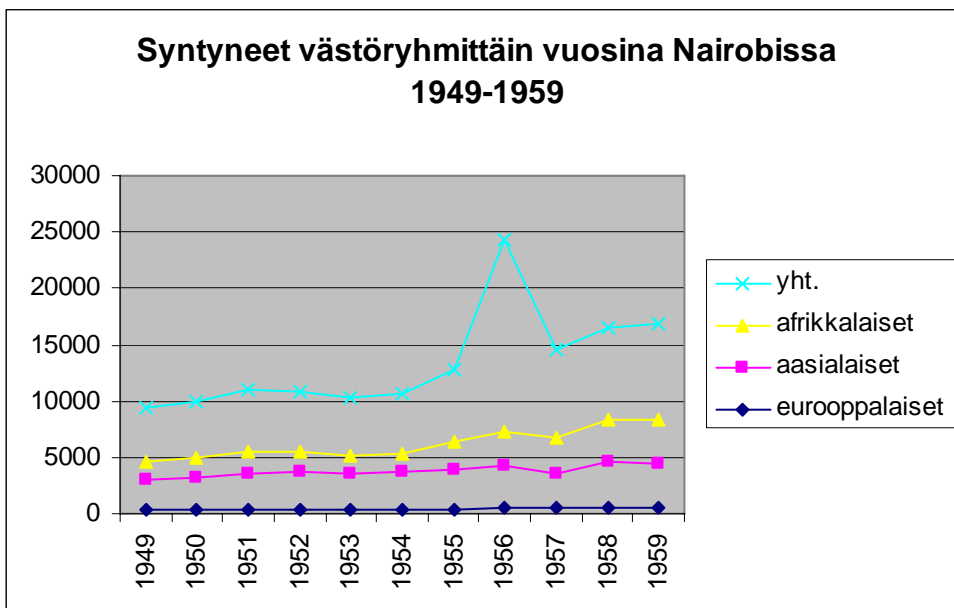
6.5 Syntyvyys

Kuten kaaviosta 5 voidaan nähdä, syntyneiden eurooppalaisten lasten määrä on kasvanut tasaisesti vuodesta 1949, jolloin syntyneitä lapsia oli 332. Viimeisinä 1950- luvun vuosina syntyneitä oli

²²⁶ Graham 1991, 106.

päälle viidensadan. Eniten syntyneitä lapsia on ollut vuonna 1958, jolloin syntyi kaikkiaan 543 eurooppalaislasta. Eurooppalaisten syntyneiden lasten määrä kasvoi seuraavina vuosina 34,8 prosenttia. Eurooppalaisen väestön syntyvyudessa on hieman kasvanut tarkkailemanani vuosina, mutta kuitenkin merkittävää muutosta suuntaan tai toiseen ei ole tämän perusteella havaittavissa. Korkeimmillaan syntyvyys on ollut vuonna 1949 ollen 27,2, mutta korkealla se on ollut myös vuonna 1958, ollen 24,1. Tuolloin lapsia syntyi määrällisesti eniten.

Kaavio 5. Syntyneet väestöryhmittäin 1949-1959 Nairobissa

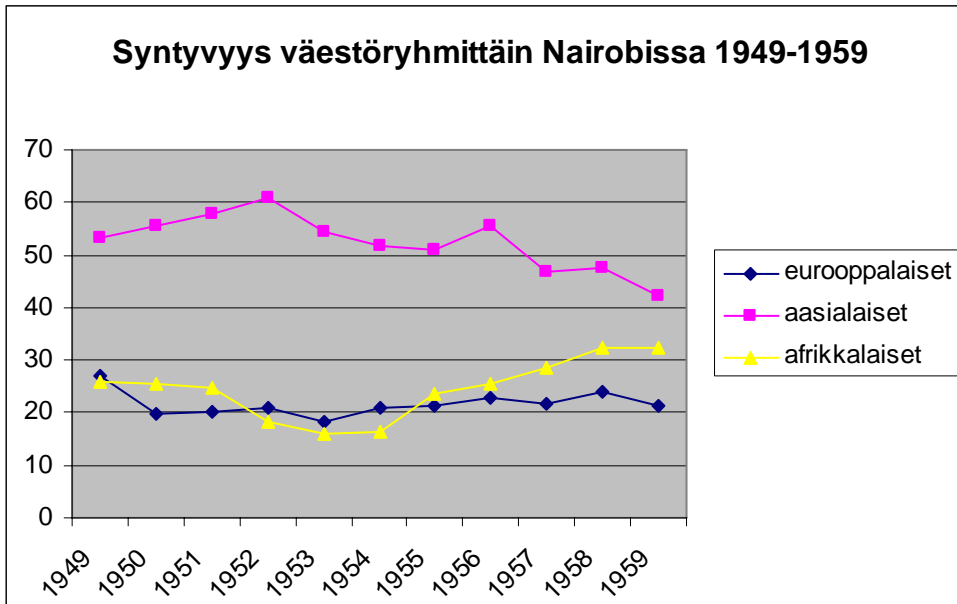


Lähde: ARMH 1949-1959

Syntyneiden määrää kuvaavasta kaaviosta nähdään, että aasialaisen väestön keskuudessa syntyneiden määrä on myös kasvanut. Vuonna 1949 aasialaisia lapsia syntyi 2760 ja vuonna 1959 lapsia syntyi 3988. Samoin kuin eurooppalaisenkin väestön kohdalla, syntyneiden määrä on ollut korkeimmillaan vuonna 1958, jolloin aasialaisia lapsia syntyi 4120. Syntyneiden aasialaislasten määrä on kasvanut siis 30,7 prosenttia. Aasialaisten lasten syntyvyys ei suinkaan ole kasvanut vaan laskenut tarkkaileminani vuosina. Vuonna 1949 syntyvyys on ollut 53,1, mutta laskenut 1950-luvun lopulla alle viiteenkymmeneen, 1959 aasialaisväestön syntyvyys on ollut 42,4. Aasialaisen väestön syntyvyys on ollut huimaa, korkeinta kaikista väestöryhmittä. Korkeimmillaan syntyvyys

oli 61 promillea vuonna 1952.²²⁷ Raporteissa mainitaankin aasialaisväestön ongelmaksi suuret perheet, joten asunnot olivat ahtaita ja ravinto usein riittämätöntä.

Kaavio 6. Syntyvyys Nairobissa väestöryhmittäin 1949 – 1959



Lähde ARMH 1949 - 1959.

Kaikkein suurinta syntyneiden määrässä tapahtunut kasvu oli afrikkalaisen väestönsosan keskuudessa. Vuodesta 1949, jolloin syntyneitä afrikkalaisia lapsia oli 1799, vuoteen 1959 syntyneiden lasten määrä kasvoi 56,4 prosenttia, ollen vuonna 1959 peräti 4125.²²⁸ Myös syntyvyys kasvoi pääsääntöisesti, lukuun ottamatta vuosia 1952- 1954, jolloin syntyvyys oli alhaista afrikkalaisen väestön osalta. Vuonna 1949 afrikkalaisen väestön syntyvyys oli 25,8 promillea ja vuonna 1959 se oli 32,4 promillea. Syntyvyys oli vuosina 1952- 1954 matalimmillaan ollen esimerkiksi vuonna 1953 vain 16,1 promillea.²²⁹ Alhaista syntyvyyttä ajanjaksolla voisi selittää Nairobissa samaan aikaan valloillaan ollut polioepidemia ja Mau Mau kapina, jotka vaikuttivat erityisesti afrikkalaisen väestönsosan neuvolakäyntien määrään ja sitä kautta myös viranomaisille kulkeutuviin tietoihin syntyneestä. Muutoinkin kaupungin yleinen ilmapiiri ja levottomuudet ovat

²²⁷ katso kaavio 6.

²²⁸ katso liite 3.,

²²⁹ katso kaavio 6.

voineet vaikuttaa siihen, että Nairobissa olevat afrikkalaiset naiset lähtivät levottomuuksien ajaksi pois kaupungista, sillä afrikkalainen väestö oli muutoinkin liikkuvaa.

Afrikkalaisen väestön syntyvyyttä tarkasteltaessa on vielä syytä ottaa huomioon kaupungin afrikkalaisen väestön sukupuolijakauma. Afrikkalaisia miehiä oli paljon töissä Nairobissa, vaikka heidän perheensä saattoi asua maaseudulla.²³⁰ Näin Nairobin afrikkalaisesta väestöstä suurin osa oli miehiä ja sukupuolijakauma oli heidän kohdallaan epätasaisempi kuin muilla väestöryhmillä. Tämä epätasaisuus vaikuttaa myös syntyvyyden lukemiin, sillä syntyvyys on laskettu suhteutettuna tuhanteen henkilöön kussakin väestöryhmässä. Sukupuolijakauma näkyy siinä, että afrikkalaisen väestön syntyvyys oli Nairobin alueella paljon matalampaa kuin muualla Keniassa. Vuosien 1950 ja 1955 välillä syntyvyys oli Keniassa 53 promillea²³¹, ja Nairobissa afrikkalaisten syntyvyys oli korkeimmillaan 30 promillen luokkaa

Jos tarkastellaan kaikkia väestöryhmiä kokonaisuudessaan, niin kaikkein eniten syntyneitä lapsia on ollut vuonna 1959, jolloin Nairobissa syntyi kaiken kaikkiaan 8622 lasta. Määrä on kasvanut tasaisesti vuosi vuodelta ja prosenteissa kasvu yhdentoista vuoden aikana ollut 43,3. Nairobin väestönkasvu on siis ollut varsin nopeaa ja raporteissa mainitaankin nopean väestönkasvun tuottavan ongelmia monella sektorilla aina jätehuollosta terveydenhoitoon. Väestönkasvu tuotti ongelmia myös neuvolatoiminnan resurssien riittävyteen tarjota palveluja kasvavalle väestölle.

²³⁰ Viitanen 2004, 24.

²³¹ Tarver 1996, 41.

7. Lopuksi

Neuvolatoiminta oli merkittävä osa siirtomaahallinnon terveydenhoidollista toimintaa Nairobissa ja toiminta laajeni merkittävästi vuosina 1949 - 1959. Neuvolatoiminta oli Nairobissa järjestetty erikseen afrikkalaisille, aasialaisille ja eurooppalaisille. Jokaiselle väestöryhmälle oli siis omat klinikkansa, joihin potilaat jaettiin asuinpaikan ja etnisen alkuperän mukaan. Kuitenkin klinikoiden toiminnat olivat keskenään hyvin samanlaisia. Kaikkien klinikoiden tehtävänä oli neuvontatyö, rokotuksista huolehtiminen ja terveystarkastusten tekeminen. Kaikkien kaupungin raskaana olevien äitien ja heidän alle kouluikäisten lastensa terveydestä huolehtiminen kuului neuvoloiden toimenkuvaan. Neuvoloissa tehtävän työn pääpaino oli ennaltaehkäisevässä ja valistuksellisessa työssä. Klinikoilla tehtiin vain pieniä hoitotoimenpiteitä ja niistäkin luovuttiin 1950-luvun lopulla. Klinikoilla järjestettiin erilaisia opetustuokioita äideille ja naimattomille naisille. Myös perheiden isiä yritettiin saada mukaan toimintaan. Opastusta annettiin muun muassa terveyteen liittyvissä asioissa, ruokavaliossa ja lasten hoidossa.

Käynnit neuvoloissa kasvoivat huomattavasti kaikkien väestöryhmien klinikoilla ja kysynnän kasvaessa etenkin aasialaisille ja afrikkalaisille avattiin käyttöön lukuisia uusia klinikoita. Neuvolakäyntien määrissä näkyivät vuonna 1952 alkanut Mau mau kansanousu, josta aiheutui levottomuuksia ja neuvoloissa käynti alettiin kokea turvattomana sekä vuonna 1954 puhjennut Kenian historian siihen asti pahin polioepidemia. Kaikkien väestöryhmien keskuudessa kotikäynneillä oli hyvin merkittävä rooli. Kotikäynneillä annettiin opastusta paljolti samoissa asioissa kuin klinikoillakin, kuitenkin eri väestöryhmiä neuvottiin hieman eri asioissa. Afrikkalaisille ja aasialaisille nähtiin tarpeelliseksi opastus kodin siivouksessa, tiskauksessa ja hygieniassa. Opetusta annettiin myös vaatteiden valmistuksessa, lastenhoidossa ja ruuanlaitossa. Näitä asioita ei katsottu kuitenkaan mielekkääksi opettaa eurooppalaisille. Ilmeisesti heidän katsottiin osaavan nämä asiat ilman opetustakin, kun se taas muiden kansaryhmien keskuudessa tällainen opetus nähtiin tarpeellisena. Kotikäynneillä saatiin laajempi joukko ihmisiä neuvolatoiminnan piiriin ja päästiin näkemään myös ihmisten todelliset elinolot. Käyntien määrä kasvoikin tarkasteleminani vuosina kaikkien väestöryhmien keskuudessa, vaikkakin kotikäyntien määrää vähensi Nairobin yleinen turvattomuus vuosina 1952 -1955.

Eräänä toiminnan muotona olivat myös filminäytökset. Näytetyt filmit ja neuvoloiden seinillä olevat opetukselliset julisteet toimivat tehokkaana propagandana, sillä ne olivat väestön keskuudessa hyvin suosittuja. Filmit ja julisteet nähtiin tehokkaaksi myös siinä mielessä, että niiden

avulla tavoitettaisiin myös lukutaidotonta väestöä. Jotakin tuolle ajalla tyypillisistä eurooppalaisten asenteista afrikkalaisia kohtaan kertoo se, miten raporteissa oltiin huolissaan siitä, ettei afrikkalaisille ollut helppo löytää tarpeeksi yksinkertaisia filmejä. Tästä saa mielestäni sellaisen vaikutelman, että haluttiin esittää ”yksinkertaisia filmejä yksinkertaisille afrikkalaisille”. Raporteissa on muutoinkin paikoin nähtävissä eurooppalaisten tuolle ajalle alentavaa suhtautumista afrikkalaista kulttuuria ja elämäntapaa kohtaan. Esimerkiksi afrikkalaisten naisten opettamista ei nähty niin hyödyllisenä kuin miesten ohjeistamista. Miesten katsottiin myös usein välittävän vain omasta hyvinvoinnistaan.

Neuvoloissa annettiin myös rokotuksia, mutta sitä ei pidetty neuvoloiden tärkeimpiin kuuluvana toimintana. Silti annettujen rokotusten määrä pääpiirteissään kasvoi, mikä varmasti selittyy Nairobin väestönkasvulla. Määrällisesti vähiten rokotuksia annettiin eurooppalaisille suunnatuilla klinikoilla, mutta eurooppalaiset olivat myös Nairobin pienin väestöryhmä. Aasialaisilla ja afrikkalaisille rokotuksia annettiin suunnilleen saman verran. Kaikille väestöryhmille annettiin rokotuksia isorokkoa ja lavantautia vastaan. Muita raporteissa tilastoituja rokotuksia olivat hinkuyskää ja kurkkumätää vastaan annetut rokotukset. Todennäköisesti myös poliorokotuksia annettiin, mutta annettujen poliorokotusten määristä ei ole raporteissa mainittu. Myös rokotusten määriin heijastuvat yleiset turvattomat olot Nairobissa ja myös 1954 puhjennut polioepidemia, joka pääasiassa vaikutti annettujen rokotusten määrään laskevasti.

Terveydenhoitohenkilökunnan kouluttaminen kuului myös afrikkalaisten ja aasialaisten klinikoiden toimintaan. Eurooppalaisilla klinikoilla koulutusta ei mainittu annettavan. Nairobin väestömäärä kasvoi kymmenessä vuodessa lähes kaksinkertaiseksi, joten neuvoloiden oli myös saatava klinikoilleen yhä enemmän henkilökuntaa. Aasialaisille ja afrikkalaisille järjestettiin lähes vuosittain alkavia kursseja, joista valmistui terveydenhoitajia tekemään työtä klinikoilla ja suorittamaan kotikäyntejä. Opiskelu tapahtui lähinnä käytännön harjoitteluna, mutta opintoihin kuului myös luennoille ja harjoituksiin osallistumista. Aasialaisilla klinikoilla annettiin lisäkoulutusta myös perinteisille intialaisille kättilöille, daille, ja itsenäistä ammattia harjoittaville kättilöille.

Neuvolatoimintaan liittyen suuri ero väestöryhmien välillä liittyi synnytykseen. Eurooppalaiset synnyttivät sairaaloissa, kun taas muut hoitivat synnytyksen kotonaan kättilön tai dain avustuksella. Tässä kohdin tulee selvästi esille väestön varallisuusero, sillä sairaalasyntytykset maksoivat, eikä

köyhimmillä ollut siihen varaa²³². Muutoinkin afrikkalaisia naisia kehoitettiin synnyttämään kotona eikä hakeutumaan sairaalasyntytykseen.

Klinikat kohtasivat toiminnassaan monenlaisia ongelmia. Mau mau kansannousu kosketti kaikkia väestöryhmiä, sillä sen johdosta julistettiin hätätila ja osa klinikoista joutui järjestämään erilaisia turvatoimia ja osa jopa sulkemaan ovensa. Myös 1950-luvun puolivälissä puhjennut polioepidemia koetteli kaikkien väestöryhmien klinikoiden toimintaa. Kaikkien väestöryhmien kohdalla klinikoiden henkilökunta oli huolissaan työssäkävivistä äideistä, sillä heitä on vaikea tavoittaa. Lapsille järjestetty päivähoito ei ollut tyydyttävää ja katsottiin, että äideillä jäi työssäkäynnin vuoksi liian vähän aikaa lapsilleen. Suhtautuminen paikalliseen traditionaaliseen lääketieteeseen ja etenkin afrikkalaisten yhteisöjen harjoittama ympärileikkausriitti aiheutti ristiriitoja klinikoiden henkilökunnan ja afrikkalaisten välillä, sillä ympärileikkaus nähtiin eurooppalaisen lääketieteen kannalta terveydelle vaarallisena. Joskus ristiriitoja syntyi myös afrikkalaisten ennakkoluuloista eurooppalaista lääketiedettä kohtaan. Usein äidit esimerkiksi piilottelivat lapsiaan välttyäkseen rokotuksilta, kun rokotusten tarkoitusta ei ymmärretty.

Neuvolapalvelut otettiin useimmiten positiivisesti vastaan kaikkien väestöryhmien keskuudessa, vaikka monet kriisit, kuten polioepidemia laskivatkin kävijämääriä. Pudotukset kävijämäärissä olivat kuitenkin hetkellisiä ja ihmiset alkoivat taas käydä klinikalla kriisien laannuttua. Neuvolatoiminnan onkin sanottu olevan se länsimaisen terveydenhuollon osa, joka otettiin afrikkalaisten keskuudessa kaikkein suopeimmin vastaan²³³. Ainakin eurooppalaisten keskuudessa 1950-luvun lopulla neuvolatoiminta tavoitti raporttien mukaan jo lähes kaikki kaupungissa syntyneet lapset ja hyvin suuren osan myös aasialaisista ja afrikkalaisista. Raporttien antamien tietojen mukaan klinikat onnistuivat hyvin saamaan kaikki väestöryhmät mukaan toimintaansa ja klinikoiden toimintaan oltiin tyytyväisiä

Kaikkien väestöryhmien kohdalla alle kuukauden ikäisten lasten yleisin kuolinsyy oli enneaikaisuus. Afrikkalaisille yleisenä vastasyntyneiden kuolinsyynä esiintyi tyypillisesti syfilistä, mutta 1950-luvun lopulle tultaessa sen merkitys vastasyntyneiden kuolinsyissä väheni merkittävästi. Aasialaisilla vastasyntyneillä lapsilla raportoitiin muita väestöryhmiä useammin epämuodostumia kuolinsyiksi. Kuolinsyynä käytettiin termiä ”monster”, joka herätti kummastusta.

²³² Vuonna 1948 afrikkalaisen ansiot olivat Keniassa noin £3 vuodessa. Kts. Beck 1970, 155.

²³³ MDAR 1937, 2.

Mielenkiintoista oli myös se, että kuolinsyynä tämä esiintyi vain aasialaisten ja afrikkalaisten lasten kohdalla. Ehkä eurooppalaisten lasten ei katsottu voivan olla ”monstereita” ja näin epämuodostumia omaavat eurooppalaiset lapset luokiteltiin jonkin muun kuolinsyyn alle.

Alle yksivuotiaiden afrikkalaislasten yleisin kuolinsyö oli tarkkailemani aikana pesäkekeuhkokuume, ja toinen lähes yhtä yleinen kuolinsyö oli mahan- ja ohutsuolen tulehdus. Muita nimenomaan afrikkalaiselle väestölle tyypillisiä kuolinsyöitä olivat tuberkuloosi ja hinkuyskä. Esimerkiksi vuonna 1952 hinkuyskää on huomattava määrä afrikkalaisten alle vuoden ikäisten kuolinsyynä. Näitä sairauksia ei juuri esiintynyt aasialaisten keskuudessa ja eurooppalaisia lapsia ei näihin tauteihin menehtynyt lainkaan. Aasialaisten alle vuoden ikäisten lasten yleisimpinä kuolinsyöinä olivat erilaiset suolistotulehdukset pesäkekeuhkokuume, ripuli ja aliravitsemus, jonka katsottiin johtuvan aasialaisten suurista perheistä. Eurooppalaiset lapset eivät kuolleet samoihin tauteihin kuin afrikkalaiset tai aasialaiset lapset. Muutoinkin eurooppalaisia lapsia ei kuollut läheskään niin paljon kuin muiden väestöryhmien lapsia. Eurooppalaiset erottaa muista väestöryhmistä myös se seikka, että sairaudet, johon eurooppalaislapset menehtyivät, johtuivat usein synnynnäisistä sairauksista ja muista ympäristötekijöistä riippumattomista syistä.

Kirjallisuudessa on esitetty erilaisia näkemyksiä siitä, mikä vaikutus länsimaisella terveydenhoidolla on ollut Afrikkalaisten terveyteen. Näkökulmat eroavat siinä, ovatko seuraamukset olleet terveyden kannalta hyvä vai huonoja. Tarkastelemani aineiston pohjalta olen tullut siihen tulokseen, että siirtomaahallinnon järjestämällä neuvolatoiminnalla oli huomattava vaikutus äitien ja lasten terveyteen. Lapsikuolleisuutta on yleisesti pidetty väestön terveyttä kuvaavana indikaattorina ja Nairobissa alle vuoden ikäisten lasten kuolleisuus laski sekä aasialaisen että etenkin afrikkalaisen väestön kohdalla merkittävästi. Myös äitiyskuolemia sattui Nairobin alueella suhteellisesti vähän verrattuna muuhun Afrikkaan, vaikka muutoksia äitiyskuolleisuudessa ei Nairobin osalta tapahtunutkaan. Syntyvyys kasvoi myös kaikkien väestöryhmien keskuudessa, mikä sekin kertoo omalta osaltaan myös neuvolatoiminnan vaikutuksesta. Neuvolat olivat juuri se taho, joka pyrki vaikuttamaan äitien ja lasten terveyteen ja tarkastelemani aineiston pohjalta näyttäisi siltä, että Nairobin neuvolat onnistuivat tässä tehtävässä hyvin. Mielenkiintoista olisikin jatkaa tutkimusta siirtomaahallinnon maaseudulle tarjoamasta neuvolapalveluista sekä perehtyä lähemmin myös lähetyssasemien tarjoamiin neuvolapalveluihin.

Lähdeluettelo

Painetut lähteet

Kenya Government Publications. Medical Department. Annual Reports of The Medical Officer of Health (ARMH) 1949-1959. H.F.Morris. London. University of London.

Kenya Government Publications, Annual Departmental Reports Relating to Kenya and East Africa High Commission 1943 -1963. H.F. Morris. London. University of London.

Tutkimuskirjallisuus

Arnold, D.(toim.) 1988. Imperial Medicine and Indigenous Societies. Manchester. Manchester University Press.

Beck Ann 1970. A History of the British medical Administration of East-Africa, 1900-1950. Massachusetts. Harvard University Press.

Beck Ann 1974. History of Medicine and Health Services in Kenya 1900-1950. Teoksessa Health and Disease in Kenya. Nairobi. Toim. L.C. Vogel. Nairobi. Kenya Literature Bureau

Beck Ann 1981. Medical Tradition and Development in Kenya and Tanzania 1920-1970. Massachusetts. Crossroads Press.

Bennett George ja Smith Alison 1976. Kenya: From “White Man’s Country” To Kenyatta’s State 1945-1963. Teoksessa History of East Africa. Toim. D.A: Low ja Alison Smith. Oxford. Clarendon Press.

Chaiken Miriam S. 1998 Primary Health Care Initiatives in Colonial Kenya. World Development Vol 26. No.9. Toim. Craswell Janet L. Iso-Britannia. Elsevier Science. 1701-1717.

Graham Wendy J. 1991. Maternal Mortality: Levels, Trends, and Data Deficiencies. Teoksessa Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa. Toim. Richard G. Feachem ja Dean T. Jamison. Maailman pankin julkaisuja. Oxford. Oxford University Press.

Hake Andrew 1977. African Metropolis. Nairobi's self-help city. London. Cox and Wyman Ltd.

Hieta Juha 2004. "Limited financial resources and a shortage of trained personell": Siirtomaahallinnon toimenpiteet malarian ja tuberkuloosin torjumiseksi Keniassa. Joensuun yliopiston mikrofilmikokoelma.

Hill Althea 1991. Infant and Child Mortality: Levels, Trend, and Data Deficiencies. Teoksessa Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa. Toim. Richard G. Feachem ja Dean T. Jamison. Maailman pankin julkaisuja. Oxford. Oxford University Press.

Iliffe, J.1998. East African Doctors. A History of the modern Profession. Cambridge. African Studies Series 58.

Kaikkonen Olli, Rytönen Seppo ja Sivonen Seppo 1989. Afrikan historia. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy

Kokole, Omari H. 1994. The Politics of fertility in Africa. Population and Development Review Volume 20. 73-88 Population Council

K'Okull, Richard N.O. 1991. Maternal and Child Health in Kenya. Jyväskylä. The Finnish Society for Development Studies in cooperation with The Scandinavian Institute of African Studies

Kuhanen Jan 2005. Poverty, Health and Reproduction in Early Colonial Uganda. Joensuu. Joensuun yliopistopaino.

Kuusi Ulla 1992. Health Sector in Kenya. A Review of Available Information and Preliminary Problem Analysis. Country Profiles 4. Hadec Finland.

Leakey L.S.B 1979. The Southern Kikuyu Before 1903 vol.II . Lontoo. Academic Press

Lonsdale 1989. The conquest state, 1895-1904. Teoksessa A Modern History of Kenya 1895-1980. Toim. Ochieng' W.R. Lontoo. Evans Brothers Limited

Maloba Wunyabari. 1989. The conquest state, 1895-1904. Teoksessa A Modern History of Kenya 1895-1980. Toim. Ochieng' W.R. Lontoo. Evans Brothers Limited

Mburu, F.M. 1992. The Social Production of Health in Kenya. Teoksessa The Social Basis of Health & Healing in Africa. Toim. Feierman Steven ja Jansen John M. California. University of California Press

Mugo 1974, Health Problems in Urban Areas. Teoksessa Health and Disease in Kenya. Nairobi. Toim. L.C. Vogel. Nairobi. Kenya Literature Bureau

Ominde S.H. 1974. Demography and Ethnic Groups. Teoksessa Health and Disease in Kenya. Nairobi. Toim. L.C. Vogel. Nairobi. Kenya Literature Bureau

Pedersen Susan 1991. National Bodies, Unspeakable Acts: The Sexual Politics of Colonial Policy-making. The Journal of Modern History, Vol. 63, No. 4, pp. 647-680. Chicago. The University of Chicago Press.

Roggen L.G. 1974. Family Planning. Teoksessa Health and Disease in Kenya. Nairobi. Toim. L.C. Vogel. Nairobi. Kenya Literature Bureau

Räisänen Pekka 1999. Länsimainen terveydenhoito Keniassa ennen toista maailmansotaa. Joensuun yliopiston mikrofilmikokoelma.

Siiskonen, Harri 2002. Kirkon kirjat avain Afrikan väestöhistorian kiistakysymysten selvittämiseen. Teoksessa "Muille maille vierahille...". Toim. Sundbäck, Esa. Vaasa. Turun historiallinen yhdistys

Sonalde Desai ja Soumya Alva 1998. Maternal Education and Child Health: Is There a Strong Causal Relationship? Demography, Vol.35, No.1 (Feb., 1998), 71-81.

Tarver James D. 1996. The Demography of Africa. Westport. Praeger Publishers.

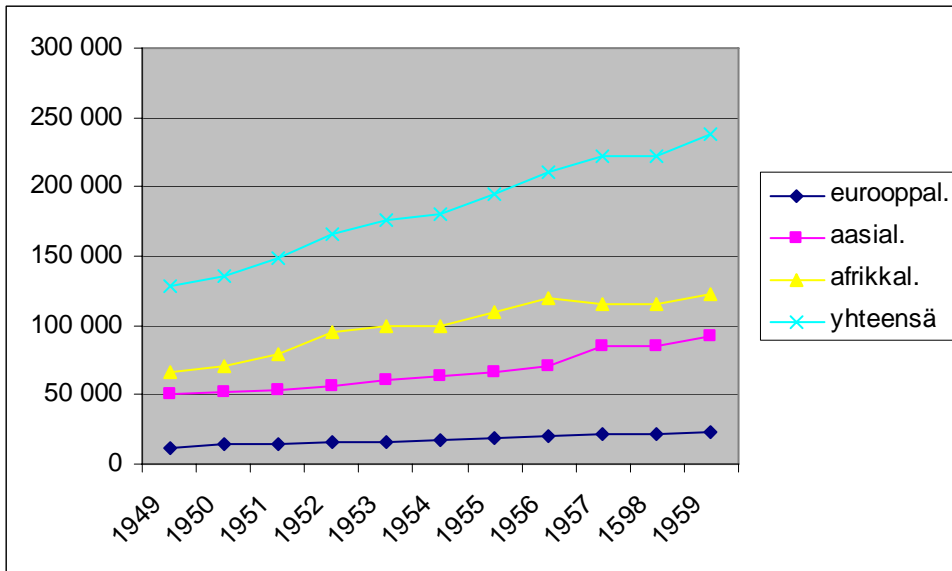
Ulin Priscilla R. 1980. Traditional Healers and Primary Health Care in Africa. Teoksessa Traditional Health Care Delivery in Contemporary Africa. Toim. Priscilla R. Ulin ja Marshall H. Segall. New York. Syracuse University.

Vaughan, M. 1991. Curing Their Ills, Colonial Power and Afrivan Illness. Oxford. Polity Press.

Viitanen Riia 2004. Slummeja ja puutarhoja – Nairobin sanitaatiohuollon rooli afrikkalaisväestön elinolosuhteiden kehityksessä 1945- 1963. Joensuun yliopiston mikrofilmikokoelma.

Liitteet

Liite 1. Nairobun väestö vuosina 1949 -1959



Liite 2. Nairobín väestön sukupuolijakauma vuonna 1949

	miehiä	naisia	yhteensä
eurooppalaiset	6000	6000	12000
aasialaiset	29800	20200	50000
afrikkalaiset	53000	13000	66000

Lähde ARMH 1949 s.11

Liite 3. Syntyneet ja syntyvyys Nairobissa 1949 - 1959

syntyvyys	tuhatta henkeä kohden										
	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
eurooppalaiset	27,2	19,7	20,2	21,03	18,4	20,9	21,4	23	21,76	24,1	21,4
aasialaiset	53,1	55,6	57,7	61	54,4	51,9	50,8	55,4	46,8	47,7	42,4
afrikkalaiset	25,8	25,6	24,7	18,1	16,1	16,5	23,6	25,6	28,57	32,3	32,4

syntyneet	elävät ja kuolleena syntyneet										
	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
eurooppalaiset	332	289	307	332	298	367	392	460	483	543	509
aasialaiset	2760	3003	3186	3514	3360	3311	3510	3880	4061	4120	3988
afrikkalaiset	1799	1863	2058	1794	1736	1763	2616	3079	3426	3836	4125
yht.	4891	5155	5551	5640	5394	5441	6518	7419	7890	8499	8622

Liite 4.**Alle yksivuotiaiden afrikkalaislasten kuolleisuus**

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1598
väestö	66 000	70 000	80 000	95 000	100 000	100 000	110 000	120 000	115 000	115 000
alle yksivuotiaiden kuolemat	286	304	362	501		453		381	383	323
alle yksivuotiaiden kuolleisuus	167,9	169,5	180	299,1		280,6		111	130,7	98,29

Alle yksivuotiaiden aasialaislasten kuolleisuus

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1598
väestö	50 000	52 000	54 000	56 000	60 000	63 000	67 000	70 000	84 500	84 500
alle yksivuotiaiden kuolemat	154	168	163	192		158		167	178	182
alle yksivuotiaiden kuolleisuus	57	57,7	52	26,2		48,5		48	46,7	46,02

Alle yksivuotiaiden eurooppalaislasten kuolleisuus

	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1598
väestö	12 000	14 500	15 000	15 500	16 000	17 500	18 500	20 000	22 200	22 200
alle yksi vuotiaiden kuolemat	8	11	16	8 0		11		7	9	14
alle yksivuotiaiden kuolleisuus	25	38,5	52	24,5 0		20,3		18	19,9	28,57

Liite 5.**Aineistossa esiintyneet sairaudet ja niiden suomennokset**

Atelectasis	keuhkojen pettäminen
Asphyxia	hapenpuute
Birth injury	syntymässä saatu vamma
Bronchitis	kehkoputken tulehdus
Bronco-pneumonia	pesäkekeuhkokuume
Gastro-entiritis	mahan ja ohutsuolen tulehdus
Congenital maformation	synnynnäinen epämuodostuma
Congenital heart disease	synnynnäinen sydänvika
Congenital syphilis	syfilis
Enterocolitis	ohut- ja paksusuolen tulehdus
Enteritis	suolitulehdus
Fractured skull	kallonmurtuma
Heart failure	sydämen pettäminen
Icterus neonatorum	keltatauti
Jaundice	a-hepatiitti
Lobar	pneumonia lohkokeuhkokuume
Malaria	malaria
Malnutrition	aliravitsemus
Maternal toxemia	äidin myrkytystila
Meningitis	aivokalvon tulehdus
Meningocele	aivokalvotyrä
Pneumonia	keuhkokuume
Prematurity	ennenaikaisuus
Septicemia	yleismyrkytys
Stomatitis	suutulehdus
Spina bifida	selkäranka halkio
Tetanus	jäykkäkouristus
Thrombophlebitis	laskimotukkotulehdus