

S T A D I A

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Esite rokotesuojauksesta ja terveysriskien ennaltaehkäisystä Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustaville virolaisille

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja AMK
Opinnäytetyö
27.4.2007

Sirpa Hartikainen
Johanna Rynnänen



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Terveydenhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Hartikainen Sirpa, Ryynänen Johanna			
Työn nimi			
Esite rokotesuojauksesta ja terveysriskien ennaltaehkäisystä Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustaville virolaisille			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2007	31 + 3 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tämä opinnäytetyö liittyy Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian ja Länsi-Talinnan sairaalaan yhteiseen STaLT-projektiin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa yhteistyökumppanin toivomuksesta esite rokotesuojauksesta ja terveysriskien ennaltaehkäisystä Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustaville virolaisille matkailijoille. Ensimmäisenä tavoitteena oli kerätä tietoa matkailusta ja virolaisten matkailutottumuksista, terveysviestinnästä ja matkailijan terveysneuvonnasta. Erityisesti kartoitettiin tutkittua tietoa matkailijoiden terveysriskeistä ja näiden ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä kuten rokotesuojauksesta. Toisena tavoitteena oli koota yhteenvedo yleisimmistä matkailijaa kohtaavista tartuntataudeista sekä niiden ennaltaehkäisystä painottuen rokotesuojaukseen. Kolmantena tavoitteena oli suunnitella esite, josta hyödyn saavat etenkin Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustavat virolaiset sekä soveltuvien osin myös muut virolaiset matkailijat.</p> <p>Opinnäytetyö koostuu teoriaosuudesta sekä esitteestä. Teoriaosuus koostuu kirjallisuudesta ja tutkimuksista löytyvästä aineistosta, jonka perusteella työstimme matkailijoiden rokotesuojauksesta ja terveysriskien ennaltaehkäisystä esitteen, jota yhteistyökumppani voi käyttää oheismateriaalina toteuttaessaan terveysneuvontaa virolaisille matkailijoille. Kansainvälisen matkailun nopea kasvu nopeuttaa tartuntatautien leviämistä maailmassa. Laadukkaalla matkailijan terveysneuvonnalla pystytään ehkäisemään matkusteluun liittyviä terveysriskejä.</p>			
Avainsanat			
rokotesuojaus, terveysriski, matkailija, esite.			



Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Public Health Nursing	
Author/Authors			
Hartikainen Sirpa and Rynänen Johanna			
Title			
Health promotion among Estonian tourists - immunization and health risk prevention when travelling to Asia and South America			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2007	31 + 2 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>This study is a part of STaLT project which is a shared project of Stadia, i.e. Helsinki Polytechnic, and West-Tallinn hospital. The idea of this study was to plan a brochure about immunization and health risk prevention to those Estonian tourists who are travelling to Asia and South America. The first aim was to gather information about travelling and the typical features of Estonian tourists, as well as about health communication and tourist health guidance. Special emphasis was laid on research material about tourists' health risks and their preventive methods, such as immunization. The second aim of this study was to compile a summary about the most common infectious diseases on tourists, and how they could be prevented, with special emphasis on immunization. The third aim of this study was to plan a brochure which benefits especially those Estonian tourists who are travelling to Asia and South America, but when applicable, also other Estonian tourists may find it useful.</p> <p>This study consists of a theoretical part and the brochure. The theoretical part contains material from literature and various studies. Based on the aforementioned, we planned a brochure about the tourists' immunization and health risk prevention. Our co-operation partner can use it as additional material when giving health guidance to Estonian travellers. The increase of international tourism accelerates the spreading of infectious diseases around the world. With the help of well planned tourist health guidance it is possible to prevent the health risks connected to tourism.</p>			
Keywords			
immunization, health risk, tourist, brochure			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	2
3	MATKAILIJAN MUOTOKUVA	2
3.1	Matkailu	2
3.2	Matkailijatyypit	3
3.3	Virolainen matkailija	5
4	MATKAILIJAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN	7
4.1	Terveysviestintä terveyden edistämisen osa-alueena	10
4.2	Matkailijan terveysriskit ja terveysneuvonta	14
4.2.1	Matkailijan terveysneuvontaan liittyviä tutkimuksia	16
4.3	Rokotesuojaus ja rokottamisen vasta-aiheet	17
5	ESITTEEN TUOTTAMINEN	20
5.1	Esitteen suunnittelu ja toteutus	20
5.2	Arviointi	22
6	OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA TOIMINTATAVAT	23
7	POHDINTA	25
	LÄHTEET	28

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö liittyy Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian ja Länsi-Talinnan sairaalan yhteiseen STaLT-projektiin. Opinnäytetyön aihe on tullut suoraan yhteistyökumppaniltamme. Viron elintason nousun myötä virolaisten matkailu kaukaisempiin kohteisiin kuten Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan lisääntyy, ja tietoa näiden alueiden erityisistä terveysriskeistä ja niiden ennalta ehkäisystä tarvitaan Virossa. (Viron tilastokeskus 2007.) Yhteistyökumppanin toivomuksesta tarkoituksena on tehdä esite rokotesuojauksesta ja terveysriskien ennaltaehkäisystä virolaisille matkailijoille.

Olemme rajanneet opinnäytetyön käsittelemään Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustavien virolaisten matkailijoiden terveyden edistämistä. Matkailijoiden terveysneuvonta soveltuu myös muille virolaisille matkailijoille, koska matkailijoiden yleisimmät terveysriskit ovat samoja matkakohteesta riippumatta. Virolaisella matkailijalla tarkoitamme kaikkia kohdemaihin matkustavia virolaisia matkailijoita riippumatta matkan luonteesta.

Jokaisen matkailijan ja terveydenhuollon ammattilaisen yhteinen tavoite on matkailu ilman terveyshaittoja. (Nohynek 2004: 8.) Matkailijan terveyden edistämisen päätavoitteena on ennaltaehkäistä matkailijaa kohtaavia terveysriskejä hyvän ja ajantasaisen terveystiedon, terveysneuvonnan ja riittävien ehkäisevien toimintojen kuten rokottamisen keinoin. Näihin tavoitteisiin vastaaminen vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta riittäviä tietoja sekä matkailijalta itseltään ymmärrystä lähteä hakemaan terveysneuvontaa hyvissä ajoin terveydenhuollon ammattilaisilta. Matkailijat vaikuttavat omilla valinnoillaan ja toiminnoillaan onnistuneeseen matkakokemukseen ilman terveyshaittoja. Terveydenhuollon ammattilaisilla on vastuu siitä, että ajanmukaista ja relevanttia tietoa on saatavilla matkailijoiden päätösten teon tueksi ja perustaksi.

Tutkimustietoa matkailijoiden terveyden edistämisestä hoitotyön toimintona on saatavilla vähän. Matkailijan terveysneuvonnan ja matkailijan sairauksien ennalta ehkäisyn osalta emme juuri löytäneet aikaisempia hoitotieteellisiä tutkimuksia. Saatavilla olevat kansalliset tutkimukset ovat lääketieteellisiä ja liittyvät tartuntatauteihin.

2 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Työn tarkoituksena on tuottaa yhteistyökumppanin toivomuksesta esite rokotesuojauksesta ja terveystarpeiden ennaltaehkäisystä Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustaville virolaisille matkailijoille. Ensimmäisenä tavoitteena on kerätä tietoa matkailusta ja virolaisten matkailutottumuksista, terveystiedosta ja matkailijan terveystiedosta sekä matkailijan terveystarpeista ja terveystarpeiden ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä kuten rokotesuojauksesta. Toisena tavoitteena on koota liitteeksi yhteenveto yleisimmistä matkailijaa kohtaavista terveystarpeista ja tartuntataudeista sekä niiden ennaltaehkäisystä painottuen rokotesuojaukseen. Liite on erillinen osio omine sisällystys- ja lähdeluetteloinen teoriaosuuden lopussa. (Liite1.) Kolmantena tavoitteena on suunnitella esite matkailijoiden rokotesuojauksesta ja terveystarpeiden ennaltaehkäisystä, josta hyödyn saavat etenkin Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustavat virolaiset sekä soveltuvin osin myös muut virolaiset matkailijat. (Liite 2.)

3 MATKAILIJAN MUOTOKUVA

3.1 Matkailu

Viime vuosina matkailun tarjonta on monipuolistunut ja matkailijoita on monenlaisia. Massaturismin ohella luonto-, kulttuuri-, hyvinvointi- ja elämysmatkailu lisääntyvät. Tutkimuksen keinoin voidaan määritellä matkailua ja matkailijaa sekä kuvata erilaisia matkailijatyyppejä ja analysoida ihmisten matkailumotivaatiota. Matkailututkimuksen piirissä on useita käsityksiä matkailun peruskäsitteistä, koska matkailu on monitieteellinen ja moniulotteinen tutkimuskohde ja sillä on lyhyt tutkimustraditio. (Kostiainen – Ahtola – Koivunen – Korpela – Syrjämaa 2003: 294; Saarinen 2004.)

Maailman matkailujärjestö (World Tourist Organization, WTO) määrittelee matkailun toiminnaksi, jossa ihmiset matkustavat ja oleskelevat tavanomaisen elinpiirinsä ulkopuolella olevassa paikassa ja korkeintaan yhden vuoden ajan vapaa-ajanvieton, liikematkan tai muussa tarkoituksessa. Jaftarin (1977) matkailun yleismääritelmän mukaan matkailu on ihmisten liikkumista ja toimintoja tavanomaisen päivittäisen asuin-

ja työympäristönsä ulkopuolella ja heitä palvelevan väestön yritys- ja organisaatiotoiminnan sekä näiden vaikutusten muodostama kokonaisuus (Saarinen 2004). Matkailu erotetaan turismista. Turismi viittaa modernin teollisen ajan ilmiöön, vapaa-ajan matkailuun ja matkailuun virkistäytymistarkoituksessa (Saarinen 2004).

Käsite matka kuvaa matkailua matkan lähtöpaikasta tai lähtömaasta käsin ja kattaa koko sen ajan, jonka henkilö on pois kotoaan. Matkan kohteen, keston ja tarkoituksen on täytettävä matkailun kriteerit eli matkan kohteen täytyy sijaita henkilön tavanomaisen elinpiirin ulkopuolella, oleskelu matkan kohteessa kestää vähemmän kuin 12 peräkkäisen kuukauden ajan ja matka tehdään vapaa-ajan vieton, liikematkan tai muussa tarkoituksessa, ei kuitenkaan sellaisen toiminnan harjoittamiseksi, josta maksetaan korvausta matkan kohteena olevassa paikassa (Suomen tilastokeskus 2007).

3.2 Matkailijatyypit

Matkailija on henkilö, joka matkustaa tavanomaisen elinpiirinsä ulkopuolella olevaan paikkaan 12 peräkkäistä kuukautta lyhyemmäksi ajaksi ja jonka matkan tarkoituksena on muu kuin sellaisen toiminnan harjoittaminen, josta maksetaan matkan kohteena olevassa paikassa korvausta (Suomen tilastokeskus 2007).

Ihmisen matkustamista ja matkustuskäyttäytymistä voidaan tarkastella matkailijatyypien mukaan. Matkailututkimuksissa matkailijoita on luokiteltu eli typologisoitu erilaisin perustein. Matkailijoita ja matkailun motiiveja on ryhmitelty sekä itsenäisesti että suhteessa matkakohteeseen. Tulkinnoissa on pyritty luomaan tyypitys matkailijasta hänen matkailutapansa perusteella. Matkailijatyypittelyt eli typologiat voidaan jakaa karkeasti kahteen pääryhmään. Vuorovaikutteiset tyypittelyt painottavat matkailijan ja matkailun kohdealueen välistä vuorovaikutusta. Kognitiivis-normatiiviset tyypittelyt korostavat matkailun taustalla vaikuttavia ja matkailijan persoonallisuuteen liittyviä tekijöitä. Typologiat luovat yleiskuvan matkailijoiden palvelujen käytöstä ja ympäristösuhteista. Määritelmiä on monenlaisia ja niitä luodessa on pyritty lisäämään edellisiin määritelmiin jotain uutta tai luomaan kokonaan uusi näkökulma tarkastella asiaa. (Vuoristo 2002: 45; Raikisto 2005: 39.)

Yhtenä tärkeimmistä ja tunnetuimmista matkailijatyypologioista on Erik Cohenin teoria, jonka hän loi vuonna 1972 perustuen Goffmanin (1959) tutkimukseen ihmisen

roolikäyttäytymisestä erilaisissa tilanteissa. Luokituksen mukaan matkailijan rooliin vaikuttavat yhtäältä uteliaisuus ja uusien elämysten tarve ja toisaalta turvallisuuden tarve. Sen mukaan millainen painotus näillä tekijöillä on, muodostuu erilaisia rooleja, jonka ääripäinä ovat turvallisuus, tuttuus ja kotoisuus tai uteliaisuus, uudet elämykset ja riskit. Toisin sanoen matkailijat jaotellaan sen mukaan, miten aktiivisesti he osallistuvat matkansa toteutukseen ja kuinka paljon sekoittuvat paikalliseen väestöön. Tässä jaottelussa on tunnistettavissa neljä perustyyppiä, joista ensimmäistä kutsutaan järjestäytyneeksi massaturistiksi, joka suosii valmiita matkapaketteja ja eristyy omaan ”ympäristökuplaansa”. Jaottelun mukaan toinen tyyppi on yksilöllinen massaturisti, joka suosii myös valmiita matkapaketteja, mutta on jonkin verran joustavampi ja aloitteellisempi kuin edellinen matkailijatyyppejä. Kolmas tyyppi on ns. tutkimusmatkailija, joka suunnittelee itse matkansa ja hakeutuu joukkoturismin ulkopuolelle, mutta suosii kohtuullisia mukavuuksia matkustaessaan. Neljänneksi tyypiksi kutsutaan ns. ajelehtijaa, joka irrottautuu organisoidusta matkailutuotannosta, etsii vieraita oloja ja uusia kokemuksia riskejä kaihtamatta ja sulautuu paikallisen kulttuurin elämänmenoon. (Vuoristo 2002: 48.)

Cohenin typologia määrittelee matkailijat kohdealueen ja matkailualan institutionalisoitumisen perusteella. Kaksi ensimmäistä ryhmää, yksilölliset ja organisoidut massamatkailijat, matkustavat mieluummin tuttuihin kohteisiin matkanjärjestäjän järjestämällä matkoilla. Hänen jaotteluissaan tutkimusmatkailijat ja ajelehtijat välttävät järjestettyä massaturismia ja järjestävät matkansa omatoimisesti. Kaksi ensimmäistä matkailijatyyppejä edustavat institutionaalisia ja jälkimmäiset kaksi ei-institutionaalisia matkailijoita. Jaottelu perustuu siihen, että ympäristösuhteen ohella tyypittelyn kriteerinä on se, onko matka organisoitu matkailijan omasta toimesta (ei-institutionaalinen) vai käyttääkö matkailija matkanjärjestäjän tuottamia palveluita (institutionaalinen). (Vuoristo 2002: 48–49.)

Toinen tunnettu teoria on Plogin vuonna 1974 luoma malli, jossa hän jakaa matkailijat ns. psykograafisiin tyyppisiin, joiden ääripäinä ovat psykosentrikot ja allosentrikot. Jaottelun mukaan psykosentrikot ovat itseensä keskittyneitä, ahtaasti ja varauksellisesti ajattelevia ihmisiä, jotka suosivat valmiita matkajärjestelyjä, passiivisia harrastuksia, tuttua ja turvallista ympäristöä. Allosentrikoita Plog kuvaa avoimiksi ja ulospäin suuntautuneiksi ihmisiksi, jotka ovat kiinnostuneita uusista kokemuksista ja

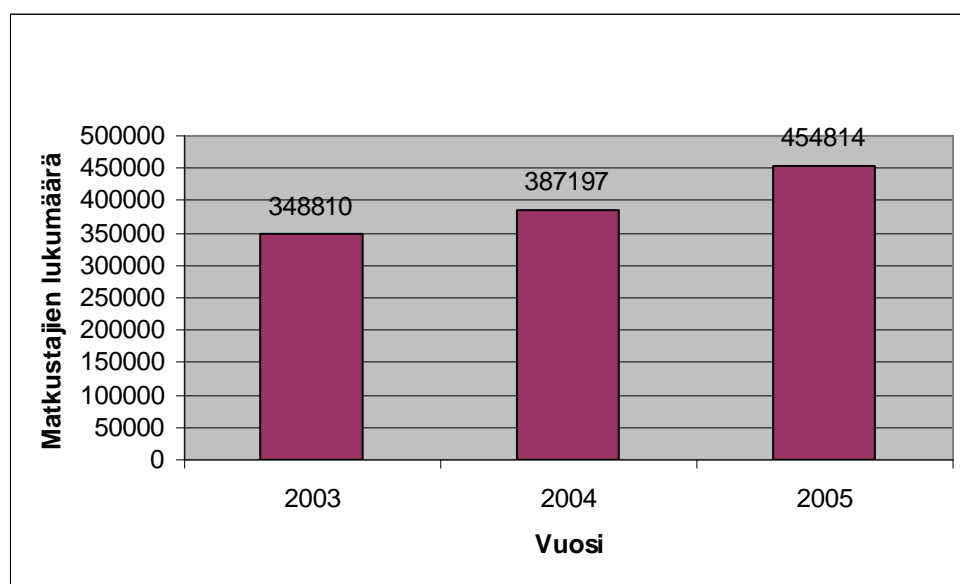
elämyksistä, vieraista kulttuureista ja ihmisistä. He suosivat itsenäisiä matkajärjestelyitä ja tyytyvät vaatimattomaankin varuste- ja palvelutasoon matkakohteessaan. Näiden kahden äärityyppin välimuotona ovat Plogin mukaan midsentrikot, joilla on ominaisuuksia molemmista päätyypeistä ja joihin suurin osa väestöstä kuuluu. Lisäksi äärityyppien ja midsentrikoiden välissä on tunnistettavissa ”lähes psykosentrikot” ja ”lähes allosentrikot”. Tiedeyhteisö ei ole hyväksynyt Plogin mallia varsinaiseksi teoriaksi siitä huolimatta, että Plogin luokitus auttaa ymmärtämään matkailijoiden psykologista käyttäytymistä ja siihen liittyviä valintoja. Mallin pätevyyttä on kritisoitu siitä, että yksilöt käyttäytyvät eri olosuhteissa eri tavoin tilanteen mukaan, kuten lyhyillä lomilla psykosentrisesti ja pitkillä lomilla allosentrisesti. (Vuoristo 2002: 47; Vuoristo 2003: 42; Saarinen 2004.)

Edellä kuvatuissa Cohenin ja Plogin matkailijatyypittelyssä on useita yhtymäkohtia. Niiden piirteet voidaan tiivistää neljään eri matkailijan perustyyppiin. Kulkurit ja tutkimusmatkailijat matkustavat tavanomaisista arki- ja matkailuympäristöistä poikkeaville alueille. He matkustavat omatoimisesti pyrkien välttämään matkailullisesti rakennettuja kohteita ja maksullisia palveluita. Yksilölliset eliittimatkailijat lomailevat eksoottisissa ja tavanomaisesta poikkeavissa matkakohteissa. He ovat kokeneita ja varakkaita matkailijoita, jotka etsivät elämyksiä lomaltansa pyrkien sopeutumaan paikallisiin normeihin, mutta turvautuvat tarvittaessa hyvätasoisiin palveluihin. Yksilölliset massamatkaajat suosivat tuttuja ja turvallisia matkakohteita. He matkustavat mielellään tuttuihin ja turvallisiin matkakohteisiin, joiden palvelutaso on suurin piirtein samaa tasoa kuin lähtöalueella. Massamatkailijat vierailevat tunnetuissa ja pitkälti kehittyneissä matkakohteissa. Heidän palveluntarpeensa on suuri ja he käyttävät runsaasti opastettuja matkoja ja ohjattuja virkistyspalveluita. Matka on suunniteltu lähes täysin lähtöalueelta. (Saarinen 2004.)

Monien matkailututkimusten typologioiden piirteet perustuvat 1970-luvulla tehtyihin tutkimuksiin. Huolimatta siitä, että viime vuosina turvallisuuden merkitys on korostunut matkailijoiden motiiveissa ja toiminnassa, voidaan matkailijatyyppeiden edelleen olettaa poikkeavan toisistaan turvallisuuden asteen ja siihen liittyen matkailuympäristön tuttuuden ja tavanomaisuuden osalta. (Saarinen 2004.)

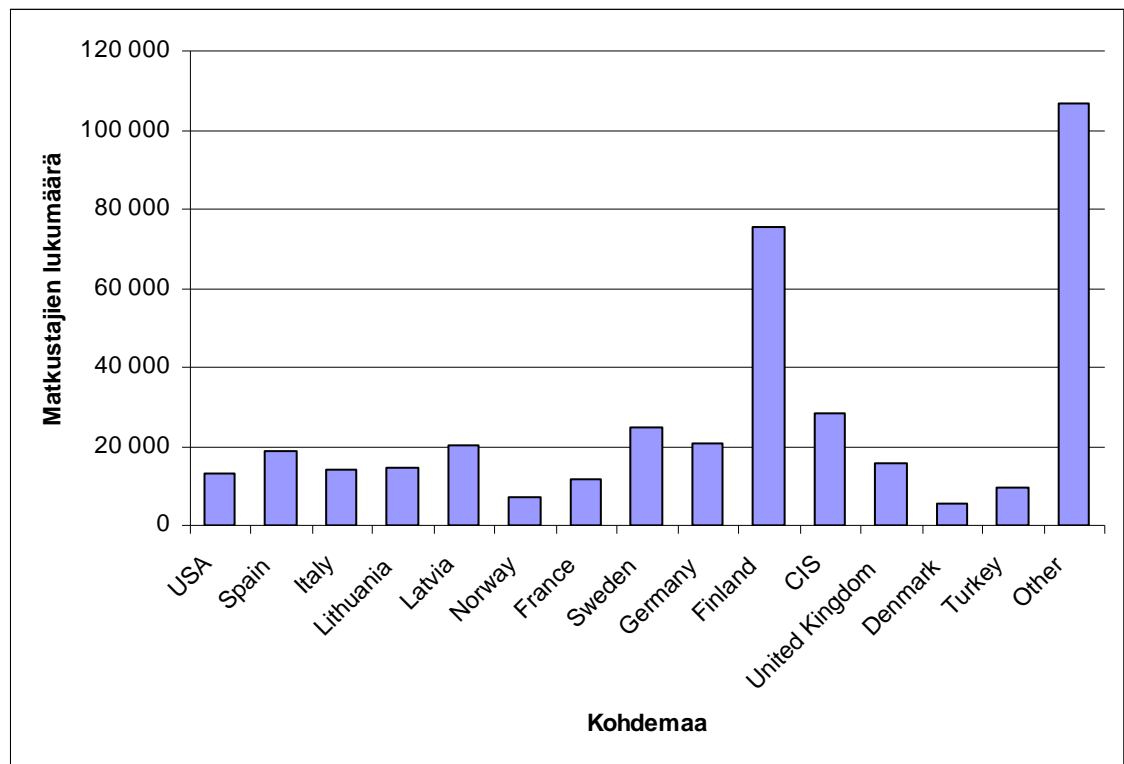
3.3 Virolainen matkailija

Viro itsenäistyi vuonna toistamiseen 1991 ja liittyi Euroopan Unioniin vuonna 2004. Virolaisten elintaso on noussut viime vuosina talouskasvun myötä ja rahaa matkustamiseen jää enemmän. Viron talous kasvaa 6-7 % vuodessa ja inflaatio on noin 3 %. (Lampi 2005.) Virolaisten keskipalkka on 430 euroa kuukaudessa. Työttömyys Virossa on noin 10 %. Viron asukasluku on lähes 1,345 miljoonaa, väestöstä 70 % asuu kaupungeissa ja 30 % maaseudulla. (Viron suurlähetystö 2007.) Väkiluku on ollut itsenäistymisen jälkeen laskussa, mutta parina viime vuonna syntyvyys on kääntynyt nousuun. (Lampi 2005.) Vuosina 2003–2005 matkustajalukumäärien nousu on nähtävissä kuviossa 1. Viron tilastokeskuksen mukaan vuonna 2004 387 197 virolaista matkusti ulkomaille matkatoimistojen kautta.



KUVIO 1. Ulkomaille matkustavien virolaisten lukumäärä vuosina 2003–2005. (Viron tilastokeskus 2007.)

Kasvu vuoteen 2003 oli 11 %. Viron tilastokeskuksen mukaan vuonna 2004 matkoista 106 693 suuntautui muualle kuin Eurooppaan lähialueille. Kuviossa 2 virolaisten Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan suuntautuneita matkoja ei ole yksilöity maittain vaan ne kuuluvat osana pylvääseen muut (Other). Esimerkiksi suomalaisista vähintään miljoona ihmistä matkustaa vuosittain Pohjoismaiden ulkopuolelle ja noin 100 000 matkustaa tropiikkiin tai subtropiikkiin. Yhtä matkustamiskuukautta kohti arviolta puolet kehitysmaihin matkanneista tuntee itsensä sairaaksi ja joka kymmenes käy lääkärissä. 100 000 matkailijasta noin 300 joutuu sairaalahoitoon ja yksi kuolee. (Ruutu 2003.) Kaukomatkojen suosion lisääntyminen on nähtävissä myös Virossa. Viron tilastokeskuksen mukaan esimerkiksi Thaimaahan matkusti vuonna 2003 matkatoimistojen kautta 4434 matkailijaa ja vuonna 2004 5614 matkailijaa.



KUVIO 2. Ulkomaille matkustavien virolaisten lukumäärä maittain vuonna 2004. (Viron tilastokeskus.)

4 MATKAILIJAN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveys ei ole määriteltävissä yksiselitteisesti, koska sen taustalla on erilaisia terveystulkintoja, jotka voidaan jakaa tieteenaloittain, voimavarakeskeisesti sekä yksilöllisesti ja yhteisöllisesti. Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan vuodelta 1948 terveys ei ole ainoastaan sairauksien ja toiminnanvajavuuden puuttumista, vaan se on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Tätä määritelmää on kritisoitu siitä, että sen asettamaa tavoitetta on vaikea saavuttaa. Ottavan asiakirjassa vuodelta 1986 WHO on määritellyt terveyden jokapäiväisen elämän voimavarana, eikä elämän päämääränä. Terveyttä pidetään kaikkien oikeutena. Terveys nähdään siten myönteisenä käsitteenä sen korostaessa sosiaalisia ja henkilökohtaisia voimavaroja sekä fyysisiä voimavaroja. Näin määriteltäessä terveys on ilmaistu toiminnallisesti ja se soveltuu paremmin terveyden edistämiseen. (Savola – Koskinen-Ollonqvist 2005:10–11; Kristoffersen 2006, 41–42.)

Terveyden edistäminen on laaja ja monenlaista toimintaa sisältävä alue, jonka määrittelyminen on vaikeaa sen moninaisuuden vuoksi. Raatikainen on kuvaillut Vertion (1994) terveyden edistämisen määritelmää kokonaisvaltaisena toimintana, jolla lisätään myönteisesti vaikuttavia sosiaalisia edellytyksiä. Ihmisten terveystyöskäytymiseen pyritään vaikuttamaan kasvatuksellisten ja yhteiskunnallisten toimenpiteiden avulla. Raatikaisen mukaan Rimpilä (1994) näkee asian samansuuntaisesti. Hänen mukaansa terveystyöskäytymisen on ihmisten auttamista muuttamaan elämäntyyliään terveyden suuntaan. Rimpilän mukaan näitä elämäntyöskäytymismuutoksia voidaan tukea vahvistamalla tietoisuutta, muuttamalla käyttäytymistä ja luomalla ympäristö, joka suosii terveyttä. (Raatikainen 2003: 11.)

Raatikainen on nostanut tutkimuksessaan esille Perttilän (1999), joka jakaa terveyden edistämisen eri käsitteisiin, joita ovat yksilö-, yhteisö-, terveystyöskäytymisjärjestelmä-, ympäristö- ja yhteiskuntapolitiikkatasoinen käsite. Yksilötason terveyden edistämisen määrittelyssä yksilö on toiminnan kohde, jolloin terveyden edistäminen on tietoista vaikuttamista yksilön asenteiden ja käyttäytymisen muuttamiseksi. Tällöin toimintamenetelmänä on riskiryhmiin kuuluvien sairauksien ehkäisy, jolloin sisältönä on ongelmien tunnistaminen ja terveyttä uhkaavien tekijöiden vähentäminen. Yksilötasoisessa terveyden edistämässä voidaan yksilö nähdä myös toimijana, jolloin terveyden edistäminen määritellään ihmisen omaksi vastuuksi ja valinnaksi. Tällöin ihmiselle tarjotaan tietoja terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja luodaan mahdollisuuksia terveisiin valintoihin, tuetaan oppimisen ja itsehallinnan kasvua sekä edistetään positiivista terveystyöskäytymistä. Yksilö nähdään aktiivisena yhteisön jäsenenä, jonka ympäristö otetaan myös huomioon terveyden edistämässä. Tällöin riskiryhmien terveyteen voidaan ajatella vaikuttavan vähentämällä terveystyöskäytymistä ja takaamalla palveluiden monipuolinen saatavuus. (Raatikainen 2003: 11–12.)

Yhteisöllinen terveyden edistäminen painottaa yhteistoimintaa, jossa hyödynnetään kansalaisten ja yhteisöjen voimavaroja ja mahdollisuuksia tukea toisiaan. Määrittelemällä terveystyöskäytymisjärjestelmä yhteisö alkaa esimerkiksi kehittää paikallisia terveyttä edistäviä oloja ja terveystyöskäytymisiä. Tällöin terveyden edistämisen vastuuta ja valtaa siirretään julkisilta järjestelmältä yksityiselle ihmisille ja heidän lähiyhteisölleen. Kansalaisten osallistuminen kuuluu yhteisöllisen terveyden edistämisen ja kansallishallinnan käsitteisiin. Terveystyöskäytymisjärjestelmä terveyden edistäjänä tarkoittaa

sairauksien ehkäisyä rokottamalla ja tekemällä erilaisia seulontoja, jotka sisältyvät terveyden suojelun käsitteeseen. (Raatikainen 2003: 12.)

Terveyttä tukevassa ympäristössä ympäristö käsittää fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen ympäristön. Näistä erilaisista ympäristöistä voidaan myös käyttää termejä luonto, kulttuuri ja ympäristö. Terveyttä edistävässä yhteiskuntapolitiikassa vaikutetaan terveyteen lainsäädännöllisin, taloudellisin, sosiaalisiin, verotuksellisiin ja elinkeinopoliittisiin keinoin. Raatikaisen mukaan Parsons (1999) kuvaa, että köyhyyden vaikuttaminen on yksi tärkeimmistä asioista. Sosiaalisen ja ympäristöllisen terveystieteiden tarkoitus on edistää terveyttä koskevaa lainsäädäntöä, jotta se voisi perustua oikeudenmukaisuuden periaatteeseen. (Raatikainen 2003:13.)

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämiseen sisältyy promotiivisia ja preventiivisiä toimintamuotoja. Tuloksia ovat terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveystieteen kehittyminen. (Savola, Koskinen-Ollonqvist 2005:8). Terveyden edistämisen toiminta perustuu arvoihin, joita ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, tarvelähtöisyys, omavoimaistaminen, oikeudenmukaisuus, osallistaminen, kulttuurisidonnaisuus ja kestävä kehitys. Arvojen pohjalta määritellään terveyden edistämisen tavoitteet promotiivisesta ja preventiivisestä näkökulmasta. Preventiivinen terveyden edistäminen tarkoittaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventiota. Primaaripreventio vähentää yksilön ja yhteisön alttiutta sairastua riskitekijöihin vaikuttamalla. (Savola, Koskinen-Ollonqvist 2005:8.) Matkailijoiden terveyden edistämässä pääpaino on preventiivisessä, ennalta ehkäisevässä terveyden edistämistoiminnassa, johon sisältyy matkailijan terveystietoa, terveystietoa ja matkailijan sairauksien ennalta ehkäisevät toimenpiteet kuten rokottaminen.

Terveyden edistämässä terveyden lukutaidolla ymmärretään tiedollisia ja sosiaalisia taitoja, jotka määrittävät yksilön motivaation ja kyvyt saada tietoa, ymmärtää ja käyttää sitä terveyttä edistävällä ja ylläpitävällä tavalla. Terveyden lukutaidossa ei ole niinkään kysymys tiedon määrästä, vaan yksilön mahdollisuudesta terveystietoa hyödyntämällä osallistua ja vaikuttaa omaan ja yhteisönsä terveyteen. Terveyden lukutaito viittaa sen laatuiseen tiedon, henkilökohtaisten taitojen ja luottamuksen tason saavuttamiseen,

jolloin yksilö voi toimia oman ja yhteisönsä terveyden parantamiseksi muuttamalla elämäntyyliään ja vaikuttamalla elinolojen kehittämiseen. Terveyden lukutaito on elinikäinen prosessi, johon vaikuttavat ympäristö ja kulttuuri. Terveyden lukutaitoon liittyy tietoisuuden lisääminen, jossa yksilöille ja yhteisöille viestitään terveyteen vaikuttavien tekijöiden olemassaolosta ja näin saatua tietoa käsitellään palautteen avulla. (Savola - Koskinen-Ollonqvist 2005:84–85.)

4.1 Terveysviestintä terveyden edistämisen osa-alueena

Painotamme tässä terveystietoa käsittelevässä kappaleessa hyvän terveysaineiston ominaisuuksia, koska pyrimme käyttämään siihen liittyviä tietoja hyväksenne laatiesamme esitettä. Terveystietoa on tavoitteellista toimintaa, jossa pyritään lisäämään suuren yleisön ja päätöksentekijöiden terveystietoisuutta, jotta yksilöiden ja yhteisöjen terveydentilaa voitaisiin parantaa. Terveystietoinnassa ei päämääränä ole ainoastaan tiedon levittäminen, vaan terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, hoito tai kuntoutus. Terveystietoa on menetelmä tiedottaa terveyteen liittyvistä asioista väestölle ja saada tärkeät terveystietokysymykset keskusteltaviksi. (Savola ym. 2005:78.)

Terveystietoinnän avulla voidaan vahvistaa terveyteen liittyviä uskomuksia ja asenteita, sen avulla voidaan innostaa ihmisiä etsimään lisätietoa ja saada aikaan terveellisiä elämäntapoja. Terveystietoa sisältää henkilökohtaisen terveystietoneuvonnan, terveystietojournalismin (terveystietokirjoittelun lehdissä), yhteisöviestinnän, riskeistä viestimisen, sosiaalisen viestinnän ja markkinoinnin. Terveystietoa voidaan nähdä myös laajemmin, tällöin laaja-alainen terveystietoa sisältää kaikenlaisen joukkoviestinnän kuten terveystietovalistuksen, terveystietomainokset, terveystietojournalismin ja terveyttä käsittelevän viihteen, kohdeviestinnän kuten potilasohjeet ja terveydenhuollon sisäisen viestinnän sekä interpersonaalisen viestinnän kuten lääkärin tai hoitajan ja potilaan välisen keskustelun. (Savola ym. 2005: 78.)

Hyvän terveysaineiston tunnistaa siitä, että sillä on konkreettinen terveystavoite. Terveystavoite ohjaa sisällön muodostumista ja tarkentaa sitä. Hyvästä aineistosta voi lukija hahmottaa mihin terveystietasiaan tai ongelmaan aineisto liittyy ja ymmärtää, mihin aineistolla pyritään. Terveystietaineistolla on mahdollista vaikuttaa asenteisiin, arvostuksiin, uskomuksiin, aikomuksiin ja mielikuviin. Terveystietaineiston sisältöä

voidaan rajata tavoitteen näkökulmasta: sen tähden kaikkea ei tarvitse eikä kannata sanoa yhdessä esitteessä. (Parkkunen ym. 2001:11–12.)

Terveysaineiston tiedon tulee olla virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa. Terveysaineiston käyttäjän on pystyttävä luottamaan siihen, että aineistossa oleva tieto perustuu tutkittuun tietoon. Tuomalla esille sisällöntuottajien nimet ja koulutuksen tai kokemuksen vaikutetaan vastaanottajan kokemukseen tiedon oikeellisuudesta. Lähteen merkitseminen kertoo myös tiedon alkuperästä, ja samalla käyttäjä saa tiedon siitä, mistä hän voi hankkia lisätietoa terveysaineistossa käsiteltävästä asiasta. Tiedon ajantasaisuudesta voidaan viestiä merkitsemällä aineistoon sen valmistumisvuosi tai päivitysajankohta. (Parkkunen ym. 2001: 12.)

Tilanne ratkaisee halutaanko terveysaineistossa tarjota mahdollisimman kattavat perustiedot käsiteltävästä aiheesta vai ytimekkäästi keskeiset asiat. Sisällön muodostus riippuu terveysaineiston tavoitteista. Vastaanottajan omaksumiskyky on kuitenkin rajallinen ja tämä kannattaa muistaa sisältöä suunniteltaessa. Terveysaineistossa sopivan tietomäärän rajaaminen on vaikeaa. Asiat kannattaa esittää kuitenkin lyhyesti ja ytimekkäästi ja asiaan kuulumaton tieto kannattaa jättää pois. Vastaanottajalle tarjotaan se tieto, joka sillä hetkellä on olennaisinta. (Parkkunen ym. 2001: 12.)

Kun potilaita on pyydetty nimeämään tekijöitä, jotka vaikuttavat heidän käsityksiinsä hyvästä aineistosta, on luettavuus noussut kaikkein tärkeimmäksi tekijäksi. Luettavuutta heikentää monimutkaisten lauserakenteiden ja vaikeiden käsiteiden käyttö. Lukijan huomion kiinnittävät paremmin lyhyet, informatiiviset lauseet kuin pitkät ja monimutkaiset. Kannattaa valita pitkän sanan tilalle vastaava lyhyempi sana, jos se vain on mahdollista. Terveysaineiston tulisi sisältää helppoja ja tuttuja käsitteitä, koska niiden käyttö helpottaa asioiden ymmärtämistä, asiayhteyksien muodostumista ja asioiden muistamista. Sivistryssanojen käyttöä tulisi välttää. Tekstin luettavuutta parannetaan välttämällä liian tiivistä, asiapitoista tekstiä sekä rajoittamalla tekstin määrää. (Parkkunen ym. 2001: 13–14)

Helppolukuisuuteen vaikuttaa myös asioiden esitystapa. Asiat kannattaa, mikäli mahdollista, esittää positiivisesti. Esitystavan havainnollisuudella on myös vaikutusta luettavuuteen. Asian havainnollistaminen helpottaa sen hahmottamista ja ymmärtämistä. Samaistuminen käsiteltävään asiaan lisää sen ymmärrettävyyttä. Asia tuntuu

läheisemmältä kuin passiivin sijasta käytetään tekstissä aktiivia. Ymmärrettävyyteen vaikuttavat myös tyyliseikat, kuten lauseiden pituuden ja rakenteiden vaihtelu. Kappalejako on merkinä siitä, että asia vaihtuu ja tekstiä on tällöin helpompi hahmottaa. Tekstistä tulee jouhevampaa kun lauseita sidotaan mutta ja myös-sanoilla. Kieliopin suhteen tulee olla tarkka, mutta sitä ei tarvitse noudattaa orjallisesti. (Parkkunen ym. 2001: 14.)

Terveysaineiston ulkoasuun liittyvillä seikoilla voidaan vaikuttaa aineiston esitystavan selkeyteen. Sisältöä voidaan selkeyttää tekstityypin valinnalla ja tekstin koolla, tekstin asettelulla, kontrastilla, värien käytöllä ja havainnollistavalla kuvituksella. Tekstityyppi ja – koko vaikuttavat aineiston tunnelmaan. Sillä voidaan vaikuttaa paljon aineiston käyttökelpoisuuteen myös erityisryhmien kohdalla. Usein erityisryhmien tarpeita ei ole otettu kylliksi huomioon tekstityyppejä ja kokoa mietittäessä. Kirjasintyyppi tulee olla selkeä ja yksinkertainen. Pienillä kirjaimilla kirjoitettua tekstiä on helpompi lukea kuin isoilla kirjaimilla kirjoitettua. Lihavointia ja kursivointia tulee käyttää lähinnä otsikoiden korostuskeinona. Terveysaineiston sisällön selkeyteen vaikutetaan myös tekstin sijoittelulla. Tekstiä voidaan jakaa osiin kappalejaon ja otsikoinnin avulla. Tekstin luettavuutta parantavat myös riittävät rivivälit otsikoiden ja kappaleiden välillä sekä tekstin ja taustan hyvä kontrasti. Suositeltavia tekstivärejä ovat musta, tummanvihreä ja tummansininen valkoisella taustalla. Taustan on hyvä olla yksivärinen koko tekstissä. (Parkkunen ym. 2001: 15–16.)

Sisältöä voidaan muokata helpommin hahmoteltavaksi erilaisilla ulkoasullisilla seikoilla. Sanoman ymmärrettävyyttä voidaan lisätä tehostuksilla ja otsikoinnilla. Väliotsikot kertovat tekstin jäsenyyksien ja toimivat samalla hakemistona. Muuttamalla kirjainkokoja ja -tyyliä tai käyttämällä eri värejä voidaan tekstin pääkohtia korostaa. Korostuskeinot, joita suositellaan, ovat lihavointi ja kirjasinkoon suurentaminen. Kursivointia ja isoja kirjaimia suositellaan käytettäväksi kuitenkin vain otsikoissa. Olennaista korostamalla saadaan terveysaineiston keskeiset sisällöt erottumaan muusta tekstistä ja jo silmäilemällä tekstiä voidaan saada käsitys aineiston keskeisestä sisällöstä. (Parkkunen ym. 2001: 17; Niemi – Nietosvuori – Virikko 2006: 126)

Terveysaineistossa kuvituksen käytöstä on hyötyä, koska kuvan ja tekstin yhdistäminen säilyttää asian muistissa tehokkaammin kuin erikseen esitettynä. Kuvituksen ja tekstin yhdistämistä suositellaan aina, koska silloin saadaan aikaan parempi vaikutus lukijaan.

Kuvituksella kiinnitetään huomio aineistoon ja sillä voidaan vaikuttaa lukijan asenteisiin ja tunteisiin. Terveysaineistolla on aina esteettinen ja symbolinen merkitys, perusviestinsä lisäksi, joten kuvituksen käyttö on siksikin perusteltua. Aineiston kuvitus vaikuttaa sen kiinnostavuuteen, se lisää mielenkiintoa ja sillä on tärkeä merkitys asian ymmärtämisen apuna. Terveysaineistossa käytettävien kuvien tulisi sopia aineiston yleisilmeeseen, niiden tulisi olla informatiivisia ja liittyä käsiteltävään asiaan, jolloin ne tukevat asioiden ymmärtämisessä ja kokonaisnäkömyksen muodostamisessa. Kuvat kannattaa sijoittaa aina samaan kohtaan, varsinkin silloin kun aineistossa käytetään useita kuvia. (Parkkunen ym. 2001: 17–18.)

Terveysaineiston kohderyhmän tulee olla selkeästi määritelty, koska vain tuntemalla kohderyhmän maku, voidaan tuottaa sellaista valistusta, joka myös koskettaa vastaanottajaa. Parkkusen mukaan Kreuterin ym. tekemässä tutkimuksessa vahvistui käsitys siitä, että aineiston sopivuus lukijalle on edellytys sen vaikuttavuudelle. Ennen aineiston tuottamista tulisi kartoittaa kohderyhmän erityistarpeet ja pyrkiä sitten vastaamaan niihin. Kohderyhmä kannattaa määritellä tarkoin ja rajata se tarpeeksi suppeaksi. Näin tehtäessä kohderyhmän ominaispiirteitä on helpompi selvittää ja tehdä aineistosta sen mukaista. (Parkkunen ym. 2001:18–19.)

Kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen on erityisen tärkeää. Kulttuuri huomioidaan tekemällä kartoitusta kohderyhmän tiedoista, taidoista, asenteista ja uskomuksista. Samalla selviää jakautuuko kohderyhmä alaryhmiin. Terveysaineistossa olevat asiat tulee esittää kohderyhmää loukkaamatta ja välttämällä liikaa yleistystä. Kohderyhmään kuuluvia ei saa aliarvioida. Hyviä kokemuksia on saatu silloin, kun kohderyhmä on otettu mukaan terveystieteiden suunnitteluun. Esitestausta suositellaan, koska asiantuntijoiden ja terveystieteiden vastaantajien käsityksien on todettu poikkeavan toisistaan. Esitestauksessa selvitetään kohderyhmän toiveita ja varmistetaan lopullisen version soveltumisesta kohderyhmälle. (Parkkunen ym. 2001:19.)

Terveystieteiden saatu ensivaikutelma vaikuttaa siihen, haluaako vastaanottaja tutustua aineistoon. Aineisto, joka herättää vastaanottajan mielenkiinnon ja houkuttelee tutustumaan siihen, on yleensä huomiota herättävä ja se poikkeaa perinteisestä toteutustavasta. Hyvän tunnelman luominen terveystieteiden saatuun on tärkeää, koska se vaikuttaa siihen millaisia reaktioita se vastaanottajissa saa aikaan. Tunnelma voi olla joko ahdistava tai miellyttävä. Pelottavien mielikuvien käyttö aineistossa on

ristiriitaista. Vertailtaessa mainoksia on havaittu, että myönteisintä mainosta pidettiin miellyttävämpänä, kun taas pelottelevinta mainosta pidettiin ahdistavampana ja epämiellyttävämpänä. Pelottavin viesti oli kuitenkin tehokkain, kun mainosten tehokkuutta mitattiin käyttäytymisen muuttumisena. Kokemukset esimerkiksi ahdistavuudesta ovat yksilöllisiä. Vaikka terveystieteiden tutkimukset osoittavat, että yksikin huonosti toteutettu seikka latistaa helposti alleen muut onnistuneesti tehdyt asiat ja ideat. (Parkkunen ym. 2001:19–21.)

4.2 Matkailijan terveysriskit ja terveysneuvonta

Matkan aikana matkailijoita uhkaavat monenlaiset sairaus- ja onnettomuusriskit. Riski voidaan määrittellä erilaisten ei-toivottujen tapahtumien todennäköisyyden ja seurausten yhdistelmäksi. (Rantanen 2006: 64.) Niiden esiintymiseen vaikuttaa voimakkaasti matkailijan oma käyttäytyminen, elintavat ja matkan kohde. (Pönkä 2006: 107.) Yksilön terveyteen kohdistuvat riskit ovat tärkeitä terveyden edistämisen kannalta. Terveysriskit voivat olla joko vapaaehtoisia tai niille voidaan altistua tahdosta riippumatta. Harvat terveysriskit ovat kokonaan poistettavissa, mutta niitä voidaan yrittää hallita riskejä koskevan tiedon, riskien arvioinnin ja suhteuttamisen avulla. Matkailijan terveysriskien arviointi on tärkeä osa matkailijan terveyden edistämistä ja vastuullinen rooli siinä on matkailijalla itsellään, koska terveysriskien arviointi on mahdollista vasta silloin, kun matkailija itse ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattilaisiin. (Syrjälä 2002: 23; WHO 2005.) (Liite 1.)

Terveydenhoitotyössä terveysneuvonta on suunnitelmallista pyrkimystä vaikuttaa yksilön voimavaroihin ja terveyden edellytyksiin. Terveysneuvonta sisältää asiakkaan ja terveydenhuollon asiantuntijan välisen vuorovaikutuksen sekä tietojen ja psykososiaalisen tuen antamisen. (Syrjälä 2005: 28.) Sen avulla pyritään edistämään asiakkaan elämänlaatua, vahvistamaan voimavaroja ja tukemaan osallistumista ongelmanratkaisuun. Olennaista on tunnistaa ne tilanteet, joissa ihminen tarvitsee terveysneuvontaa ja ohjausta valinnoilleen. (Hakulinen – Pietilä - Koponen 2002: 312.)

Terveysneuvonta alkaa neuvonnan tarpeesta ja sen tunnistamisesta. Matkailijan tulee ensin lähteä itse aktiivisesti hakemaan terveysneuvontaa, ennen kuin asiantuntija voi sitä hänelle antaa. Virolainen matkailija saa tarvittaessa terveysneuvontaa sairaaloiden rokotuspisteistä ja omalta perhelääkäriltään. Matkailuun liittyvä terveysneuvonta

perustuu asiakkaalta saatuihin tietoihin yhtäältä liittyen matkaan ja toisaalta liittyen matkailijaan itseensä. Matkaan liittyvät tiedot koostuvat matkakohteesta, matkareitistä, matkan kokonaisuudesta, matkustustavasta ja matkan luonteesta. Matkailijaan itseensä liittyvistä tiedoista huomioidaan matkailijan ikä ja sukupuoli sekä hänen aiempi ja nykyinen terveydentila sekä mahdollinen raskaus. Matkailijan on hyvä ottaa selvää matkakohteensa terveysriskeistä hyvissä ajoin ennen matkaa. Jos matkailijan terveys on hyvä, eikä hänellä ole perussairauksia, riittää valmistautuminen 1-2 kuukautta ennen tropiikkiin suuntautuvaa matkaa. Jos matkailijalla on perussairaus kuten sydämen vajaatoiminta tai diabetes, joka ei ole hyvässä tasapainossa, matkalle valmistautumiseen kannattaa varata kolme kuukautta. Näin jää riittävästi aikaa rokotusten ja lääkityksen suunnitteluun. Perussairauden vaatimasta hoidon mahdollisesta muuttamisesta ja muista mahdollisista toimenpiteistä on sovittava lääkärin kanssa jo hyvissä ajoin ennen matkaa. Rokotuskäytännöt ovat nykyisin muuttuneet niin, että eläviä rokotteita lukuun ottamatta muut rokotteet voidaan pistää samanaikaisesti tai millä aikavälillä tahansa. Elävät rokotteet annetaan joko keskenään samanaikaisesti tai kuukauden välein. Terveysneuvonnassa huomioidaan yksilöllisesti jokaisen matkailijan altistuminen kyseisen matkakohteen terveysriskeille ja kohdennetaan terveysneuvonta niihin riskeihin, joita hän todennäköisesti matkallaan kohtaa. Erityisesti terveysneuvonta korostuu tiedossa oleville korkean terveysriskin endeemisille alueille matkustettaessa. Matkaan valmistauduttaessa on hyvä huomioida, millaiset lääketieteelliset palvelut kohdemaassa on saatavilla. Kunkin matkailijan kohdalla tehdään erikseen suunnitelma neuvonnan sisällöstä ja määrästä. (Nohynek ym. 2004:8; Syrjälä 2005; Pönkä 2004:108; Nohynek ym. 2003: 653.)

Matkailijan terveysneuvonnassa on sisältöalueita, jotka soveltuvat sekä Aasian ja Etelä-Amerikan matkustaville että soveltuvien osin muillekin matkailijoille. Näitä ovat juomaveteen, ruokailuun ja päihteisiin liittyvä terveysneuvonta sekä sukupuolitaudeilta, auringon ultravioletisäteilyltä ja hyttysen pistoilta suojautumiseen liittyvät varotoimet. Alkoholinkäytön ja sairaus- ja onnettomuusriskien välillä on selvä yhteys. Alkoholin käytön ja kulutuksen kasvaessa erilaiset riskit lisääntyvät. (Liite 1.) Ulkomaille matkustaessa erilaiset maa- ja maanosakohtaiset rokotukset saattavat olla tarpeen. Hyvät, tarkat neuvot ja riittävät ehkäisevät toimet ovat tärkeitä kaikille matkailijoille samoin kun tiedot maan turvallisuustilanteesta. (Nohynek ym. 2003:655.)

4.2.1 Matkailijan terveysneuvontaan liittyviä tutkimuksia

Matkailijan terveyteen vaikuttavat matkailijan oma käyttäytyminen ja terveyteen liittyvät valinnat. Kansainvälisesti on tehty tutkimuksia matkailijoiden tietoihin, asenteisiin ja käyttäytymiseen liittyen. Hamerin ja Connorin (2004) tutkimuksen mukaan Etelä-Amerikkaan ja Aasiaan matkustavista pohjoisamerikkalaisista matkailijoista suurin osa uskoi rokotteiden olevan tehokas suoja, mutta vain harvat olivat ottaneet rokotesuojauksen. Matkailijoista 11 % oli ottanut tetanus-, 14 % hepatiitti- A-, 13 % hepatiitti B- ja 5 % keltakuumerokotteen. Saman tutkimuksen mukaan noin 36 % matkailijoista oli hakenut terveysneuvontaa ennen matkalle lähtöä.

Van Herckin ym. (2003) tutkimuksen mukaan eurooppalaisista matkailijoista yksi kolmasosa oli suojautunut malariaprofylaksialla matkustaessaan malarian endeemisille alueille. Näistä matkailijoista 52,1 % oli ottanut yhteyttä terveydenhuollon ammattilaisiin ennen matkaa. Myös Tooveyn, Jamiesonin ja Hollowayn (2003) mukaan kansainvälisten matkustajien rokotussuojauksissa on ollut puutteita. Johannesburgista lähtevistä matkailijoista 37 % oli saanut rokotesuojauksen A-hepatiittia vastaan ja 27 % B-hepatiittia vastaan. Keltakuumerokotteella oli suojautunut 76 % keltakuumealueella matkustavista matkailijoista. Edellisten tutkimusten perusteella voidaan päätellä, että matkailijoiden terveyden lukutaidossa on parantamisen varaa.

Rombon, Lindrothin, Monteliuksen ja Stenlundin (2000) tutkimus ruotsalaisten matkailijoiden terveysriskien tiedonhausta osoittaa matkailijan terveysneuvonnan laadun vaikuttavan matkailijan terveystyöskäytymiseen. Terveystyöskäytymisen ammattilaisilla on tärkeä rooli matkailijan terveysriskeistä ja niiden suojautumiskeinoista tiedottamisessa. Rombon tutkimuksessa Etelä-Aasiaan matkustavista 82 % haki tietoa terveysriskeistä terveydenhuoltohenkilöstöltä. Malarian osalta ne, jotka eivät käyttäneet malarian suojaukseen hyttyskarkotetta tai – verkkoa, eivät olleet saaneet siihen neuvontaa silloin kun olivat hakeneet malariaprofylaksialääkitystä tai matkailijan rokotesuojausta. Syrjälän (2005) hoitohenkilökunnalle tekemän haastattelututkimuksen mukaan suomalaiset matkailijat hakevat nykyisin aktiivisesti tietoa matkailijan terveysriskeistä ja niiden suojautumisesta. Tosin tutkimuksessa on käynyt ilmi, että hoitajat joutuivat myös ”oikomaan” internetistä ja muualta haetun tiedon pohjalta tulkittuja väärinkäsityksiä. Matkailijoiden terveysneuvontaa antavilla ammattilaisilla tulee olla ajantasaiset tiedot

terveysriskeistä ja niiltä suojautumiselta ja vastuu niiden välttämisestä matkailijoille, jotta matkailija saa niistä tukea tehdessään omia valintojaan.

4.3 Rokotesuojaus ja rokottamisen vasta-aiheet

Rokottaessa elimistöön viedään tautia aiheuttavaa mikrobia tai sen osaa sellaisessa muodossa, että se saa elimistössä aikaan suojan, aktiivisen immunitetin, tätä taudinaiheuttajaa vastaan. Rokotesuojaus muodostuu joko vasta-aineista tai soluvälitteisestä immunitetista ja kohdistuu rokotuksen jälkeen aina juuri kyseistä bakteeria, virusta tai toksiinia vastaan, jota elimistöön on viety rokotteen muodossa. Näin saatu suojaus voi olla jopa infektion antamaa suojaa parempi, ja se saadaan ilman sairauden aiheuttamia kiusallisia tai vaarallisia oireita. Vaikka rokote yleensä pistetään neulalla, on olemassa muitakin mahdollisuuksia rokotteen antamiseksi. Osa rokotteista voidaan antaa suun kautta liuoksena tai kapseleina. (Nohynek 2005: 10.)

Rokotteet voidaan luokitella kolmeen ryhmään koostumuksensa perusteella. Eri rokotetyyppejä ovat inaktivoituja eli tapettuja mikrobeja sisältävät virus- ja bakteerirokotteet, eläviä heikennettyjä mikrobeja sisältävät virus- ja bakteerirokotteet sekä mikrobien puhdistettuja antigeeneja sisältävät virus- ja bakteerirokotteet. (Pönkä 2006: 8; Kuronen – Ölander 2005: 10–11.)

Maailman terveysjärjestön WHO:n Euroopan alueen asiantuntijaryhmä on laatinut luettelon rokotusten todellisista vasta-aiheista ja sellaisiksi luulluista.

1) Kuumeinen infektio tauti

Rokottamista siirretään, jos rokotettavalla on kuumeinen infektio tauti. Rokottaminen ei pahenna infektiota, eikä infektio tauti vähennä vastetta rokotettaessa rokotteilla, jotka sisältävät inaktivoituja mikrobeja ja puhdistettuja antigeenejä. On kuitenkin olemassa teoreettinen mahdollisuus, että rokottaessa rokotteilla, jotka sisältävät eläviä heikennettyjä mikrobeja, infektion oireet ja rokotuksen mahdollisesti aiheuttamat haittavaikutukset saattavat sekoittaa ja siten häiritä mahdollisen haittavaikutuksen arvioimista. Lieväoireiset infektiot, kuten nuha, korvatulehdus ja ripuli eivät ole vasta-aiheita.

2) Immuni järjestelmän häiriöt

Vakavia immuunipuutostiloja sairastaville ei tule antaa rokotteita, jotka sisältävät heikennettyjä eläviä viruksia tai bakteereita. Muita rokotteita voidaan antaa normaalisti, mutta niiden teho voi jäädä tavallista heikommaksi.

3) Henkeä uhkaava tai vakava reaktio aiemman rokotuksen jälkeen

Rokotuksesta pidättäydytään silloin, jos sama rokote on aikaisemmin johtanut anafylaktiseen reaktioon, enkefaliittiin, enkefalopatiaan tai kuumeettomiin kouristuksiin. Aikaisempi selkeä kuume-kouristus ei ole ehdoton vasta-aihe rokottamiselle.

4) Diagnostivaiheessa oleva kouristustauti

Selvittelyvaiheessa oleva hermostosairaus, tai jos taudin oireisto on etenevä, on lääkärin syytä harkita rokotteen annon siirtämistä, kunnes diagnoosi on varmistunut ja oireisto vakiintunut.

5) Raskaus (suhteellinen vasta-aihe)

Raskaana oleville ei rokotuksia yleensä suositella, joitakin poikkeustilanteita lukuun ottamatta. Raskaus on suhteellinen vasta-aihe rokottamiselle, koska rokotus raskauden aikana aiheuttaa lähinnä teoreettisen vaaran. Eri puolilla maailmaa käytetään inaktivoituja mikrobeja ja puhdistettuja antigeenejä sisältäviä rokotteita myös raskauden aikana.

6) Voimakas yliherkkyys jollekin rokotteen sisältämälle aineosalle.

Rokotteissa on aineosia ja apuaineita, joille voi esiintyä voimakasta yliherkkyyttä. Pääsääntöisesti rokotetta, joka on aiheuttanut anafylaktisen reaktion, ei enää anneta. Osa rokotteista tuotetaan hedelmöitettyissä kananmunissa, joten eniten kysymyksiä aiheuttaa juuri kananmunalle allergisten rokottaminen. Voimakkaasti kananmunalle yliherkälle henkilölle, joka saa anafylaktisia oireita nautittuaan mitä tahansa kananmunaa sisältävää ruoka-ainetta, ei tule antaa rokotteita, jotka on tuotettu hedelmöitettyissä kananmunissa. Kananmuna-allergiselle voidaan harkita kanan alkioista peräisin olevissa soluviljelmissä tuotettujen rokotteiden käyttöä silloin, jos rokottamisen hyödyt arvioidaan suuremmiksi kuin sen mahdolliset haitat. (Postila 2005: 30–33.)

Kaikkien matkailijoiden on hyvä huolehtia, että heillä on matkalle lähtiessään voimassa ainakin jäykkäkouristus-, kurkkumätä- ja MPR-rokotukset, joiden tulisi olla voimassa riippumatta siitä, mikä matkan kohde on. Taulukossa 1 on esitelty Viron yleinen rokotusohjelma vuodelta 2004. BCG- rokote tuberkuloosia vastaan annetaan vain yhden kerran ensimmäisten elinviikkojen aikana. DTwP-rokote kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan annetaan 3kk:n, 4,5kk:n, 6kk:n ja 2 vuoden

iässä, josta tehosterokote annetaan 7, 12 ja 17 vuoden iässä. D, T ja P tarkoittavat korkeampaa ja d, t, p alhaisempaa antigeenimäärää. Oraalinen poliorokote annetaan 3kk:n, 4,5kk:n ja 6kk:n sekä 2 ja 7 vuoden iässä. MPR- rokote tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa vastaan annetaan 12kk:n ja 13 vuoden iässä. HBV- rokotukseen hepatiitti B:tä vastaan kuuluu kolme annosta, joista toinen annetaan kuukausi ja kolmas puoli vuotta ensimmäisen annoksen jälkeen. Jos suojaa tarvitaan nopeasti, voidaan kolmas annos antaa jo kahden kuukauden kuluttua ensimmäisestä. Aikuiset huolehtivat jatkossa rokotteiden tehosteista. dT - tehoste kurkkumätää ja jäykkäkouristusta vastaan tulee ottaa 10 vuoden välein. IPV- tehosterokote otetaan vain erityistilanteissa, esimerkiksi matkustettaessa endemisille alueille. (Nohynek ym. 2005: 219.)

TAULUKKO 1. Viron rokotusohjelma 2004. (Nohynek ym. 2005: 219.)

BCG	DTwP	DtaP	DT/dT /dtap	Vesi- rokko	OPV	IPV	MPR	Hib	HBV
<1vk	3,4½, 6kk, 2v	-	7,12 ja 17v	-	3, 4½, 6kk, 2 ja 7 v	-	12kk, 13v	-	0,1,6kk

BCG = tuberkuloosirokote, DTwP= kokosolupertussista sisältävä DTP-rokote (kurkkumätä I difteria = D, jäykkäkouristus I tetanus = T, hinkuyskä I pertussis = P), DtaP= solutonta pertussista sisältävä DTP-rokote, DT/dT/dtap= kurkkumätä(D)-ja jäykkäkouristus(T)-rokote/kurkkumätä(d)- ja jäykkäkouristus(T)-tehosterokote/kurkkumätä(d)-jäykkäkouristus(t)- ja soluton hinkuyskä(ap)-rokote. Vesirokko=vesirokkorokote, OPV=eläviä heikennettyjä mikrobeja sisältävä oraalinen poliorokote, IPV= inaktivoitu poliorokote, MPR= tuhkarokko (morbilli = M)-, sikotauti (parotitis = P)- ja vihurirokko (rubella = R) -rokote, Hib = Haemophilus influenzae tyypin b – rokote, HBV = hepatiitti B – rokote. (Nohynek ym. 2005: 219.)

Yleisen rokotusohjelman lisäksi matkailijoille annetaan tarvittaessa keltakuumerokotus tietyille alueille Etelä-Amerikkaan matkustettaessa, tarvittaessa polio-, meningokokki- ja hepatiitti A-rokotus sekä pitkiä aikoja endemisillä alueilla oleskeleville tarvittaessa hepatiitti B-, Japanin aivotulehdus-, rabies-, kolera- ja lavantautirokotukset. (Liite 1.) (Hovi - Nohynek - Siikamäki - Siitonen - Turtiainen 2004: 128–131.) Matkailija joutuu yleensä itse korvaamaan yleisen rokotusohjelman ulkopuoliset rokotuskustannukset (Nohynek ym.2005:216).

5 ESITTEEN TUOTTAMINEN

5.1 Esitteen suunnittelu ja toteutus

Suunnittelemme Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustaville virolaisille esitteen rokotesuojauksesta sekä yleisimmistä matkailijaa kohtaavista terveysriskeistä ja niiden ennaltaehkäisystä. Pyrimme kokoamaan esitteeseen ajankohtaista tietoa matkailijan yleisimmistä terveysriskeistä ja niiden ennaltaehkäisystä. Esite toimii myös oheismateriaalina yhteistyökumppanin toteuttamalle terveysneuvonnalle. Ajatuksenamme on, että yhteistyökumppani voi jatkossa päivittää esitteen tietoja tarpeen mukaan.

Painotamme esitteessä matkailijan tärkeimpiä rokotuksia sekä malarian ja denguekuumeen ennaltaehkäisyä. Kerromme esitteessä otsikon ”Hyvä tietää” alla yleisimmistä rokotuksista, jotka saattavat tulla kysymykseen Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustettaessa. Yhteys terveydenhuoltohenkilöstöön tulee ottaa hyvissä ajoin, jotta rokotussuojaus ehdittäisiin aloittaa tarpeeksi ajoissa riittävän suojan aikaansaamiseksi. Terveydenhuoltohenkilöstön tehtävänä on kartoittaa matkailijan rokotesuojauksen tarve perustuen matkailijaan liittyviin tekijöihin kuten perussairauksiin ottaen huomioon myös matkan asettamat vaatimukset. Esitteen tarkoituksena on motivoida matkailijaa ottamaan vastuuta terveysriskien ennaltaehkäisystä ja ymmärtämään voimassa olevan rokotesuojauksen merkityksen.

Rokotesuojaukseen liittyen kerromme, että kaikilla aikuisilla on hyvä olla voimassa rokotesuoja poliota, jäykkäkouristusta ja kurkkumätää sekä tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa vastaan. Suositeltavat rokotteet ovat vapaaehtoisia keltakuumerokotetta lukuun ottamatta. WHO määrittelee maat, joihin keltakuumerokotus on pakollinen. Keltakuumerokotuksesta annetaan WHO:n kansainvälinen rokotustodistus, mikä tärkeää mainita esitteessä. Otamme esitteeseen mukaan A- ja B- hepatiitti-, Japanin aivotulehdus-, kolera-, lavantauti-, aivokalvontulehdus- ja rabiesrokotteet. A- ja B- hepatiitin mainitsemme esitteessä niiden yleisyyden vuoksi. Riski saada hepatiitti-A kyseisillä alueilla on suuri kestoaltaan lyhyilläkin matkoilla ja hepatiitti B-tartuntaan vaikuttaa merkittävästi matkailijan oma riskikäyttäytyminen. Japanin aivotulehdus-rokote on suositeltava rokote moniin Aasian maihin matkustettaessa. Kolera-, lavantauti-, aivokalvontulehdus- ja rabiesrokotteet tulevat harvemmin suositeltaviksi

tavallisille turistialueille matkustaville matkailijoille, mutta koska emme ole rajanneet esitteen käyttäjäryhmäksi vain tavallisia turisteja vaan kaikki kyseisiin maanosiin matkustavat, mainitsemme myös nämä rokotukset. Meningokokkirokotteen yhteydessä mainitsemme myös Afrikan, koska siellä sijaitsee ns. meningiittivöhyke, jossa esiintyy aivokalvontulehdusta jatkuvasti ja epidemioita säännöllisesti. (Davidkin ym. 2004: 109.)

Malarian mainitseminen esitteessä on erityisen tärkeä, koska se on maailmanlaajuinen ongelma ja koskettaa näin jokaista malaria-alueelle matkustavaa. Painotamme lääkärin ohjeen mukaista estolääkityksen nauttimista ja hyttysen pistolta suojautumisen tärkeyttä. Pidämme tärkeänä myös toisen hyttysenpiston välityksellä tarttuvan, Aasiassa ja Etelä-Amerikassa yleistymässä olevan, denguekuumeen mainitsemista, koska siihen ei ole muita suojautumiskeinoja kuin hyttysen pistolta suojautuminen.

Esitteen muistilistaosiossa haluamme painottaa keinoja, joiden avulla matkailija voi suojautua terveysriskeiltä omalla käyttäytymisellään. Muistilistaosion tarkoituksena on saada matkailija ymmärtämään miten pienillä käyttäytymismuutoksilla voi saada matkastaan onnistuneen ilman terveyshaittoja.

Esitteeseen ei ole tarkoituksenmukaista laittaa yksityiskohtaista tietoa eri matkakohteiden rokotussuosituksista ja malarian ennaltaehkäisystä, koska tieto esimerkiksi malarian osalta on jatkuvasti muuttuvaa. Tarkoitus on motivoida matkailijaa hakemaan lisätietoa päivitytyviltä kansallisilta internetsivustoilta, joita yhteistyökumppani voi esitteeseen päivittää. Esimerkiksi http://www.cdc.gov/travel/travel_clinics.htm on kansainvälinen linkki jatkuvasti maittain päivittyvään tietoon matkailijan terveysriskeistä ja niiden ennaltaehkäisystä rokotussuojauksen ja malarialääkityksen suhteen.

Olemme käsitelleet hyvän terveystieteen ominaisuuksia aikaisemmin teoriaosuudessa ja soveltaneet niitä esitteen toteutuksessa. Tarkoituksenamme on, että esitteestä tulee asiakaslähtöinen sekä mahdollisimman selkeä ja tiivis opas, jossa pyritään lisäämään matkailijoiden terveystietoutta sekä vaikuttamaan asenteisiin, uskomuksiin ja mielikuviin ajan tasalla olevalla, virheettömällä ja objektiivisella tiedolla. Näin vaikutetaan edistävästi myös terveydenlukutaitoon. Pyrimme tarjoamaan kohderyhmälle keskeiset asiat mahdollisimman lyhyesti ja ytimekkäästi rajaten tietomäärän keskeisiin

perustietoihin. Esitteen luettavuutta lisää lyhyet, informatiiviset lauseet, joten pyrimme välttämään monimutkaisia lauserakenteita sekä vierasperäisiä käsitteitä ja sivistyssanoja.

Ulkoasuun liittyvillä seikoilla vaikutetaan aineiston esitystavan selkeyteen. Kappalejaolla lisätään helppolukuisuutta ja painotetaan aihekokonaisuuksia. Valitsimme pienillä kirjaimilla kirjoitetun tekstityypin luettavuuden helpottamiseksi ja jotta saamme mahtumaan tekstiin kaikki keskeiset asiat. Otsikoissa käytämme isoja kirjaimia aihekokonaisuuksien erottamiseksi ja tekstissä lihavoitua korostuskeinona sanoman ymmärrettävyyden parantamiseksi. Esite on kaksipuolinen A4-sivu, joka on jaettu kolmeen osaan. Päädyimme tekstivärinä mustaan sen selkeyden vuoksi. Kansikuvassa käytämme tummansinistä sen rauhoittavan ja luottamusta herättävän vaikutuksen vuoksi. Esitteen elävöittämiseksi laitamme sen sisäsivulle kuvat Aasian ja Etelä-Amerikan kartoista. Esitteen kokonaisuus ratkaisee sen tunnelman. Haluamme esitteen ulkoasun olevan sellainen, että se herättää vastaanottajan mielenkiinnon ja houkuttelee tutustumaan.

5.2 Arviointi

Mielestämme onnistuimme toteuttamaan hyvän terveystieteen kriteerit täyttävän esitteen virolaisille matkailijoille. Rajasimme olennaisen asiasisällön lyhyesti ja ytimekkäästi kohderyhmää ajatellen. Ajantasaista, virheetöntä ja objektiivista tietoa matkailijan terveysriskeistä ja niiden ennalta ehkäisystä löytyi hyvin. Käytimme esitteeseen esimerkiksi Kansanterveyslaitoksen julkaisemaa ajankohtaista tietoa matkailijan terveysriskeistä ja niiden ennaltaehkäisystä.

Esitteen tekstiä muokatessamme pyrimme käyttämään selkeää kieltä, lyhyitä ja informatiivisia lauseita, joissa ei ole vaikeita ja vierasperäisiä käsitteitä. Esitteen muistilistaosuudessa käytimme käskymuotoa korostaaksemme asioiden noudatettavuuden tärkeyttä. Onnistuimme mielestämme positiivisessa hengessä välittämään asiallista tietoa, jota lukijan on helppo omaksua. Jätimme esitteestä suomenkielisen lähdeluettelon pois, koska sen lukijakunta on oletetusti vironkielinen. Internetlinkkien esittäminen esitteessä lisää luotettavuutta ja samalla ohjaa lukijaa lisätiedon pariin. Ulkoasun suhteen pidämme esitettä rauhallisen oloisena ja lukijassa

luottamusta herättävänä. Pidämme tärkeänä, että esite on kooltaan pieni ja helposti mukaan otettava myös matkalle.

Yhteistyökumppani voi halutessaan vaikuttaa esitteen asiasisältöön ja ulkoasuun sekä päivittää esitteeseen kansalliset internetlinkit. Koska esite on tallennettu PDF-muodossa, voisi yhteistyökumppani julkaista sen myös internetissä, esimerkiksi sairaaloiden rokotuspisteiden omilla nettisivuilla.

Tieto on pyritty asettamaan helposti luettavaan muotoon ja tekstiä on elävöitetty karttakuvin. Esite on tiivis tietopaketti, jota yhteistyökumppani voi hyödyntää antaessaan terveysneuvontaa Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustaville virolaisille. Hyödyn esitteestä saavat luonnollisesti myös virolaiset matkailijat. Mielestämme esitteen vaikuttavuutta voidaan arvioida vasta sitten, kun se on ollut kohderyhmällä käytössä.

Pyysimme esitteestä arviota yhteistyökumppanin edustajalta Kristel Linsmannilta Länsi-Talinnan sairaalasta, ja hänen lyhyen arvion mukaan esite on hyvä. STaLT-projektin vetäjän Ly Kalam-Salmisen ehdotusten mukaan teimme esitteeseen pieniä muutoksia luettavuuden helpottamiseksi.

6 OPINNÄYTETYÖPROSESSI JA TOIMINTATAVAT

Opinnäytetyön aiheen saimme helmikuussa 2006. Työn alkuvaiheessa kartoitimme millaista erityistietoa virolaiset matkailijat tarvitsevat. Olimme yhteydessä Länsi-Talinnan sairaalan yhteyshenkilöön Kristel Linsmanniin. Hän toivoi meidän keskittyvän Aasiaan, Afrikkaan ja Etelä-Amerikkaan matkustavien virolaisten suositeltaviin rokotesuojauksiin sekä terveysriskien ennaltaehkäisyyn. Hänen mukaansa erityistietoa tarvitaan matkailijan henkilökohtaiseen hygieniaan liittyvistä asioista, suolistosairauksien ennaltaehkäisystä, ihon hoidosta ja matka-apteekin kokoonpanosta. Hän toivoi, että laatisimme matkailijoille suunnatun esitteen, jossa maailman kartalla näkyisivät sairauksien eri esiintymisalueet sekä niihin liittyvät pakolliset ja suositeltavat rokotesuojaukset. Pohdimme yhteistyökumppanin toiveita ja totesimme ne liian laaja-alaisiksi yhteen opinnäytetyöhön. Rajasimme työn käsittelemään Aasiaan ja Etelä-Amerikkaan matkustavien virolaisten rokotesuojausta. Tilastojen mukaan etenkin

virolaisten Aasian matkailu on lisääntynyt. Alueena Afrikan jätimme pois sen laaja-alaisuuden ja monimuotoisuuden vuoksi. Lähetimme yhteistyökumppanille ehdotelman rajauksesta ja tarkentavia kysymyksiä.

Ideaseminaarivaiheessa toukokuussa 2006 emme olleet saaneet yhteistyökumppanimme mielipidettä ehdottamastamme rajauksesta. Myöhemmin kävi ilmi, että tiedon saapuminen meille viipyi väärinkäsityksen vuoksi. Yhteistyökumppanimme oli sekoittanut kahden eri STaLT-projektin opinnäytetyön aihealueet keskenään. Aloitimme teoriaosuuden työstämisen etsimällä aiheeseen liittyvää tietoa ja aikaisempia tutkimuksia. Kävi ilmi, että aiheeseen liittyvää tutkimusaineistoa hoitotyön osalta ei löytynyt, koska tutkimuksia matkailijoiden terveyden edistämisestä ei juuri ole tehty. Sen sijaan kansainvälisiä matkailijoiden tartuntatauteihin liittyviä lääketieteellisiä tutkimuksia löytyi tietokannoista.

Joulukuussa 2006 pääsimme tutustumaan muiden STaLT-projektiin kuuluvien opiskelijoiden kanssa Länsi-Tallinnan sairaalaan. Siellä kuulumme luennon Länsi-Tallinnan sairaalan organisaatiosta ja toiminnoista sekä saimme joitakin vastauksia ennalta lähettyihin matkailijoiden rokotuksia käsitteleviin kysymyksiimme. Pääsimme osallistumaan myös Länsi-Tallinnan sairaalan opastetulle tutustumiskierrokselle, jossa tutustuimme eri osastoihin ja niiden toimintatapoihin.

Opinnäytetyön edetessä suunnitelmavaiheeseen huomasimme, että rokotussuojauksen lisäksi työssä olisi hyvä käsitellä myös yleisempiä matkailijoita kohtaavia terveysriskejä ja niiden ennaltaehkäisyä, koska matkailijoiden rokotussuojauksen ohella ne liittyvät olennaisesti matkailijoiden terveysriskien ennalta ehkäisyyn.

Aineiston hakuun käytimme Helsingin ammattikorkeakoulun (Kurre) ja Helsingin yliopiston (Helka) kokoelmätietokantoja ja Googlea. Artikkelitietokannoista käytimme kotimaista artikkeliviitetietokanta Artoa, kansainvälistä hoitotieteiden viitetietokanta Cinahlia, suomalaista terveystieteiden viitetietokanta Mediciä sekä kansainvälistä artikkelitietokanta Medlinea.

7 POHDINTA

Matkailijoiden terveyden edistäminen on haasteellista, koska kansainvälisen matkailun lisääntymisen myötä myös matkailun terveysriskit kasvavat. Vaikka tietoa matkailun terveysriskeistä on runsaasti saatavilla, matkailijat eivät välttämättä osaa hakea asianmukaista tietoa ja hyödyntää tietoa terveysriskien ennaltaehkäisystä. Kansainväliset lääketieteelliset tutkimukset tukevat ajatusta, että matkailijoiden terveyden lukutaidossa on tältä osin puutteita ja kehitettävää. Terveystuotohenkilöstön tehtävänä on antaa ajankohtaista tietoa motivoituneiden matkailijaa ottamaan vastuuta valinnoistaan. Näillä valinnoilla matkailija ei vaikuta vain oman matkansa onnistumiseen ilman terveysriskejä, vaan myös ympäristönsä terveyden edistämiseen.

Suunnittelemastamme esitteestä hyötyvät kohdemaihin matkustavat virolaiset ja muut matkailijat matkakohteesta riippumatta, kuten myös terveydenhuoltohenkilöstö käyttäessään esitettä oheismateriaalina matkailijan terveysneuvonnassa Länsi-Tallinnan sairaalan rokotuspisteessä. Mielestämme hyöty esitteestä olisi kuitenkin suurempi, jos sitä jaettaisiin matkailijoille mahdollisimman varhain matkaa suunniteltaessa tai varattaessa, esimerkiksi matkatoimistoissa tai matkatoimistojen internetsivuilla. Matkatoimistot voisivat toimia jopa tämän esitteen sponsorina jakamalla esitettä kyseisiin maihin matkustaville ja näin osallistua yhteisön terveyden edistämiseen ja lisäksi samalla toimistonsa positiivista imagoa. Matkailija pystyisi soveltamaan ja hyödyntämään esitteen tietoja riittävän ajoissa ennen matkaa, näin esimerkiksi rokotusohjelman aloittaminen ei viivästyisi tiedon puutteen vuoksi. Yhteistyökumppani voisi laittaa halutessaan esitteen Länsi-Tallinnan sairaalan internet-sivulle, josta asiakkaat voisivat tulostaa sen itselleen.

Tiedonkeruuvaiheessa huomasimme, että hoitotieteellisiä tutkimuksia matkailijoiden terveyden edistämisestä ei ole juuri tehty, sen sijaan tartuntataudeista löysimme hyvin tietoa kirjallisuudesta ja lääketieteellisistä julkaisuista. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitsimme poikkitieteellistä näkökulmaa. Poikkitieteellisyys tulee työssämme näkyviin kappaleessa ”Matkailijan muotokuva”, jossa käsitteitä on määritelty matkailun tutkimuksen alalta. Matkailijoiden terveyden edistämässä on tärkeää ymmärtää ihmisten matkustuskäyttäytymistä ja hahmottaa erilaisia matkailijatyyppejä, jotta pystyttäisiin antamaan parasta mahdollista yksilöllistä matkailijoiden terveysneuvontaa.

Viestinnän alueelta olemme hakeneet tietoa hyvän terveystieteiden tuottamisen tueksi. Viestintäosaamisen merkitys korostuu terveydenhuoltoalalla, sillä alan ammattilaisen tehtävä on edistää asiakkaan, tässä yhteydessä matkailijan, terveyttä ja tukea asianmukaisella terveysneuvonnalla hänen valintojaan ja edistää samalla matkailijan terveydenlukupolitoa.

Kokosimme teoriaosuuteen oman erillisen liitteen matkailijoiden yleisimmistä terveysriskeistä ja tartuntataudeista sekä niiden ennaltaehkäisystä painottaen rokotesuojausta. Liitteen tarkoituksena on, että sitä voidaan hyödyntää terveysneuvonnan tukena. Otimme liitteeseen mukaan myös malarian ja denguekuumeen, joita vastaan ei ole tällä hetkellä rokotesuojausta. Malariaa käsittelemme suhteessa muihin tartuntatauteihin melko laajasti sen yleisyyden ja tärkeyden vuoksi. Malarian kohdalla haluamme painottaa, niin liitteessä kuin esitteessäkin, endeemisillä alueilla matkustavien hyttysen pistoilta suojautumisen tärkeyttä lääkärin ohjeiden mukaan nautitun malariaprofylaksian ohella. Kuten malaria myös denguekuume ovat lisääntymässä maapallolla ilmaston lämpenemisen myötä. Kun tällä hetkellä malarialle altistuu 40 % maailman väestöstä, niin tulevaisuudessa, jos taudin ennaltaehkäisyä ei lisätä, altistuneiden määrän arvioidaan kasvavan 2-5 %:lla eli useilla sadoilla miljoonilla. Tämän vuoksi terveydenhuoltohenkilöstön on matkailijan terveysneuvonnassa erityisesti kiinnitettävä huomiota maailmanlaajuisesti muuttuvaan tartuntatautilanteeseen, etenkin näiden tautien osalta, joihin ei vielä ole rokotesuojausta.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielenkiintoista ja antoisaa sen monipuolisuuden vuoksi. Olemme saaneet paljon uutta tietoa matkailijan terveyden edistämisestä etenkin tartuntatautien ja terveysriskien ennaltaehkäisystä terveysneuvonnan tueksi. Olemme myös päässeet tuottamaan terveystietoa esitteen muodossa terveystieteen keinoja hyödyntäen. Onnistunut terveystietä näkyy matkailijan terveystietoisuuden lisääntymisenä ja terveystietäytymisen muutoksena.

Mielenkiintoa on erityisesti lisännyt Länsi-Talinnan sairaalaan tutustuminen. Opinnäytetyön avulla olemme päässeet tutustumaan virolaiseen terveydenhuollon työympäristöön, mikä on tuonut meille uutta tietoa ja näkökulmaa monikulttuurisesta terveydenhoitotyöstä.

Tulevina terveydenhoitajina työmme on tukea asiakkaiden itsehoitoa ja terveysvalintoja sekä edistää yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia. Työmme kautta olemme ymmärtäneet oman vastuamme terveydenedistäjinä. Jatkuvan kouluttautumisen merkitys on avautunut aivan uudella tavalla. ”Ajan hermolla” pysyminen on erityisen tärkeää, jotta voisimme antaa asiakkaille, tässä tapauksessa matkailijoille, mahdollisimman laadukasta ajan tasalla olevaa terveysneuvontaa heidän valintojensa tueksi.

LÄHTEET

Davidkin, Irja - Hovi, Tapani - Kuronen, Tapani - Nohynek, Hanna - Oksi, Jarmo - Pekkanen, Eeva - Siitonen, Anja - Turtiainen, Pirjo - Ölander, Rose-Marie 2004: Matkailijoiden rokotukset. Teoksessa Nohynek, Hanna – Pekkanen, Eeva – Turtiainen, Pirjo – Riutta, Jukka (toim.): Matkailijan terveystopas. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kansanterveyslaitos ja Kustannus Oy Duodecim. 84–125.

Hakulinen, Tuovi – Pietilä, Anna-Maija – Koponen, Päivikki 2002: Miten ennakoita tulevaisuutta terveyden edistämässä? Teoksessa Pietilä, Anna-Maija – Hakulinen, Tuovi – Hirvonen, Eila - Koponen, Päivikki – Salminen, Eeva-Maija – Sirola, Kirsi (toim.): Terveyden edistäminen. Uusiutuvat työmenetelmät. Juva: Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö. 301–312.

Hamer, H. Davidson – Connor, A. Bradley 2004: Travel Health Knowledge, Attitudes and Practices among United States Travelers. *Journal of Travel Medicine* 11 (1). 23-26.

Hovi, Tapani - Nohynek, Hanna - Siikamäki, Heli - Siitonen, Anja - Turtiainen, Pirjo 2004: Rokotussuositukset ja malarian ehkäisy maittain. Teoksessa Nohynek, Hanna – Pekkanen, Eeva – Turtiainen, Pirjo – Riutta, Jukka (toim.): Matkailijan terveystopas. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kansanterveyslaitos ja Kustannus Oy Duodecim. 128-199.

Kostiainen, Auvo – Ahtola, Janne – Koivunen, Leila – Korpela, Katariina – Syrjälä, Taina 2003: Matkailijan ihmeellinen maailma. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 977. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Kristoffersen, Nina Jahren 2006. Terveys ja sairaus. Teoksessa Kristoffersen, Nina Jahren – Nortvedt, Finn – Skaug, Eli-Anne (toim.): Hoitotyön perusteet. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kuronen, Tapani – Ölander Rose-Marie 2005: Rokotteiden koostumus. Teoksessa Nohynek, Hanna – Hulkko, Terhi – Rapola, Satu – Strömberg, Nina – Kilpi, Terhi (toim.): Rokottajan käsikirja 2005. 1. painos. Helsinki: Kansanterveyslaitos ja Kustannus Oy Duodecim.10-15.

Lampi, Eija 2005: Välietappina Viro. Prima. Elinkeinoelämän keskusliiton lehti 7/2005. Verkkodokumentti. ><http://www.ek.fi/prima/arkisto.php>>. Luettu 15.2.2007.

Niemi, Terttu – Nietosvuori, Leena – Virikko, Helena 2006: Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Nohynek, Hanna - Holmström, Pekka - Härmä, Mikko - Pekkanen, Juha - Tuomisto, Jouko - Turtiainen, Pirjo 2004: Matkalle valmistautuminen ja matkalta paluu. Teoksessa Nohynek, Hanna – Pekkanen, Eeva – Turtiainen, Pirjo – Riutta, Jukka (toim.): Matkailijan terveysopas. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kansanterveyslaitos ja Kustannus Oy Duodecim. 8-30.

Parkkunen, Niina - Vertio, Harri - Koskinen - Ollonqvist, Pirjo 2001: Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja - sarja 7/2001. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus.

Postila, Ville 2005: Rokottamisen vasta-aiheet. Teoksessa Nohynek, Hanna – Hulkko, Terhi – Rapola, Satu – Strömberg, Nina – Kilpi, Terhi (toim.): Rokottajan käsikirja 2005. 1. painos. Helsinki: Kansanterveyslaitos ja Kustannus Oy Duodecim. 30–34.

Pönkä, Antti 2006: Rokottajan opas. 21. uudistettu painos. Helsinki: Suomen ympäristöterveys Oy.

Raatikainen, Ritva 2003: Terveiden edistämisen tieteelliset lähtökohdat hoitotieteellisestä näkökulmasta. Teoksessa Koivisto, Taru – Muurinen, Seija – Peiponen, Arja – Rajalahti, Elina (toim.): Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveiden edistäminen. Tampere: Tammi. 9-24.

Raikisto, Heli 2005: Kehitysmaat ja kestävä matkailu – myönteisellä asenteella kohti muutosta? Pro gradu –tutkielma. Joensuu: Joensuun Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Maantieteen laitos.

Rantanen, Salme 2006: Riskiarvioinnin periaatteet. Teoksessa Antti-Poika, Mari – Martimo, Kari-Pekka – Husman, Kaj (toim.): Työterveyshuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 46–74.

Rombo, Lars - Lindroth, Håkan - Montelius, Sven - Stenlund, Göran 2000. Resenärer till riskområden söker aktivt information om hälsorisker. Enkätundersökning gjord bland svenska charterresenärer. Läkartidningen 97 (49). 5789–5794.

Ruutu, Petri 2003: Matkailijan infektiot. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti.<http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae07140>. Luettu 15.1.2007.

Saarinen, Jarkko 2004: Matkailun perusteet: matkailu alueellisena ilmiönä. Oulun yliopisto. Maantieteen laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.oulu.fi/geography/opetus/sivuaineet/matkailu/luontomoniste.pdf>>. Luettu 24.2.2007.

Savola, Elina- Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005: Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus ry 2005.

Siikamäki, Heli 2004: Malarian välttäminen, estolääkitys ja hoito. Teoksessa Nohynek, Hanna – Pekkanen, Eeva – Turtiainen, Pirjo – Riutta, Jukka (toim.): Matkailijan terveysopas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 64-81.

Suomen tilastokeskus. Verkkodokumentti. <<http://www.stat.fi/til/matp/kas.html>>. Luettu 24.2.2007.

Syrjälä, Eija 2006: Matkailijan terveyden edistäminen – haastattelututkimus yksityisillä lääkäriasemilla työskenteleville sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Pro gradu – tutkielma. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Toovey, Stephen - Jamieson, Andrew - Holloway, Michele 2004: Travelers' Knowledge, Attitudes and Practices on the Prevention of Infectious Diseases: Results

from a Study at Johannesburg International Airport. *Journal of Travel Medicine* 11 (1). 16–22.

Van Herck, Koen – Castelli, Francesco – Zuckerman, Jane – Nothdurft, Hans – Van Damme, Pierre – Dahlgren, Atti-La – Gargalianos, Panagiotis – Lopez-Velez, Rogelio – Overbosch, David – Caumes, Eric – Walker, Eric – Gisler, Sandra – Steffen, Robert 2004. Knowledge, Attitudes and Practices in Travel-related Infectious Diseases: The European Airport Survey. *Journal of Travel Medicine* 11 (1). 3-8.

Viron suurlähetystö. Verkkodokumentti. Päivitetty 3.1.2007. <http://www.estemb.fi/cat-439/viro>. Luettu 1.4.2007.

Viron tilastokeskus. Verkkodokumentti. <<http://www.stat.ee>>. Luettu 4.3.2007.

Vuoristo, Kai-Veikko 2002: *Matkailun muodot*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Vuoristo, Kai-Veikko 2003: *Matkailun maailma. Kansainvälisen matkailun maantiede*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

World Health Organization (WHO) 2005: *International travel and health*.

Verkkolähde. <[http:// www.who.int/ith](http://www.who.int/ith)>. Luettu 26.3.2007.

MATKAILIJAA KOHTAAVAT YLEISIMMÄT TERVEYSRISKIT JA TARTUNTATAUDIT SEKÄ NIIDEN ENNALTAEHKÄISY

Liitteessä 1. on kooste tavallisimmista terveysriskeistä ja tartuntataudeista sekä niiden ennaltaehkäisystä ja rokotesuojauksesta.

SISÄLLYS

1	MATKAILIJAN TERVEYSRISKIT	1
1.1	Turistiripuli	1
1.2	Sukupuolitaudit	2
1.3	Iho-ongelmat	3
1.4	Liikenne ja tapaturmat	4
1.5	Alkoholi ja muut päihteet	4
2	MATKAILIJAN ROKOTUKSET	4
2.1	Jäykkäkouristus	4
2.2	Kurkkumätä	5
2.3	Tuhkarokko – Sikotauti - Vihurirokko	6
2.4	Polio	7
2.5	Hepatiitti A	8
2.6	Hepatiitti B	9
2.7	Meningokokkitaudit	10
2.8	Lavantauti	11
2.9	Kolera	13
3	HYÖNTEISTEN JA ELÄINTEN AIHEUTTAMIA TARTUNTATAUTEJA	14
3.1	Japanin aivotulehdus	14
3.2	Keltakuume	15
3.3	Denguekuume	16
3.4	Malaria	17
3.4.1	Malarian ehkäisy	20
3.5	Rabies	23
3.6	Skistosomiaasi	24
	LÄHTEET	26

1 MATKAILIJAN TERVEYSRISKIT

1.1 Turistiripuli

Ripuli on yleisin matkailijan terveysongelma. Sairastumiseen vaikuttaa matkan kohde ja vuodenaika. Sairastumisen riski on suurin lämpiminä vuodenaikoina ja alueilla, joissa elintarvikkeiden hygieenisuus on heikkotasoisista puhtaan veden ja valistuksen puutteen vuoksi. Turistiripulia aiheuttavat bakteerit, virukset ja alkueläimet. Tauti puhkeaa yleensä ensimmäisen matkaviikon aikana. Oireita ovat eriateinen ripuli, vatsakouristukset ja pahoinvointi. Oireina voi olla myös kuume ja päänsärky. Potilaan yleiskunto voi laskea huomattavasti jo päivässä, jos ripulointi ja oksentelu on runsasta. Turistiripuli kesto on noin kolme vuorokautta, mutta rajumpi taudinkuva voi kestää viikon. Turistiripuliin sairastumisen riskiä voi pienentää valitsemalla ruoat ja juomat huolellisesti ja huolehtimalla käsihygieniastaan ennen ruokailuun ja ruoan käsittelyyn ryhtymistä ja jokaisen WC:ssä käynnin jälkeen. Terveysten kannalta turvallisinta on käyttää matkan aikana pullotettua vettä. Vesijohtovedestä saa turvallista keittämällä sitä niin, että se poreilee viisi minuuttia, ja huolehtimalla siitä, että vesi säilytetään keittämisen jälkeen puhtaassa, desinfioidussa ja kannellisessa astiassa. Lievässä taudinkuvassa hoidoksi riittävät lepo ja runsas nesteiden nauttiminen. Sopivia juomia ovat tee, pullotettu vesi ja laimea mehu. Normaalisti nesteen tarve on aikuisilla useita litroja päivässä ja ripuli moninkertaistaa tämän tarpeen. Kuumuudesta johtuva hikoilu, kuume, vesiripuli ja oksentelu voivat nostaa nesteentarvetta jopa kymmeneen litraan vuorokaudessa. Erityisesti pienet lapset ja vanhukset ovat alttiina nopealle kuivumiselle. Nesteiden nauttimisen lisäksi potilaan olisi hyvä syödä kevyttä, helposti sulavaa ruokaa, esim. paahtoleipää, riisiä ja banaaneja. Lisäksi potilaalle annetaan ripulijuomaa. Lääkäriin on syytä ottaa yhteyttä, jos potilaan kunto ei parane muutamassa päivässä tai jos potilaana on pieni lapsi tai vanhus, joka muuttuu ärtyisäksi, apaattiseksi ja hyvin uniseksi. (Holmström ym. 2004: 32–36.)

Ripulia aiheuttavista bakteereista monet ovat herkkiä mikrobilääkkeille, toisin kuin virukset. Alkueläinten aiheuttamiin ripuleihin tarvitaan omat lääkkeensä. Apteekista ilman reseptiä saatavat lääkkeet ovat usein tehottomia ja jopa vaarallisia. Siksi ripulin hoitoon olisi otettava vain lääkärin määräämiä lääkkeitä. Kroonista vaikeaa tautia sairastavalle lieväkin ripuli voi olla vaarallinen. Tiedettäessä ettei matkakohteessa ole

saatavilla lääkäriapua helposti, voidaan matkailijalle antaa mukaan ensiapulääkkeitä ripulin varalta. Kuumeiseen turistiripuliin käytetään mikrobilääkkeitä. Aikuisen matkailijan kuumeetonta ripulia voidaan hoitaa oireenmukaisilla ripulilääkkeillä korkeintaan 1-2 vuorokautta. (Holmström ym.2004: 38.)

1.2 Sukupuolitaudit

Sukupuoliteitse tarttuvat taudit ovat merkittävä terveysvaara matkailijoille. Oikealla käyttäytymisellä ne ovat kuitenkin vältettävissä. Matkailijan terveysneuvonnassa on erityisesti huomioitava keskustelu seksitaudeista ja niiden välttämisestä, sillä tilastojen mukaan sukupuolitauditartuntojen ilmaantuvuus on matkalla oltaessa 6-8-kertainen verrattuna tavanomaisiin elämäntiloihin kotimaassa. Rokotteita sukupuoliteitse tarttuvia tauteja vastaan ei ole hepatiitti B- rokotetta lukuun ottamatta. Lääkehoito varman HIV-altistuksen jälkeen on aloitettava mahdollisimman pian. Tavanomaisia seksitauteja, joita matkailijat matkoillaan saavat, ovat klamydia, tippuri ja kuppa. Ainoa täysin varma keino välttyä sukupuoliteitse tarttuvilta taudeilta on pidättäytyä tilapäisiltä seksisuhteilta matkan aikana. Tilapäisissä seksisuhteissa kondomia on aina käytettävä yhdynnän alusta loppuun saakka, myös suuseksissä. Matkailijan on hyvä tietää, että kaikissa maissa ei (islamilaiset ja katoliset maat) kondomeja ole saatavilla yhtä helposti kuin kotimaassa. Köyhissä maissa niitä ei ole saatavilla lainkaan. Thaimaassa kondomit voivat olla myös liian pieniä eurooppalaiselle matkailijalle. Parasta onkin ottaa kondomit mukaan kotimaasta. Kuumassa ilmanalassa niiden säilyvyys laskee muutamaan kuukauteen, kun ne huoneenlämmössä säilyvät avaamattomassa pakkauksessa viisi vuotta. Jos matkailija on ollut suojaamattomassa sukupuolikontaktissa, on hänen syytä mennä tutkimuksiin mahdollisen tartunnan poissulkemiseksi, vaikka oireita ei olisikaan. (Hiltunen-Back 2007: 55; Holmström ym. 2004: 39.)

HIV-epidemia on levinnyt erityisen voimakkaasti Itä- Euroopassa ja Aasiassa. Intian ja Thaimaan prostituoiduista suurin osa on jo saanut tartunnan. Kaupallisessa seksissä HIV-tartunnan riski on aina suurentunut. Monissa paikoissa enemmistö mies- ja naisprostituoiduista on saanut tartunnan. Prostitutioon liittyy myös suonensisäisten huumeiden käyttöä, mikä lisää myös veren välityksellä tarttuvien tautien kuten B-hepatiitin vaaraa. UNAIDSin mukaan maailmassa oli vuoden 2005 lopussa elossa 38,6 miljoonaa HIV-tartunnan saanutta. Vuonna 2005 päivittäin lähes 11 00 ihmistä sai HIV-

tarunnan. Uusien tartuntojen riski on maailmanlaajuisesti kasvussa. Etelä- ja Kaakkois-Aasiassa tartunnan saaneita arvioidaan olevan 5,1-11,7 miljoonaa, Itä-Aasiassa 420 000-1,1 miljoonaa, Latinalaisessa Amerikassa 1,2-2,4 miljoonaa ja Karibialla 240 000-420 000. HIV-virus on levinnyt eniten Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa. HIV-tartunnan saaneita aikuisia on tällä alueella 6,9-8,3 %. Yleisin tartuntatapa on heteroseksii. (Hiltunen-Back 2007:55; Holmström ym. 2004: 39–40.)

1.3 Iho-ongelmat

Iho-ongelmat lisääntyvät lämpimissä ja kuumissa oloissa. Pienetkin haavat ovat siksi puhdistettava huolellisesti runsaalla vedellä ja spriillä. Trooppinen ilmasto, aurinko sekä mahdolliset estolääkkeet matkaa varten voivat pahentaa jo olemassa olevia iho-ongelmia. Voimakkaan auringonvalon vaikutuksesta esim. herpes-infektiot voivat uusiutua helposti. Kosteissa ja kuumissa oloissa myös ihon erilaiset sienitulehdukset ovat tavallisia. Vähäoireinen sienitulehdus voi myös aktivoitua trooppisessa ilmastossa. Hyönteisten pistosta johtuvaa kuumotusta ja kutinaa voi lievittää hydrokortisonivoiteilla ja antihistamiinitableteilla. Tulehdusvaaran vuoksi ihon raapimista tulisi välttää. Toistuva ihon palaminen lisää ihosyöpäriskiä. Lasten ihon suojaaminen auringon ultraviolettisäteiltä on erityisen tärkeää, koska lapsuusiän ihon palaminen on merkittävin riski sairastua myöhemmällä iällä ihosyöpään. Akuutti ihon palaminen ja silmävauriot ovat matkailijoiden yleisempiä terveysongelmia. Uv-säteilyn haittoja voidaan vähentää välttämällä oleskelua auringossa keskipäivän aikaan ja yleensä pitkää oleskelua auringossa, pukeutumalla järkevästi pitkähihaisiin paitoihin ja lippalakkiin, käyttämällä aurinkolaseja ja huolehtimalla erityisesti lasten aurinkolasien käytöstä. Pienten lasten, varsinkin alle 2-vuotiaiden, kanssa kannattaa oleskella varjossa. Vauvaikäisiä ei tulisi altistaa auringonvalolle lainkaan. Aurinkosuojavoiteet eivät estä UV-säteilyn vaikutuksia ihoon, joten aurinkosuojavoiteita ei tule käyttää ainoana suojautumiskeinona. Voiteet kyllä täydentävät muita suojautumiskeinoja. Suojakertoimen pitää olla vähintään 15, lapsille tulee käyttää tätäkin voimakkaampia kertoimia ja heille suunniteltuja suojavoiteita. Alle kaksivuotiaille lapsille ei suositella suojavoiteiden käyttöä, vaan tämän ikäisten lasten ihoa tulee suojella välttämällä auringonpaistetta. (Holmström ym. 2004: 43- 45.)

1.4 Liikenne ja tapaturmat

Liikenneonnettomuudet ovat nykyisin yleisin matkailuun liittyvä kuolinsyy. Vieraisissa oloissa liikkua riski loukkaantua kasvaa merkittävästi. Siksi on ehdottoman järkevää hankkia jo etukäteen kotimaassa perustiedot esimerkiksi urheilulajeista, joita aikoo vieraassa ympäristössä, ilmanalassa ja kulttuurissa harrastaa. Vakavia liikenneonnettomuuksia ja tapaturmia tapahtuu kehitysmaissa suhteellisesti enemmän kuin teollistuneissa maissa. Liikennekulttuuri ja liikenteen valvonta poikkeavat usein kotimaan oloista, ja siksi jalankulkijan ja autoilijan ei ole aihetta luottaa kotimaassa opittuihin liikennetapoihin. Liikenteessä saattaa tulla vastaan jarruttomia, ajovalottomia tai huoltamattomia autoja. Heijastinta, kävelymatkoilla taskulamppua, turvavöitä ja suojakypärää kannattaa käyttää, eikä päihteiden vaikutuksen alaisena kannata ajaa, vaikka paikalliset lait sen sallisivat. (Castren – Ådahl – Pihlman 2007; KTL 2007.)

1.5 Alkoholi ja muut päihteet

Matkailuun ja lomailuun liittyy monilla kotiympäristöä runsaampi alkoholin käyttö. Valitettavan usein alkoholilla on osuutta asiaan matkailijan loukkaantuessa tai joutuessa onnettomuuteen liikenteessä. Huumeet ovat taas terveystarpeidensa lisäksi riskialttiita nautittavaksi myös juridiselta kannalta. On hyvä muistaa, että eri maiden lainsäädäntö voi poiketa toisistaan huomattavasti. Se mikä on kotimaassa sallittua, voi johtaa jossakin toisessa maassa kuolemantuomioon. (Castren – Ådahl – Pihlman 2007.)

2 MATKAILIJAN ROKOTUKSET

Suosittelun mukaan jokaisella aikuisella matkailijalla tulee olla matkakohteesta riippumatta voimassa suoja jäykkäkouristusta ja kurkkumätää vastaan ja tarvittaessa MPR- ja poliorokotus. Lapset rokotetaan yleisen rokotusohjelman mukaan kyseisiä tauteja vastaan. (Pönkä 2006: 109.)

2.1 Jäykkäkouristus

Tetanus- eli jäykkäkouristusbakteeri, *Clostridium tetanii*, on kaikkialla maailmassa yleinen maaperäbakteeri. Tartunnan vaara on suurempi lämpimissä maissa, missä

bakteereita ja itiöitä on maaperässä runsaasti. Tauti aiheutuu likaisista haavoista ja naarmuista. *C. tetani* itiöt itävät jouduttuaan maaperästä haavaan. Bakteerit alkavat lisääntyä haavassa, jos siinä on riittävät anaerobiset olosuhteet. *C. tetani* ei ole invasiivinen, vaan infektio on aina paikallinen. Sen sijaan bakteerin tuottama Toksiini leviää haavasta verenkiertoon ja lymfakiertoon sekä suoraan hermosäikeitä pitkin. Itämisaika haavainfektiosta oireiden alkamiseen vaihtelee päivistä kuukausiin. Valtaosa oireista alkaa 3-21 vuorokauden kuluessa. Mitä enemmän Toksiinia muodostuu, sitä vaikeampi taudista tulee ja oireet ilmenevät nopeammin. Ensimmäisiä oireita ovat haavan ympäristön lihaskouristukset. Tyypillisessä tapauksessa tila etenee leuan lihasten kouristuksiin ja siitä kouristukset leviävät kaikkiin tahdonalaisiin lihaksiin. Hoitamattomana tetanus johtaa lähes aina kuolemaan. Tetanusen ehkäisyssä ovat avainasemassa koko väestön aktiivinen immunisaatio rokotusohjelman avulla ja myös yksilökohtainen immunoprofylaksi mahdollisesti infektoituneiden haavojen yhteydessä. Aikuisille ja yli 10-vuotiaille aiemmin rokottamattomille annetaan kolme Tetanus-d-rokotusta (dT), joista kaksi ensimmäistä pistosta 4-8 viikon välein ja kolmas 6-12 kuukautta toisen pistoksen jälkeen. Matkalle lähtö tulee usein kuitenkin ajankohtaiseksi aikaisemmin, niin ettei koko rokotussarjaa ehditä antaa. Tällöin selkeää on antaa ne rokotteet, jotka ehditään ja rokotussarja täydennetään matkalta palattua. Jos matkailija on aikaisemmin saanut rokotussarjan, mutta viimeisestä tehosteesta on kulunut yli kymmenen vuotta, annetaan yksi tehosteannos. (Pönkä 2006: 109; Davidkin ym. 2004: 98; Jousimies - Somer – Ristola 2005: 228–229.)

2.2 Kurkkumätä

Kurkkumätä eli difteria on *Corynebacterium diphtheriae* aiheuttama tulehdus nenänielussa. Taudin tekee vaaralliseksi bakteerin erittämä Toksiini eli myrky, joka voi vaurioittaa hermoja ja sydänlihasta. Tauti tarttuu sairastuneesta tai oireettomasta taudin kantajasta hengitystie-eritteiden kautta. Tauti ei ole erityisen tarttuva. Oireet alkavat 2-5 vrk:n kuluttua tartunnasta yleensä äkillisellä kurkkukivulla. Tyypillinen taudinkuva on voimakas peitteinen nielurisatulehdus, josta peitteet voivat levitä kitalakeen, nieluun ja jopa kurkunpään ja keuhkoputkistoon. Toksisissa taudinmuodoissa tulehtuneiden alueiden ympäröivä turvotus leviää leukakulmiin, kaulalle ja solisluihin asti. Kurkkumädän vaikeimmat muodot on täysin ehkäistävissä rokottamalla. Rokotus ei kuitenkaan ehkäise difteriakantajuutta. Kurkkumätäepidemioita esiintyy Venäjällä ja Keski-Aasiassa. Matkailijan on hyvä huolehtia rokotussuojauksesta matkustaessa

alueelle, jossa tiedetään olevan kurkkumätätapauksia. Tartunta edellyttää lähikontaktia tartuttavaan, esimerkiksi saman pullon suusta juomista, yhteisten juomalasiin käyttöä tai suutelua. Lapsuudessa saadut rokotukset ja kymmenen vuoden välein saadut tehosterokotukset antavat matkailijalle riittävä suojan. Jos aikuista ei ole rokotettu lainkaan kurkkumätää vastaan, suositellaan kolmen annoksen perussarjaa. Jos matkailijan jäykkäkouristussuoja on kunnossa, käytetään peruserokotukseen vain siinä tapauksessa difteria-aikuisrokotetta (d), muutoin käytetään Tetanus-d (dT)-yhdistelmärokotetta. Jos matkailija on saanut alle viisi vuotta sitten tehosteen jäykkäkouristusta vastaan, tulisi hänelle antaa yhdistelmärokotteen sijasta antaa d-rokotetta tetanusrokotteen haittojen välttämiseksi. Muussa tapauksessa rokotetaan dT-yhdistelmärokotteella. (Davidkin ym. 2004: 106; Lumio-Vuopio-Varkila 2005: 132–134.)

2.3 Tuhkarokko – Sikotauti - Vihurirokko

Virusten aiheuttamat tuhkarokko eli morbilli, sikotauti eli parotiitti ja vihurirokko eli rubella ovat lastentauteja, joita voidaan ehkäistä MPR-rokotteella. Tuhkarokko on hengitysteiden virusinfektio, joka tarttuu herkästi. Se aiheuttaa kuumeisen infektioaudin tyypillisine ihottumineen. Ensioireina esiintyy muutaman päivän ajan yskää, nuhaa, kuumetta ja sidekalvontulehdusta sekä taudin edetessä ihottumaa. Komplikaationa tautiin usein liittyy välikorvatulehdus, hengitysteiden bakteeri-infektio, välikorvantulehdus, pneumonia ja harvemmin enkefaliitti. Kehitysmaissa tuhkarokkoon liittyy usein suolistotulehdus, joka on osasyynä taudin aiheuttamaan suureen kuolleisuuteen. Tuhkarokko on kehitysmaissa yleinen ja WHO:n arvion mukaan miljoona lasta vuosittain kuolee tuhkarokkovirusinfektioon tai sen jälkitauteihin. (Salmi – Vainionpää 2005: 438; Kuronen - Ölander 2005: 132.) Sikotautiviruksen aiheuttamista taudeista on tunnetuin sylkirauhastulehdus eli parotiitti. Taudin alkaessa oireena on kuumetta, ruokahaluttomuutta, huonovointisuutta ja lihaskipuja. Muutaman päivän kuluessa kehittyy sylkirauhastulehdus. Taudin komplikaatioina esiintyy meningiittiä ja kivistulehduksia. (Salmi – Vainionpää 2005: 434.) Vihurirokko-oireet alkavat tavallisesti 14–18 vrk:n itämisajan jälkeen. Oireita ovat kuume, päänsärky, pahoinvointi silmien sidekalvojen ärsytys ja ihottuma. Imusolmukesuurentumia voidaan havaita kaulan ja niskan alueella jo päiviä aikaisemmin. Komplikaationa voi esiintyä niveltulehdusta etenkin aikuisilla naisilla. Vihurirokkoa vastaan rokotetaan ensi sijassa sen vuoksi, että saataisiin ehkäistyä raskaudenaikainen vihurirokko, joka aiheuttaa

vaikeita sikiövaurioita erityisesti raskauden alkukolmanneksella sairastettuna. (Hedman – Vaheri 2005: 448; Davidkin 2005: 133.)

Keski-ikäisillä ja vanhemmilla ihmisillä on yleensä luonnollinen vastustuskyky sairauksia vastaan. Iän karttuessa MPR-taudit ovat vaikeampia ja jälkitauteja esiintyy enemmän. Jos matkailija ei ole sairastanut MPR-tauteja tai ei ole saanut rokotusta, tulisi rokotusta harkita etenkin, jos matkustaa sellaisiin maihin, joissa tiedetään olevan tuhkarokkoepidemioita. Tällaisessa tapauksessa suositellaan kahta MPR-rokotetta tarvittaessa vähintään 6 kuukauden välein, mutta mieluiten 2-3 vuoden välein. (Davidkin ym. 2004: 117; Pönkä 2006: 110.)

2.4 Polio

Polio eli lapsihalvaus on enterovirustauti, joka on häviämässä maapallolta. Valtaosa infektioista sujuu rokottamattomillakin ilman oireita. Noin 5-10 % :lla sairastuneista esiintyy muutaman päivän ajan epäspesifisiä infektio-oireita kuten kuumetta, kurkkukipua ja huonovointisuutta ja usein tauti jää tähän. Noin 1 % tartunnan saaneista saa vakavampia oireita. Halvausoireita ja aivokalvontulehdusta saa 1:100–1:1000 sairastuneista epidemian luonteesta riippuen. Halvausoireinen polio on oikeastaan poliovirusinfektion melko harvinainen komplikaatio. Halvausoireet syntyvät, kun virus pääsee verenkierron välityksellä tai perifeerisiä hermoja pitkin keskushermostoon ja infektoi ja tuhoaa selkäytimen motorisia neuroneita, jolloin vastaavat lihassäikeet tulevat toimintakyvyttömiksi. (Hovi – Hyyppä 2005: 456–457.)

Polio on häviämässä maailmasta Maailman terveysjärjestön laajan kampanjan ansiosta ja matkailijoiden rokotustarve tautia vastaan on samalla vähentynyt. Maailman terveysjärjestön tavoitteena oli vuoteen 2000 mennessä eradikoida eli hävittää polio maailmasta. (Hovi 2005: 124.) Suuressa osassa maailmaa otettiin iänmukaisten rokotusten rinnalle käyttöön OPV-kampanjat (National Immunization Days), jotka toistettiin vuosittain. Hävityskampanjasta huolimatta poliotapauksia on esiintynyt edelleen vuonna 2006 maailmanlaajuisesti 1902 tapausta, joista 1783 oli esiintynyt endeemisissä maissa ja 119 ei endeemisistä maista. Kotoperäisenä poliota esiintyy edelleen Aasian maista Intiassa, Pakistanissa ja Afganistanissa, Afrikan maista Nigeriassa, Nigerissä, Somaliassa ja Egyptissä sekä satunnaisesti joissakin kyseisten maiden naapurimaissa. Maittain poliota on esiintynyt Intiassa 641, Pakistanissa 39,

Afganistanissa 31, Bangladeshissä 17, Nepalissa 2, Indonesiassa 2, Yemenissä 1, Kongon Demokraattisessa Tasavallassa 12 ja Afrikan maissa yhteensä 1157 raportoitunutta tapausta vuoden 2006 aikana (www.polioeradication.org). Jos henkilö matkustaa alueille, jossa poliota vielä esiintyy, suositellaan tehosteita 5-10 vuoden välein. (Hovi 2005: 121.)

2.5 Hepatiitti A

Hepatiitti A on maksatulehdus, joka leviää saastuneen juomaveden ja ravinnon välityksellä. Tartuntalähteinä ovat saastunut ruoka, juomavesi tai sillä pestyt vihannekset tai siitä tehdyt jääkuutiot sekä puutteellisesti kypsennetyt simpukat ja osterit. Taudin aikana virusta erittyy runsaasti ulosteeseen. Tartunta voi siirtyä myös likaisten käsien tai WC-tilojen kautta henkilöstä toiseen. Elintarvike- ja käsihygieniaan on kiinnitettävä erityistä huomiota matkustettaessa alueelle, jossa hepatiitti A on tavallinen. Tartunnan mahdollisuus on erityisesti huomioitava, kun matkustetaan kehitysmaihin, Välimeren etelä- tai itäpuolisiin maihin tai entisten IVY- maiden ja Baltian alueelle. Infektion leviämisen kannalta on tärkeätä ottaa huomioon, että muualla tartunnan saaneet voivat levittää tartuntaa kotimaahan palattuaan parin viikon ajan, vaikka olisivat itse oireettomia. Lapsilla hepatiitti A on lähes aina oireeton, joten he voivat levittää tartuntaa helposti. (Davidkin ym 2004: 86.)

Hepatiitti A on hepatiitti A-viruksen aiheuttama tauti. Itämisaika on tavallisimmin 30 vuorokautta, vaihdellen 15–50 vuorokauteen muun muassa infektiannon suuruudesta riippuen. Alle 6-vuotiailla lapsilla tauti on oireeton 70 %:lla, aikuisilla noin 40 %:lla. Oireisillakin lapsilla tauti on yleensä varsin lievä, oireena on tavallisesti ripuli, pahoinvointi, oksentelu ja lämpöily. Keltaisuutta ei yleensä esiinny. Aikuisilla ensioireita ovat lämpöily, ruokahaluttomuus ja pahoinvointi. Uloste muuttuu usein harmaaksi ja virtsa tummaksi ihon keltaisuuden myötä. Keltaisuus ilmenee noin viikon kuluttua ensioireiden ilmaantumisesta. Aikuisillakin kuolevuus on alle 1 %. Kroonista kantajuutta, kroonista maksatulehdusta tai kirroosia ei ole seurauksena kuten pääasiassa verikontaktissa leviävissä hepatiiteissa. (Pönkä 2006: 115.)

Hepatiitti A:ta vastaan on kehitetty tahokkaita ja turvallisia rokotteita, jotka ovat nykyisin ensisijainen keino suojautua taudilta. Hepatiitti A-profylaksia tulee antaa, mikäli matka suuntautuu Lähi-Itään, Kauko-Itään, Afrikkaan, Keski- tai Kaakkois-

Aasiaan, Arabian niemimaalle, Keski- ja Etelä-Amerikkaan tai Karibialle. Hepatiitti A on kohtalaisen yleinen myös entisen Neuvostoliiton alueilla, Baltiassa ja Itä-Euroopassa. (Pönkä 2006: 116.)

Rokotteiden käyttöä puoltaa myös niiden antama pitkäaikainen suoja. Havrix ja Epaxal- rokotetta annetaan aikaisemmin rokottamattomille lapsille ja aikuiselle kaksi annosta. Suojan maksimoimiseksi ensimmäinen annos tulisi antaa vähintään kaksi viikkoa ennen matkalle lähtöä. Toinen annos suositellaan annettavaksi 6-12 kuukauden kuluttua ensimmäisestä. Kahden viikon kuluttua ensimmäisestä pistoksesta suojaava määrä vasta-aineita on kehittynyt yli 80 %:lla rokotetuista ja kuukauden kuluttua rokotuksesta yli 90 %:lla. Kahden annoksen suojan kesto on Havrix ja Epaxal-rokotteilla ainakin 10 vuotta, ennustemallien mukaan 20 vuotta, mahdollisesti jopa elinikäinen. (Davidkin ym. 2004: 89.)

Hepatiitti A:ta voidaan estää leviämistä viidellä tavalla: työstä pidättämällä, huolellista hygieniaa noudattamalla, tiettyjä ruokia välttämällä, rokotteella ja gammaglobuliinilla. Pikkulapset eivät yleensä tarvitse profylaksiaa, koska tauti on heillä yleensä oireeton tai lievä. Gammaglobuliinin tai rokotteen kohderyhmiä ovat Kansanterveyslaitoksen mukaan 1) varmistetun tapauksen kanssa samassa taloudessa asuvat ja sukupuolikumppanit, 2) päiväkotijäsenet ja päivähoitoryhmän lapset sekä ryhmän henkilökunta, jos varmistettu tapaus on ko. paikassa hoidettu lapsi, 3) muut saman laitoksen elintarviketyöntekijät kuin sairastunut henkilö. Rokotetta voidaan käyttää jos altistumisesta on kulunut enintään 7 vrk, muutoin annetaan gammaglobuliinia joka yleensä estää taudin 2 viikon sisällä tartunnasta ja lieventää taudinkuvaa annettuna 4 viikon sisällä tartunnasta. (Pönkä 2006: 116.)

2.6 Hepatiitti B

Hepatiitti B aiheuttaa myös maksatulehdusta eli keltatautia. Osa sairastuneista jää viruksen kantajiksi; tämä on tavallista varsinkin pikkulapsilla. Osalle kantajista kehittyy myöhemmin krooninen hepatiitti, maksakirroosi tai maksasyöpä. Hepatiitti B tarttuu tavallisesti verikontaktin välityksellä, sukupuoliyhteydessä tai äidiltä lapselle perinataalisesti. Ehkäisyssä tärkeintä ovat verikontaktien välttäminen sekä irrallisten sukupuolisuhteiden välttäminen etenkin ulkomailla. Viimeksi mainituissa kondomin käyttö ehkäisee tartunnan varsin hyvin. Hepatiitti B tarttuu kuitenkin

sukupuoliyhteydessä noin 50–100 kertaa helpommin kuin HIV. (Pönkä 2006: 119.) Verituotteiden antaminen kehitysmaissa sekä injektiot, akupunktio, tatuointi ja lävistyksiset sellaisissa hoitopaikoissa, joiden mahdollisuudet käyttää kertakäyttöisiä tai kunnollisesti steriloituja välineitä ovat puutteelliset, ovat mahdollisia B-hepatiitin tartunnanlähteitä. (Davidkin ym. 2004: 90.)

Matkailijoille hepatiitti B-rokotetta ei yleisesti suositella. Kuitenkin on hyvä tuntee hepatiitti B:n riskiryhmät ja ratkaista rokotustarve riskikäyttäytymisen eikä matkustamisen mukaan. Riskikäyttäytyminen korostuu usein ulkomailla oleskeltaessa, esimerkiksi huumeiden saannin helpottuessa ja alkoholin käytön lisääntyessä. (Pönkä 2006: 119.) Rokote on aiheellinen niille, jotka matkustavat esiintymisen alueelle opiskelemaan tai tekemään työtä, jossa on verialtistumisen vaara, kuten terveydenhuoltoalan työtä. Rokotetta suositellaan myös niille, jotka oleskelevat runsaan esiintyvyyden alueella pitempään kuin kuusi kuukautta, alueelle usein matkustaville, alueella päivähoidossa oleville tai paikallisten lasten kanssa asuville tai oleskeleville, lapsille, henkilöille, joilla on suurentunut riski joutua lääketieteelliseen tai hammaslääketieteelliseen toimenpiteeseen ulkomailla sekä riskimatkailijoille (seksi, pistettävät huumeet). Tavallinen matkailija tarvitsee ani harvoin hepatiitti B-rokotusta. (Davidkin ym. 2004: 90.)

Hepatiitti B:n esiintymisalueita ovat Afrikka, Arabian niemimaa, entisen Neuvostoliiton aasialaiset alueet, Euroopassa Bulgaria, Romania ja Moldova, Kaakkois-Aasia, Kiina, Koreat, Amazonasin alue Etelä-Amerikassa sekä eräät alueet Grönlannin ja Pohjois-Amerikan pohjoisrannikolla. (Pönkä 2006: 119.) Hepatiitti B:n itämisaika on keskimäärin 70–80 vrk (30–180 vrk). Puolella tartunnansaanneista on oireita, puolet on oireettomia. Oireet ovat aikuisilla rajummat kuin hepatiitti A:ssa. Akuutin vaiheen oireet menevät ohi muutamassa viikossa; kuolleisuus on alle 1 %. Maksasyöpäriski on kroonisilla kantajilla noin 200-kertainen tavalliseen väestöön verrattuna. Lapsilla riski taudin kroonistumiseen on suurempi kuin aikuisilla: perinataalitartunnoissa 90–98 %, vauvaiässä 50 %. (Pönkä 2006: 120.)

2.7 Meningokokkitaudit

Meningokokkibakteeri aiheuttaa vakavia infektoita, joista tärkeimmät ovat meningiitti ja sepsis. Meningiitillä eli aivokalvotulehduksella tarkoitetaan keskeisesti

lukinkalvonalaiseen (subaraknoidaaliseen) tilaan kehittyvää infektiota (Peltola – Valtonen 2005: 468). Infektio etenee nopeasti, ja hoitamattomana kuolleisuus on suuri. Useilla alueilla maailmassa on meningokokkibakteerin aiheuttamaa aivokalvontulehdusta. Etenkin Afrikassa Saharan eteläpuolella päiväntasaajan seudulla on meningokokin endeeminen alue, ns. meningiitivyöhyke, jossa epidemioita puhkeaa säännöllisesti 5-10 vuoden välein. Epidemioita on esiintynyt myös Etelä-Amerikassa, Intiassa, Nepalissa ja Saudi-Arabiassa. Yleisemmin aiheuttaja on A- tai C-tyypin meningokokkibakteeri. (Pönkä 2006: 82–83.)

Rokotusta suositellaan vain niille, jotka oleskelevat pitkäaikaisesti turistikohteiden ulkopuolella Afrikan meningiittialueilla. Saudi-Arabia vaatii pyhiinvaellusaikaan maahan matkustaville rokotuksen. Rokotus on syytä antaa vain silloin, kun matkustuskohteessa tiedetään olevan meningiittiepidemian. Tavanomaiselle turistimatkoille matkustavat eivät tarvitse rokotusta. Rokotus antaa 85–95% suojan, joka saavutetaan 10-14vrk:n kuluttua rokottamisesta ja jonka kesto yli kolmevuotiailla on noin kolme vuotta. (Nohynek 2005: 170–172.)

Meningovax A+C suojaa A- ja C-ryhmän aiheuttamilta meningokokkitaudeilta. Rokote sisältää immunogeenina puhdistettua, kylmäkuivattua polysakkaridia *Neisseria meningitidis* ryhmä A- ja C-bakteereista. Rokotus on indusoitu niille matkailijoille, jotka oleskelevat tavallisten turistikohteiden ulkopuolella endeemisillä alueilla Afrikassa, Aasiassa ja Etelä-Amerikassa. (Nohynek 2005: 169-170.)

Mencevax ACWY sisältää immunogeenina puhdistettua kylmäkuivattua polysakkaridia *Neisseria meningitidis* ryhmä A, C, W ja Y-bakteereista. Rokotteita voidaan käyttää aikuisten ja yli 2-vuotiaiden lasten suojaukseen kyseisen ryhmän meningokokkien aiheuttamaa aivokalvontulehdusta vastaan. Saudi-Arabia vaatii todistusta rokotuksesta pyhiinvaellusmatkojen aikaan. (Nohynek 2005: 170).

2.8 Lavantauti

Lavantauti on *Salmonella typhi*- bakteerin aiheuttama vakava yleisinfektio. Se oli melko yleinen tartuntatauti koko maailmassa toiseen maailmansotaan saakka, jonka jälkeen talousveden ja kulutusmaidon laadun paraneminen on hävittänyt sen lähes kokonaan vauraista maista. Köyhissä kehitysmaissa tilanne lavantaudin suhteen on pysynyt

ennallaan tai jopa huonontunut. Kehitysmaissa tauti on ennen kaikkea nuorten sairaus ja siihen liittyy huomattava kuolleisuus. Tautia esiintyy Aasiassa, Afrikassa, Latinalaisessa Amerikassa sekä Tyynenmeren saarilla, erityisesti trooppisilla alueilla. (Nohynek 2005: 168.) Esimerkiksi Suomessa todetaan vuosittain noin viisi lavantautitartuntaa, jotka on lähes aina saatu näiltä alueilta (Davidkin ym. 2004: 107).

Suoleen päässeet lavantautibakteerit kulkeutuvat limakalvon läpi suoliston paikallisiin imusolmukkeisiin tai veriteitä pitkin muihin imusolmukkeisiin. Siellä ne fagosytoituvat eli tuhoutuvat ja bakteeri alkaa lisääntyä fagosyyttien eli syöjäsolujen sisällä. Noin 1-2 viikon kuluttua suuri bakteerimäärä tunkeutuu imusolmukkeista vereen ja leviää veren mukana nopeasti lähes kaikkiin kudoksiin, jolloin voi kehittyä meningiitti, osteomyeliitti, pyelonefriitti ym. Lavantaudille tyypillisiä oireita ovat hitaasti kohoava, pitkään korkeana jatkuva kuume, vatsaoireista alkuun ummetus, kova päänsärky ja sekavuus sekä huono yleistila. Toisella tai kolmannella sairausviikolla oireet vaikeutuvat, yleistila huononee ja ripulioireet alkavat. Bakteerit pääsevät kulkeutumaan myös maksaan ja sappirakkoon, jossa ne lisääntyvät. Saperen mukana bakteerit kulkeutuvat suoleen ja ulosteisiin. Tauti alkaa pikku hiljaa parantua spontaanisti kolmannen sairausviikon jälkeen. Hoitamattomana sairastuneista kuolee noin 10 % ja noin 3 % jää pysyvästi bakteerin kantajaksi. (Siitonen – Vaara 2005: 182–183; Vesikari 2003: 407; Davidkin ym. 2004: 107.)

Lavantauti diagnosoidaan viljelemällä bakteereja veri- tai ulostenäytteestä. Lavantaudin voi parhaiten ehkäistä hyvällä käsi- ja elintarvikehygienialla. Rokotus voi olla tarpeen, jos oleskelee pitempiä aikoja alkeellisissa oloissa tavallisten turistialueiden ulkopuolella tropiikin maaseudulla tai pikkukaupungeissa Aasiassa, Afrikassa tai Etelä-Amerikassa. Tavallinen turisti ei yleensä tarvitse lavantautirokotusta. Rokotteena käytetään lihakseen pistettävää rokotetta Typherix tai suun kautta otettavaa Vivotif Berna-rokotetta. Rokotteiden suojatehoksi on todettu 40–90 % endeemisillä alueilla tehdyissä kliinisissä tutkimuksissa. Rokotteet antavat suojan noin kolmeksi vuodeksi. Typherix-rokote sisältää 25 mikrogrammaa *Salmonella typhii*-bakteerin Vi-kapselipolysakkaridia. Rokotetta voi antaa aikuisille ja yli 2-vuotiaille lapsille. Alle 2-vuotiaiden rokottamista ei suositella, koska heidän immuunivasteensa saattaa olla heikko. Rokotteen antamisen jälkeen kahden viikon kuluttua 95 % rokotetuista muodostuu vasta-aineita. Rokotteen suojatehoa ei ole tutkittu kliinisissä tutkimuksissa. Kahden vuoden kuluttua

rokotuksesta vasta-aineita on todettu noin 61 %:lla ja kolmen vuoden kuluttua noin 46 % rokotetuista. (Nohynek 2005: 166–169; Davidkin 2004: 107–108.)

Vivoti-Berna- rokote on suun kautta otettava annoskapseli, joka sisältää eläviä ja heikennettyjä *Salmonella typhi*- *Ty21a*- bakteereita. Perusrokotus sisältää kolme kapselia, jotka niellään kokonaisina kylmän vesilasillisen kanssa tunti ennen ateriaa yksi kapseli joka toinen päivä. Rokottaminen on hyvä aloittaa noin kolme viikkoa ennen matkalle lähtöä, jotta riittävä suoja ehtii muodostua. (Nohynek 2005: 165-166.)

2.9 Kolera

Kolera on *Vibrio cholerae*- bakteerin aiheuttama ripulitauti. WHO:n tietojen mukaan sitä todettiin vuonna 2002 52 maassa yhteensä 142 311 tapausta. Tapausten määrä oli vuonna 2003 ollut yli 20 % pienempi, mutta kuolemaan johtavien tartuntojen määrä lähes kaksi kertaa suurempi. 97 % koleratapauksista on raportoitu Afrikasta. Koleraa esiintyy myös Aasiassa ja 1990-luvulla koleraepidemioita on ollut Etelä- ja Keski-Amerikassa, jossa tapaukset ovat vähentyneet huomattavasti viime vuosina. Paikallisia epidemioita on raportoitu myös Venäjältä. Endemisiltä alueilta tulevat matkailijat tuovat koleraa Eurooppaan muutamia tapauksia vuosittain. Esimerkiksi vuonna 2002 raportoitiin seitsemän hajatapausta kuudesta Euroopan maasta. (Davidkin ym.2004: 103.)

*Vibrio cholerae*ta tunnetaan yli 100 erilaista O-seroryhmää. Niistä kahden *V. cholerae* O1:n, ns. El Tor-biotyyppin, ja Kaakkois-Aasiassa esiintyvän *V.cholerae* O139:n, ns. Bengal-tyypin, ainoa tartunnan kohde on ihminen. Koleravibriot joutuvat suoleen tavallisesti veden tai ruoan mukana ja lisääntyvät siellä nopeasti. Molempien koleravibrioiden aiheuttaman taudin oire on tavallisesti lievä, itsestään paraneva ripuli. Oireet alkavat äkillisellä, kivuttomalla ripulilla ja uloste muuttuu nopeasti vesimäiseksi ja vaaleaksi ”riisivesiulosteeksi”. Nykyään suurin osa tautitapauksista on lieviä, itsestään rauhoittuvia ripulitauteja, mutta pahimmillaan tauti voi johtaa jopa muutamassa tunnissa hypovolemiaan, asidoosiin ja sokkiin. Nesteen ja elektrolyyttien menetys akuutissa kolerassa on suurta, jopa 1l/h ja muut taudin oireet ovat seurausta tästä. Taudin itämisaika vaihtelee kuudesta tunnista kuuteen vuorokauteen. Bakteeri säilyy elimistön ulkopuolella vedessä hengissä kohtalaisen ajan. Epidemia-alueella tartunta voi levitä esimerkiksi ostereista, simpukoista ja muista äyriäisistä. Matkustavat vähäoireiset kolerapotilaat ja toipilaat voivat levittää tautia epidemian uusille alueille.

Sairastuneiden viiden vuorokauden karanteeni katsotaan riittäväksi. Hoitoon käytetään mikrobilääkkeitä ja ripulijuomaa. Vain vaikeimmat tapaukset vaativat nestehoitoa sairaalassa ja nekin paranevat yleensä nopeasti. Taudin ehkäisyssä on hyvän juomavesi- ja elintarvikehygienian noudattaminen ensisijaista. Alueilla, jossa esiintyy koleraa, on hyvä välttää raakaa kalaa ja muita meren antimia. (Siitonen – Vaara 2005: 211–213; Davidkin ym. 2004: 103–105.)

Rokotuksia suositellaan vain henkilöille, jotka joutuvat oleskelemaan pitkiä aikoja endeemisillä alueilla huonoissa hygieenisissä oloissa, esimerkiksi pakolaisleireillä työskenteleville. Käytössä on kaksi rokotetta, jotka antavat suojan *Vibrio cholerae* O1-serotyypin aiheuttamaan koleraan, mutta serotyypin O139 aiheuttamaan koleraan ei kolerarokote tehoa. Eläviä, heikennettyjä bakteereita sisältävä rokote suojaa yhdellä annoksella vähintään puoli vuotta. (Siitonen – Vaara 2005: 213; Davidkin ym. 2004: 103-105.)

Suun kautta annettava inaktivoitu rokote Dukoral suojaa jonkin verran myös enterotoksigeenisen *E. coli*-bakteerin (ETEC) aiheuttamalta taudilta. Rokote juodaan puskuriliuokseen sekoitettuna. Ennen rokotteen ottamista tulisi olla ravinnotta kaksi tuntia ja sen jälkeen tunnin verran. Rokotteen perussarja aikuisille ja yli 6-vuotiaille lapsille otetaan kahtena annoksena 2-6 viikon välein. Nopeutettuna, kiireellisissä tapauksissa annosväli voi olla yksi viikko. Rokotteen suoja kehittyy noin viikon kuluttua rokottamisesta. 2-6-vuotiaille lapsille suositellaan kolmea annosta ja tehosteannosta kuuden kuukauden kuluttua. Jos suojaus on edelleen tarpeellista lapsille ja aikuisille suositellaan tehosteannosta kahden vuoden kuluttua. (Hovi 2005:163; Davidkin ym. 2004: 105.)

3 HYÖNTEISTEN JA ELÄINTEN AIHEUTTAMIA TARTUNTATAUTEJA

3.1 Japanin aivotulehdus

Japanin aivotulehdus on hyttysten levittämä sairaus, jota esiintyy noin viiden vuoden välein toistuvina epidemioina erityisesti sadekauden aikana, kesä-syyskuussa, Itä-Aasiassa Koreasta Vietnamin pohjoisosiin. Muualla Aasiassa tautia on trooppisessa ilmastossa ympärivuotisenä. Länteen päin sairaus on nykyisin levinnyt Sri Lankaan ja

Intiaan saakka. Alueiden väestön vasta-ainetutkimusten perusteella virus on ilmeisen yleinen, mutta vain hyvin pieni osa infektioista johtaa aivokuumeeseen. Toisaalta Japanin aivotulehdus on Kaakkois-Aasian tärkein enkefaliittien aiheuttaja. Virus käyttää väli-isäntäänään sikaa ja haikaraa. Tautia levittävä hyttyslaji lisääntyy riisipelloilla. Tautia saattaa lisäksi olla suurkaupungin slummialueilla. (Davidkin ym. 2004: 95.) Sairastuneitten kuolleisuus on keskimäärin 30 %, ja puolet eloon jääneistä jää neuropsykykkisesti vammautuneeksi. (Vapalahti – Vaheri 2005: 551).

Rokotusta suositellaan, mikäli endeemisellä alueella oleskellaan taudin esiintymisaikaan Kaakkois-Aasian maissa Intiasta itään yli kuukauden ajan, mutta myös lyhytkestoisimman oleskelun ollessa kyseessä, jos taudin esiintymisaikaan oleskellaan maaseudulla tai suurkaupunkien alueilla. (Pönkä 2004: 104; Davidkin ym. 2004: 97.)

Rokotesuoja Japanin aivotulehdistaan vastaan saadaan rokottamalla aikaisemmin rokottamattomille kolme annosta päivinä 0,7 ja 30. Pistosten väliä voidaan lyhentää matkailijan aikataulun niin vaatiessa ja rokotukset voidaan antaa päivinä 0,7 ja 14, suojateho ei kuitenkaan tällöin ole yhtä hyvä. Kolmas annos pitäisi antaa ainakin kymmenen vuorokautta ennen endeemiselle alueelle saapumista, jotta rokotteen suoja olisi riittävä. Rokotetun tulisi olla lisäksi kymmenen vuorokautta alueella, jossa lääkärihoitoa on saatavilla. Tehosterokotus on tarpeen kolmen vuoden välein, jos oleskelu taudin endeemisellä alueella jatkuu tai toistuu. (Davidkin ym. 2004: 97.)

3.2 Keltakuume

Keltakuumetta esiintyy kahta lajia; viidakkokeltakuume, jossa virus kiertää apinoissa hyttysten välittämänä ja ihminen infektoituu vain satunnaisesti sekä kaupunkikeltakuume, jossa infektoituminen tapahtuu hyttysten välityksellä ihmisestä toiseen. (Vapalahti – Vaheri 2005: 550.)

WHO:n mukaan 200 000 ihmistä sairastuu vuosittain keltakuumeeseen ja heistä kuolee 30 000. Tapauksista 90 % on Afrikassa. Etelä-Amerikassa riski sairastua keltakuumeeseen on kymmenen kertaa pienempi kuin Afrikassa. Aasiassa tautia ei ole koskaan todettu. Matkailijan kannalta tartuntavaara on suurin oleskeltaessa viidakkoalueilla ja niitä reunustavilla savanneilla. Taudin ehkäisyssä on hyttysiltä suojaautuminen tärkeää. Erityisesti niiden, joille rokotetta ei voida jostain syystä antaa, on tärkeää suojata iho vaatetuksella ja käyttää hyttyskarkotteita (Davidkin ym.2004: 98–

99). Keltakuumetta esiintyy ainoastaan päiväntasaajan seudulla Etelä- ja Väli-Amerikassa sekä Afrikassa. Rokotus on aiheellinen näille alueilla matkustaville etenkin jos oleskelee alkeellisissa olosuhteissa ja suurkaupunkien ulkopuolella. (Pönkä 2006: 91.)

Keltakuumeessa 3-6 vrk:n itämisaajan jälkeen kuume nousee äkisti, kasvot punoittavat, pulssi on harva, esiintyy pää- ja lihassärkyä, sitten kuume laskee muutamaksi tunniksi ja nouse jälleen, jolloin voi ilmetä maksavaurio, munuaisten vajaatoimintaa, verenvuotoja ja shokki (keltainen vaihe). Kuolleisuus on 10–30 %. Eloon jääneet paranevat täydellisesti. (Vapalahti – Vaheri 2005: 550–551.)

Keltakuume on nykyisin ainoa rokote, jota WHO:n ohjeiden mukaan voidaan vaatia pakollisena maahan tulevilta matkailijalta. Rokotesuositusta ei tavallisesti vaadita alle vuoden ikäisiltä lapsilta. Läntisen Afrikan maista muutamat vaativat rokotustodistuksen kaikilta maahantulijoilta. Tavallisempaa on kuitenkin, että rokotus vaaditaan niiltä, jotka tulevat alueilta, joissa tautia ilmenee. Tietyissä Afrikan ja Aasian maissa on WHO:n suosituksista poikkeavia keltakuumerokotusvaatimuksia. Jotta rokote olisi kansainvälisessä liikenteessä kelvollinen, on käytettävä WHO:n hyväksymää rokotetta, ja rokotus on annettava keltakuumerokotus-keskuksessa. Rokotuksesta annetaan WHO:n kansainvälinen rokotustodistus. Rokotetodistus tulee voimaan kymmenen vuorokauden kuluttua ensimmäisestä rokote-annoksesta ja välittömästi tehosteen jälkeen. Rokotetodistuksen voimassaoloaika on kymmenen vuotta, mutta rokotteen antama suoja kestää todennäköisesti pitempäänkin. (Davidkin ym. 2004: 99,101.)

3.3 Denguekuume

Denguekuume on virustauti, joka leviää ihmisestä toiseen *Aedes aegypti*-hyttysen välityksellä. Siihen sairastuu vuosittain arviolta 50–100 miljoonaa ihmistä, joista n. 400 000 saa verenvuotokuume-sokkioireyhtymän (DHF-DSS). Dengueviruksia on neljä eri tyyppiä. Dengue ja sen komplikaatio verenvuotokuume-sokkioireyhtymä ovat tärkeimmät arbovirusinfektiot maailmanlaajuisesti. Denguekuumetta esiintyy laajalti trooppisissa ja subtrooppisissa ja tauti on yhä leviämässä. Trooppisissa maissa, erityisesti Kaakkois-Aasiassa, Intiassa, Keski- ja Etelä-Ameriikassa on riski saada Dengue-tartunta. Dengue aiheuttaa laajoja epidemioita noin 3-4 vuoden välein. Esimerkiksi Kaukoidästä matkanneilta suomalaisturisteilta diagnosoidaan noin 10–15 tapaus vuosittain.

Diagnosoimattomia tapauksia on todennäköisesti enemmän. (Siikamäki – Vapalahti – Nohynek 2003: 2051–2052; Vapalahti – Vaheri 2005: 552.)

Taudin itämisaika on 3-14 vrk, yleensä noin viikon. Tyypillisiä oireita ovat kuume, päänsärky, lihas- ja nivelkivut, ihottuma, imusolmukesuurentumat, trombo- ja leukosytopenia ja yli viitearvojen olevat maksaentsyymit. Myös sydänlihastulehdus voi liittyä tautiin ja harvoin keskushermosto-oireita. Oireet muistuttavat alkuvaiheessa malarian oireita, joten malaria tulee aina sulkea pois vasta-ainetutkimuksin. Molempiin tauteihin saattaa liittyä leuko- ja trombopeniaa. Diagnoosi tehdään serologisesti ja myös viruseristys on mahdollista tehdä. Dengueinfektio paranee yleensä ilman komplikaatioita, ellei kyseessä ole taudin uusintainfektio. Osa sairastuneista saa vakavan DHF-DSS- taudin, joka 10–40 %:ssa tapauksista johtaa hoitamattomana kuolemaan. Erityinen vaara tähän on, jos sairastaa kaksi perättäistä denguevirustyyppin infektiota noin puolen vuoden kuluessa. Kyseistä hemorragista denguekuumetta esiintyy tavallisimmin Kaukoidässä lapsilla ja Karibian alueella myös aikuisilla. Koska dengueinfektiot ovat yleistymässä, myös tämän vaarallisen komplikaation esiintyminen on kasvussa. *Aedes aegypti*-hyttynen on yleistynyt hyttysten torjunnasta luopumisen, lisääntyneen kaupan ja matkailun sekä kaupungistumisen ja slummiutumisen myötä. Mukautumiskykynsä ansiosta se on sopeutunut hyvin elämään sekä trooppisessa kaupunkiympäristössä että maaseudulla. Se lisääntyy vedessä, mikä lisää sairastumisen riskiä alueilla, joissa on seisovaa vettä. Seisovat vedet tulisikin vaihtaa usein, vähintään kerran viikossa ja välttää sadevettä kerääviä tavaroita pihapiirissä. Dengueinfektiota voi ehkäistä suojautumalla hyttysen pistolta käyttämällä vaaleaa pitkähihaista- ja lahkeista vaatetusta ja hyttyskarkotetta päiväsaikaan. Jos matkailija epäilee saaneensa dengueinfektion matkustettuaan alueilla, jossa tautia esiintyy, hänen tulisi viipymättä hakeutua lääkärin hoitoon. Tällä hetkellä ei ole olemassa rokotetta Denguetta vastaan. (Nohynek – Siikamäki – Peltonen 2003: 665–666; Vapalahti – Vaheri 2005: 551–552, Holmström ym 2004: 49.)

3.4 Malaria

Malaria on Maailman Terveysjärjestön mukaan yksi maailman tärkeimpiä terveysongelmia. Siihen sairastuu vuosittain noin 300–500 miljoonaa ihmistä ja siihen kuolee noin 2-3 miljoonaa ihmistä vuosittain. Maailman väestöstä noin 40 % asuu malarian edeemisillä alueilla. Maailmassa malariaa esiintyy lähinnä leveyspiirien 40 (P)

ja 30 (E) välillä endeemisenä yhteensä 102 maassa, joista 47 sijaitsee Afrikassa. Malaria on yleinen sairaus Afrikassa Saharan eteläpuolisilla alueilla, Aasiassa, Oseniassa ja osissa Etelä-Amerikkaa. Laajin malariaongelma on Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa, jossa tavataan 80 % kaikista maailman malariatapauksista. Intian osuus malarioista on nykyisin 8 % ja loput 12 % jakautuvat muille malaria-alueille. Malariaan sairastumisen riski kuukauden kestävällä matkalla ilman estolääkitystä on Länsi-Afrikassa 7-24 % ja Itä-Afrikassa 2-15%. Sairastuneista 1-4 % kuolee tautiin. Muilla malaria-alueilla riski sairastua on pienempi. Riski sairastua on yleensä suurempi maaseuduilla kuin kaupungeissa. Tartunnan saamisen riski on suurempi pimeän aikaan illalla ja yöllä kuin päivällä. Alueellinen vaihtelu on suurta, yleensä suurissa turistikohteissa malariaa ei esiinny, etenkin Etelä- ja Kaakkois-Aasian suurkaupungeissa. Euroopassa ei ole ollut endeemistä malariaa vuoden 1975 jälkeen. Kaikissa Euroopan maissa esiintyy matkailijoiden tuontimalariaa, esimerkiksi Suomessa 30–50 tapausta vuosittain. (Siikamäki – Jokiranta – Meri 2005: 335–336.) Ilmastonmuutoksen on katsottu kasvattavan malarian esiintymisaluetta. Kun ilmasto lämpenee, tauteja levittäviä hyttysiä menehtyy vähemmän kylmyyteen ja ne levittäytyvät nopeammin. Varsinaisten taudinaiheuttajien kasvu nopeutuu, joten todennäköisyys, että lyhytikäiset hyttyset ehtivät levittää tautia elinaikanaan kasvaa. (ilmasto.org 2007)

Malarian aiheuttaa Plasmodium eli horkkaloisio, joka on itiöeläimiin kuuluva alkueläinlajin. Plasmodium-lajeja on lukuisia, mutta vain neljä plasmoidilajia pystyvät aiheuttamaan ihmiselle malarian: plasmodium falciparum, plasmodium vivax, plasmodium ovale ja plasmodium malariae. Näistä p.falciparum on yleisin malarian aiheuttaja. Vivax- ja ovaleplasmodit saattavat pysyä ihmisen maksasoluissa pitkiäkin aikoja, jopa vuosia, ja ne voivat aiheuttaa ihmiselle toistuvia malariakuumeita. Tauti voi näin ollen puhjeta useiden kuukausien, jopa vuosien kuluttua matkalta paluun jälkeen myös niille matkailijoille, jotka ovat saaneet estolääkityksen. Erityisen vaarallinen tauti voi olla raskaana oleville, lapsille ja henkilöille, joilla ei ole toimivaa pernaa. (Siikamäki ym. 2005: 335–336, Siikamäki 2004: 64.)

Taudin aiheuttama alkueläin leviää ihmisestä toiseen Anophesis-hyttysen piston välityksellä. Vain vuorokauden pimeänä aikana liikkuvat Anophesis-hyttysen tartuttavat malariaa. Infektoituneen naarashyttysen imiessä ihmisestä verta sen sylkirauhasista siirtyy plasmoidin esiasteita ihmisen vereen, josta ne pääsevät tunkeutumaan maksaan. Maksassa plasmoidit lisääntyvät räjähdysmäisesti. Noin 1-2 viikon kuluttua vapautuu

verenkiertoon ns. merotsoitteja, joista osa palaa takaisin maksaan (tätä vaihetta ei tapahdu *falciparum*-malariassa) ja suurin osa tunkeutuu punasoluihin. Punasoluissa lisääntyminen jatkuu ja 48(tertiana) tai 72(quartana) tunnin kuluttua punasolut alkavat hajota. Tällöin ilmaantuvat kliiniset oireet. Punasolujen parasitemian suuruus ja taudin vaarallisuus vaihtelevat aiheuttajaparasiitin mukaan. *Falciparum*-malariassa voi olla yli 30 % punasoluista parasiittien vallassa. Muissa malarian muodoissa parasiitteja on vain noin 1 %:ssa soluista. Malarian on todettu tarttuvan myös joissain harvinaisissa tapauksissa veren välityksellä, esimerkiksi saastuneista neuloista tai verensiirroista. Sikiön on joskus todettu saavan malarian istukan välityksellä. (Forsius 2001: 46: 4788; Siikamäki ym. 2005: 336.)

Malarian itämisaika vaihtelee lajeittain. *Falciparum*- ja *vivax*-malarioiden itämisaika on noin 10-15 vrk ja *ovale*- ja *malariae*-malariat oireilevat noin 3-4 viikon kuluessa tartunnasta. Estolääkitys saattaa pidentää itämisaikaa. Malarian tyypillisin oire on kohtauksittainen kuume. Sitä edeltävät 1-2 päivän esioireet, joita ovat flunssan tyyppiset lievä lämpöily ja säryt. Varsinainen kuumevaihe jaetaan kolmeen osaan. Ensimmäinen, horkkavaihe, kestää noin tunnin. Potilas kärsii toistuvista vilunväristyksistä, voimakkaasta päänsärystä, lihassärystä ja oksentelusta. Horkkavaihetta seuraa 2-4 tuntia kestävä kuumevaihe, jolloin lämpö kohoaa helposti 40 C asteeseen. Iho punoittaa ja on kuiva ja kuuma. Potilas voi mennä sekavaksi. Tämän jälkeen seuraa hikoiluvaihe, jossa kuume laskee runsaan hikoilun myötä nopeasti. Potilas on väsynyt, voimaton ja hikinen. Malariakohtaus kestää noin 6-8 tuntia. Levon jälkeen potilas virkistyy, kunnes 1-3 vuorokauden kuluttua seuraa uusi kuumevaihe. Malariakuume voi olla varsinkin alkuvaiheessa jatkuvaa, ja siihen voi liittyä vatsaoireita, kuten voimakasta ripulia, hengitysoireita ja keskushermosto-oireita kuten sekavuutta ja tajunnantason laskua jopa koomaan saakka. (Siikamäki ym. 2004: 64; Siikamäki – Jokiranta – Meri 2005:338)

Malariainfektion oireiden vakaavuus riippuu malariaparasiitin lajista. Malariakohtaus uusii tyypillisissä tapauksissa säännöllisin väliajoin aiheuttajalajin mukaan. *P.falciparum* uusii kohtauksen 36–40 tunnin välein, *P. vivax* ja *P.ovale* 46–50 tunnin välein ja *P.malariae* 72 tunnin välein. Vaarallisin malarialajeista on *P. falciparum*, joka on tropiikin yleisin malariaparasiitti. *P. falciparum*in vaarallisuus johtuu siitä, että se kykenee infektoimaan kaikkia veren punasoluja. Tällöin kuume voi pysyä jatkuvasti korkeana, sen jaksottaisuus voi puuttua kokonaan ja oireet ovat epätyypilliset. Jos diagnoosi ja hoito viivästyvät, tämän malariaparasiitin aiheuttama malaria voi johtaa

hengenvaarallisiin seurauksiin. Malaria voi komplisoitua, jolloin juuri *P. falciparum*-infektiossa voi esiintyä verisuonivaurioita. Aivomalariasta puhutaan, kun taudinkuvaan liittyvät keskushermosto-oireet. Komplisoituneessa malariassa on melkein aina mukana neste- ja happo-emästasyyrimien häiriöitä, hypoglykemiaa ja munuaisten vajaatoimintaa esiintyy usein. Aikuisilla voi kehittyä äkillinen hengitysvaikeusoireyhtymä (ARDS). Myös vuototaipumusta ja sekundaarisia bakteeri-infektioita voi esiintyä. Muissa kuin *falciparum*-malariassa komplikaatiot ovat harvinaisia. (Siikamäki ym. 2005: 338.)

3.4.1 Malarian ehkäisy

Valittaessa malarian ehkäisykeinoja, tulee selvittää malarian esiintyvyys matkakohteessa. Malarian esiintyvyyteen vaikuttavat kohteen vuodenaikavaihtelut ja malarialoisen lääkeherkkyytilanne, joka vaihtelee jatkuvasti. Matkailijan tulee ottaa huomioon malariahyttyselle altistuminen valittaessa retkikohteita ja yöpymispaikkoja. Matkailijan henkilökohtainen tilanne kuten ikä ja mahdolliset krooniset sairaudet sekä kyky noudattaa annettuja ohjeita on myös otettava huomioon malarian ehkäisyä mietittäessä. (Siikamäki 2004:66.)

Malarian levinneisyysalue jaetaan WHO:n mukaan kolmeen ryhmään, jota kutsutaan kirjaimilla A, B ja C sen mukaan, mitä malariatyyppejä siellä esiintyy ja miten malarialääkkeet siellä tehoavat. Estolääkitys suunnitellaan tämän luokittelun mukaisesti. A-alueella malariariski on yleensä pieni ja vuodenaikasta riippuva. Esimerkiksi kaupunkialueilla ei useinkaan ole riskiä. *P.falciparum*ia ei esiinny tai se on herkkä klorokiinille. B-alueella malariariski on pieni useammilla alueilla. Klorokiini suojaa *P.vivax*ilta. Klorokiini yhdessä proguaniilin kanssa suojaa jonkin verran *P.falciparum*ilta ja voi lieventää tautia, jos sen saa estolääkityksestä huolimatta. C-alueella malariariski on suuri useammilla alueilla Afrikassa. Aasiassa ja Ameriikassa riski on pieni useammilla alueilla, mutta Amazonin alueella riski on korkea. A- ja B-alueille suositellaan estolääkkeeksi klorokiinia ja C-alueelle matkustaville meflokiinia tai klorokiinin ja progyaniilin yhdistelmää. Lääkkeet suojaavat malarialta, mutta eivät täysin. Lääkkeistä ja altistuksesta riippuen malariaan sairastuu 10-30 % lääkkeitä käyttäneistä. (Siikamäki ym. 2005: 342–343; Siikamäki 2004: 72–73.)

Malarian estolääkitykseen käytetään yleisimmin klorokiinia, meflokiinia, atovakonin ja proguaniilin yhdistelmää sekä harvemmin doksisykliiniä. (Pönkä 2006:131.) **Klorokiini** (Heliopar) pystyy yleensä tehokkaasti estämään *P.vivax*, *P.ovale* ja *P.malaria*

malarioiden oireet. Se tehoaa *P. falciparumiin* ainoastaan Väli-Amerikassa, Karibiassa, Lähi-Idässä ja tietyillä alueilla Aasiassa. Klorokiinilääkitys aloitetaan viikkoa ennen malaria-alueelle saapumista ja jatketaan 4 viikkoa matkalta paluun jälkeen. Aikuisilla annostus on 2 tablettia kerran viikossa ja se otetaan aina samana viikonpäivänä, mieluiten iltaisin aterian yhteydessä. Lapsilla annostus on 8 mg painokiloa kohti viikossa. Klorokiinia voidaan käyttää pitkäaikaiseen profylaksiaan. Klorokiini on yleensä hyvin siedetty lääke. Lieviä haittavaikutuksia kuten vatsaoireita, päänsärkyä, huimausta, näöntarkkuuden heikkenemistä, kutinaa ja psoriasiksenpahenemista voi esiintyä. Epileptikoiden ja aktiivista psoriaasista sairastavien tulee välttää klorokiinin käyttöä. Se sopii raskaana oleville ja imettäville sekä pienille lapsille. (Pönkä 2006:131; Siikamäki 2004:71.)

Meflokiini (Lariam) on tehokas lääke resistenttiä *P. falciparum*-malariaa vastaan, jota ilmenee Amazon-virran alueella sekä paikoitellen Kaakkois-Aasiassa ja Oseaniassa, jonne matkustettaessa se on ensisijainen estolääkitys. Meflokiinin käyttö aloitetaan yhtä viikkoa ennen malaria-alueelle saapumista ja käyttöä jatketaan neljä viikkoa paluun jälkeen. Lääkkeen annostus on aikuisella 1 tabletti viikossa. Meflokiini ei sovi alle kolmen kuukauden ikäiselle ja alle 5kg painoisille lapsille, epileptikoille eikä henkilölle, jolla on esiintynyt psykooseja. Sen käytöstä raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana ei ole vielä riittävästi kokemusta, joten sen käyttöä tulisi tällöin välttää. Raskaaksi tulemistä suositellaan vältettäväksi 3kk meflokiinin käytön lopettamisen jälkeen. Lääkkeen aiheuttamia sikiövaurioita ei ole raportoitu. Haittavaikutukset ovat harvinaisia profylaksiassa käytetyillä annoksilla. Tavallisimpia haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, huimaus, vatsaoireet ja unihäiriöt. Harvinaisia haittavaikutuksia ovat masennuskohtaukset ja kouristukset, joita ilmenee yleensä niillä, joilla jo ennen lääkitystä on ollut vastaavia oireita. Ellei meflokiini aiheuta haittavaikutuksia, sitä voidaan käyttää pitkään jatkuvaan profylaksiaan ilman aikarajoitusta. Haittavaikutukset ilmenevät yleensä kolmen viikon kuluttua käytön aloittamisesta, jolloin lääkkeen käyttö voidaan myös aloittaa, jos halutaan varmistua haittavaikutusten ilmenemisestä. (Pönkä 2006: 134; Siikamäki 2004: 68–69.)

Atavakonin ja proguaniilin yhdistelmä (Malarone) on malarian ehkäisyssä ja hoidossa käytettävä uudehko lääke. Se tehoaa klorokiiniresistenttiin malariaan tehokkaasti ja se on todettu yhtä tehokkaaksi kuin meflokiiniresistentin *falciparum*-malarian ehkäisyssä. Yksi tabletti sisältää atovakonia 250mg ja proguaniilia 100mg.

Annos aikuisille on 1 tabletti päivittäin, joka nautitaan mieluiten rasvaisen ruoan yhteydessä. Lääkitys aloitetaan 1 vrk ennen matkaa ja lääkitystä jatketaan 7vrk malariariskialueelta poistumisen jälkeen. Valmistaja suosittelee lääkettä korkeintaan 28 vrk:n oleskeluun malaria-alueella. Malarone sopii henkilöille, jotka matkustavat alueille, joilla meflokiini tai doksisykliini olisi ensisijaislääke, mutta joille ne ovat vasta-aiheisia tai ovat aiheuttaneet haittavaikutuksia. Malarone on hyvin siedetty lääke. Haittavaikutuksena voi harvoin esiintyä pahoinvointia, päänsärkyä, lieviä vatsakipuja ja ihottumaa. Malaronea ei tule käyttää, jos munuaisten toiminta on vakavasti heikentynyt. Kliinisen kokemuksen puuttuessa raskaana olevien ja imettävien ei tulisi käyttää Malaronea. Valmistaja ei suosittele lääkettä malarian ehkäisyyn alle 40kg painaville henkilöille. (Pönkä 2006: 134–135; Siikamäki 2004: 69–70.)

Doksisykliiniä suositellaan ensisijaiseksi malarian estolääkitykseksi pahimmille resistenssialueille, joita ovat Thaimaan ja Myanmarin ja Thaimaan ja Kambodzan raja-alueet ja Kambodzan sisäosat. Sitä käytetään myös silloin, kun muut malarian estolääkkeet eivät yliherkkyyden tai muiden haittavaikutusten vuoksi tule kyseeseen. Doksisykliinin annostus on aikuisille 100mg kerran päivässä ja se nautitaan mieluiten ruokailun jälkeen pahoinvoinnin estämiseksi. Lääkitys aloitetaan 1 vrk ennen malaria-alueelle saapumista ja jatketaan 4 viikkoa alueelta poistumisen jälkeen. Doksisykliiniä eivät saa käyttää alle 8-vuotiaat ja raskaana olevat hammasvaurion mahdollisuuden vuoksi. Se voi aiheuttaa ripulia ja naisille hiivavaginiitteja. Noin 3 %:lle käyttäjistä doksisykliini aiheuttaa yliherkkyyttä auringonvalolle. (Pönkä 2006: 135; Siikamäki 2004:70.)

Proguaniilia (Paludrine) ei suositella yksinään käytettäväksi malaria estoon. Yhdessä klorokiinin kanssa proguaniili on käyttökelpoinen joissakin osissa tropiikkia. Annos aikuisille on kaksi tablettia (200mg) päivittäin ja lapsilla 3 mg painokiloa kohti päivittäin. Se nautitaan ruoan jälkeen veden kanssa joka päivä samaan aikaan. Lääkitys aloitetaan 1 vrk ennen malaria-alueelle saapumista ja sitä jatketaan 1 viikko matkalta paluun jälkeen. Se on yleensä hyvin siedetty lääke, mutta saattaa aiheuttaa pahoinvointia ja vatsavaivoja. Harvinaisina sivuvaikutuksina on raportoitu suutulehduksia ja hiustenlähtöä. Vasta-aiheita proguaniilin käytölle ei ole. Raskaana olevat ja imettävät sekä pienet lapset yhden kuukauden iästä lähtien voivat käyttää proguaniilin ja klorokiinin yhdistelmää. (Pönkä 2006:135; Siikamäki 2004:71.)

Malarian estolääkitys pienentää oleellisesti sairastumista, mutta mikään estolääkitys ei anna täydellistä suojaa. Hyttysten pistojen välityksellä leviävää malariaa voi välttää hyttyskarkotteilla, hyönteisverkoilla ja ihoa peittävällä pukeutumisella. Malaria-alueilla pimeän aikaan ulkona liikuttaessa on hyvä käyttää ihoa peittäviä vaatteita. Hyttyskarkotteita, jotka sisältävät dietyylitoluamidia (DEET) ovat tehokkaita karkotteita. Karkotetta tulee käyttää varoen kasvojen alueelle, johon ainetta ei saa suoraan suihkuttaa. Käytön jälkeen karkotteet kannattaa aina pestä pois iholta ärsytyksen välttämiseksi. Makuutiloista on hyvä hävittää hyttysset ennen nukkumaanmenoa. Tropiikissa alkeisissa oloissa yövyttäessä on hyvä käyttää permetriinillä käsiteltyä vuoteen ylle ripustettavaa hyttysverkkoa sekä ikkunoiden suojaverkkoja. (Castren – Ådahl – Pihlman 2007; Siikamäki 2004:66.)

3.5 Rabies

Rabiasta eli vesikauhua esiintyy suurimmassa osassa maapalloa. Yli 99 % rabiuksesta esiintyy Aasiassa, Afrikassa ja Latinalaisessa Amerikassa. Tautiin kuolee vuosittain noin 50 000 ihmistä. Yli 90 % esiintyy Aasiassa ja näistä noin 90 % Intiassa. Rabioksen aiheuttamia kuolemantapauksia esiintyy Etelä- ja Pohjois-Amerikassa noin 100–200 tapausta vuodessa. Euroopassa kuolemantapauksia esiintyy vuosittain 10–20. (Pönkä 2006: 102; Davidkin ym. 2004:118.)

Ihmisen taudista on käytetty nimitystä vesikauhu ja eläimen taudista raivotauti. Tautia esiintyy yleensä eläimillä, mutta tauti voi poikkeustilanteissa tarttua myös ihmiseen. Tauti tarttuu ihmiseen sairastuneen eläimen syljen välityksellä esimerkiksi puremasta. Sairastunut eläin voi muuttua aggressiiviseksi ja hermostuneen levottomaksi ja sairastunut eläin voi silloin purra pienestäkin ärsykkeestä. (Davidkin ym. 2004: 118, 121.) Afrikassa, Aasiassa ja Latinalaisessa Amerikassa koirat ovat yleisempiä rabioksen levittäjiä. Kehittyneissä maissa tautia levittävät luonnonvaraiset eläimet. Kotieläimistä tartuntaa voivat levittää koira ja kissa. Luonnonvaraisista eläimistä tautia voivat levittää Euroopassa kettu, supikoira, mäyrä ja lepakko, Amerikassa lisäksi pesukarhu ja haisunäätä sekä trooppisilla alueilla myös muut eläimet, kuten shakaali ja villit kissaeläimet (Pönkä 2006: 102).

Rabioksen itämisaika ihmisellä on tavallisimmin 14–90 vrk, mutta voi olla jopa vuoden mittainen. 10–20 % rabiasta sairastavan eläimen puremista johtaa

rokottamattomaankaan sairastumiseen. Hoitamattomana tauti johtaa kuolemaan rokottamattomilla yleensä 5-10 vuorokauden kuluessa. Ihminen voidaan lähes aina pelastaa mikäli rokotus ja gammaglobuliini annetaan ennen keskushermosto-oireiden alkamista. Rokote on erittäin tehokas sekä ennaltaehkäisyssä että pureman hoidossa (Pönkä 2006: 102). Rabioksen ensioireet ihmisellä ovat kuume, levottomuus, huonovointisuus ja kutina puremakohdassa. 2-10 vuorokauden jälkeen tulevat varsinaiset enkefaliitti- ja paralyysioireet. Tyypillisiä oireita ovat kohtauksittain etenevä hydrofobia ja hypersalivaatio. Tila etenee vähitellen täyshalvaukseen, koomaan hengityksen ja sydämen toiminnan loppumiseen. (Vapalahti – Vaheri 2005: 533.)

Rabies- eli vesikauhurokote voidaan antaa joko ennaltaehkäisyyn erityisryhmille tai pureman jälkeiseen hoitoon. Ennaltaehkäiseviä rokotuksia annetaan eläinlääkäreille ja eläinten kanssa työskenteleville, jotka altistuvat työssään rabiasta sairastavan eläimen puremille. Ennaltaehkäisevää rokotetta suositellaan myös niille henkilöille, etenkin 5-15 vuotiaille lapsille, jotka oleskelevat pitkäaikaisesti kehitysmaissa alkeellisissa olosuhteissa ja lyhytaikaisille matkoille, jos puremariski on suurentunut tai jos lääkärille pääsy vaatii erityisen pitkän ajan. Tavallisille matkailijoille rabiesrokotetta ei suositella. Tauti voi tarttua myös infektoituneen eläimen raapaisusta tai sen syljen joutumisesta ihmisen limakalvoille tai haavaan. (Pönkä 2006: 101.)

Ennaltaehkäisyssä suositellaan annettavaksi kolme rokotepistosta, ensimmäiset kuukauden välein ja kolmas 12 kk:n kuluttua. Tehosterokote annetaan tarvittaessa viiden vuoden kuluttua. Pureman jälkeen rokotus on aloitettava mahdollisimman pian, tällöin annetaan aiemmin rokottamattomille viisi pistosta. Rokote pistetään päivinä 0, 3, 7, 14 ja 28. (Pönkä 2006: 101.) Rabiesimmunoglobuliinin anto aloitetaan rokotuksen lisäksi, jos vesikauhua sairastava eläin on purrut tai raapaissut ihmistä siten, että iho on läpäisty tai sylki on joutunut nuolaisun seurauksena limakalvoille. Immunoglobuliini on annettava mahdollisimman pian, viimeistään viikon kuluessa. Immunoglobuliini annetaan haavaan ja sen ympäristöön. (Pönkä 2006: 102.)

3.6 Skistosomiaasi

Tropiikin järvi- ja jokivedet sekä kastelukanavat altistavat skistosomiaasi- eli bilhartsiatartunnalle. Taudin aiheuttaja on imumato, joka elää osan elämänkierrostaan kotiloissa ja siirtyy sitten loiseksi ihmiseen. Tautia ilmenee alueittain Karibiassa, Etelä-

Amerikassa ja Kaakkois-Aasiassa sekä trooppisessa Afrikassa. Kaikkia esiintymisalueiden makeita vesiä on pidettävä tarttuvina, eikä niissä sen takia tule uida eikä kahlata, eikä muutenkaan tulla kosketuksiin käsittelemättömän veden kanssa. Lyhytaikainenkin kosketus saastuneen veden kanssa voi aiheuttaa skitsosomiaasitartunnan. Saastunut vesi tehdään vaarattomaksi keittämällä, suodattamalla ja kloori- tai jodikäsittelyllä. Maastossa liikkuesssa on hyvä käyttää jalkineita taudin ehkäisemiseksi. (Holmström ym.2004: 54; Telkänranta 2005.)

Länsimaalaiselle tauti on yleensä lievä ja useimmiten oireeton. Oireet virtsateissä, suolistossa tai kuumeilu alkavat aikaisintaan kaksi viikkoa tartunnasta. Skitsosomiaasialoinen tuhoaa sisäelimiä, mutta tauti on täysin hoidettavissa, jos se tunnistetaan ajoissa. Tärkeintä on tieto altistumisesta esiintymisalueiden makealle vedelle. (Holmström ym.2004: 54; Junttila 2006.)

LÄHTEET

Castren, Johanna – Ådahl, Lars – Pihlman, Susanna 2007: Matkailu ja terveys. YTHS. Verkkodokumentti. Päivitetty 12.4.2007. <http://www.yths.fi>. Luettu 16.4.2007.

Davidkin, Irja 2005: Tuhkarokko-sikotauti-vihurirokko-rokote (MPR). Teoksessa Nohynek, Hanna – Hulkko, Terhi – Rapola, Satu – Strömberg, Nina – Kilpi, Terhi (toim.): Rokottajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 127–133.

Davidkin, Irja - Hovi, Tapani - Kuronen, Tapani - Nohynek, Hanna - Oksi, Jarmo - Pekkanen, Eeva - Siitonen, Anja - Turtiainen, Pirjo - Ölander, Rose-Marie 2004: Matkailijoiden rokotukset. Teoksessa Nohynek, Hanna – Pekkanen, Eeva – Turtiainen, Pirjo – Riutta, Jukka (toim.): Matkailijan terveysesopas. 11. uudistettu painos. Helsinki: Kansanterveyslaitos ja Kustannus Oy Duodecim. 84–125.

Global Polio Eradication Initiative 2007. Verkkodokumentti. <<http://www.polioeradication.org>.> Luettu 15.1.2007.

Hedman, Klaus – Vaheri, Antti 2005: Vihurirokkovirus. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 1. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 447-449.

Hiltunen-Back, Eija 2007. Matkailijan terveysesopas 2007. Sukupuolitaudit. Verkkodokumentti.

<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osiot/tietoa_terveydesta/matkailija_netiversio.pdf> Luettu 17.4.2007. 54-57.

Holmström, Pekka – Klemets, Peter – Leinikki, Pauli – Mattila, Leena – Nohynek, Hanna – Pekkanen, Eeva – Rostila, Timo – Ruutu, Petri – Salo, Eeva – Suikkari, Tuula – Oksi, Jarmo – Vapalahti, Olli 2005: Tartunta- ja muita terveysesvaaroja matkan aikana. Teoksessa Nohynek, Hanna – Hulkko, Terhi – Rapola, Satu – Strömberg, Nina – Kilpi, Terhi (toim.): Rokottajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 32-62.

Hovi, Tapani 2005: Poliorokotteet. Teoksessa Nohynek, Hanna – Hulkko, Terhi – Rapola, Satu – Strömberg, Nina – Kilpi, Terhi (toim.): Rokottajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 120–124.

Hovi, Tapani 2005: Keltakuumerokote. Teoksessa Nohynek, Hanna – Hulkko, Terhi – Rapola, Satu – Strömberg, Nina – Kilpi, Terhi (toim.): Rokottajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 158–161.

Hovi, Tapani – Hyypiä, Timo 2005: Enterovirukset, rinovirukset ja muut pikornavirukset. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 1. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 450–462.

Jousimies-Somer, Hannele – Ristola, Matti 2005: Clostridium-lajit. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 1. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 228–236.

Junttila, Kirsi 2006: Vesi ja terveys. Maailma.net. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.10.2006. <<http://fi.oneworld.net/article/view/141530/1>>. Luettu 12.4.2007.

Kuronen, Tapani – Ölander, Rose-Marie 2005: Uudet yhdistelmärokotteet – kurkkumätä-, jäykkäkouristus-, hinkuyskä-, polio- ja Hib-rokotteet. Teoksessa Nohynek, Hanna – Hulkko, Terhi – Rapola, Satu – Strömberg, Nina – Kilpi, Terhi (toim.): Rokottajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 102–120.

Lumio, Jukka – Vuopio-Varkila Jaana 2005: Corynebacterium diphtheriae. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 1. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 132–136.

Nohynek, Hanna 2005: Meningokokkirokotteet. Teoksessa Nohynek, Hanna – Hulkko, Terhi – Rapola, Satu – Strömberg, Nina – Kilpi, Terhi (toim.): Rokottajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 169–174.

Nohynek, Hanna – Pekkanen, Eeva – Turtiainen, Pirjo – Kainulainen, Katariina 2007: Matkailijan terveystopas 2007. Verkkodokumentti. <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/osiot/tietoa_terveydesta/matkailija_nettiversio.pdf>. Luettu 17.4.2007. 39.

Nohynek, Hanna – Siikamäki, Heli – Peltonen, Reijo 2003. Matkailijoiden ja maahanmuuttajien infektiot. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 2. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 653–672.

Ilmasto.org. Kaikki ilmastonmuutoksesta. Verkkodokumentti. Päivitetty 5.4.2007. <<http://www.ilmasto.org/ilmastonmuutos/seuraukset/ihmiset/tartuntataudit.html>>. Luettu 12.4.2007.

Peltola, Heikki – Valtonen, Ville 2003: Hermoston infektiot. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 2. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 468–483.

Pönkä, Antti 2006: Rokottajan opas. 21. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Salmi, Aimo – Vainionpää, Raija 2005: Paramyoksovirusryhmä. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 1. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 429–443.

Siikamäki, Heli 2004: Malarian välttäminen, estolääkitys ja hoito. Teoksessa Nohynek, Hanna – Hulkko, Terhi – Rapola, Satu – Strömberg, Nina – Kilpi, Terhi (toim.): Rokottajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 64–81.

Siikamäki, Heli – Jokiranta, Sakari – Meri, Seppo 2005: Alkueläimet. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 1. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 319–355.

Siikamäki, Heli – Vapalahti, Olli – Nohynek, Hanna 2003. Denque-kuume – kasvava ongelma ja suomalaisen kaukomatkailijan tauti. Duodecim 119: 2051–2061.

Siitonen, Anja – Vaara, Martti 2005: Escherichia, Salmonella, Shigella ja Yersinia. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 1. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim. 176–191.

Siitonen, Anja – Vaara, Martti 2005: Vibriot. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 1. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 211–214.

Telkänranta, Helena 2005: Liittolainen järvenpohjassa. Kehitysyhteistyön palvelukeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.5.2005.< <http://www.kepa.fi/>>. Luettu 16.4.2007.

Vapalahti, Olli – Vaheri, Antti 2005: Zoonoosi- ja arbovirukset. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 1. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 529–554.

Vesikari, Timo 2003: Maha-suolikanavan infektiot ja ripulitaudit. Teoksessa Huovinen, Pentti – Meri, Seppo – Peltola, Heikki – Vaara, Martti – Vaheri, Antti – Valtonen, Ville (toim.): Mikrobiologia ja infektiosairaudet 2. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 403–414.

MUISTILISTA MATKAN AIKANA

- Huolehdi ruoan ja juomien puhtaudesta. Muista käsihygienia: matkalle on hyvä ottaa mukaan alkoholipitoinen käsihuuhe. Hyvin kypsennetyt, keitetyt ja paistetut, kuumana tarjottavat ruoat sekä pullotettu vesi ovat turvallisia.
- Muista kohtuus alkoholin käytössä.
- Ole varovainen liikenteessä ja vältä vaaralliseksi tiedettyjä paikkoja.
- Kondomin käyttö tilapäisissä seksisuhteissa on välttämätöntä. Älä ota pistoksia, tatuointeja ja lävistyksiä.
- Suojaudu auringonvalon ja kuumuuden aiheuttamilta haitoilta. Käytä riittävän voimakkaita aurinkosuojavoiteita, peittävää vaatekangasta ja päähinettä.
- Älä kulje paljain jaloin. Älä kahlaa tai ui trooppisissa makeissa vesissä.
- Varo eläinten puremia. Älä kosketa tai ruoki tuntemattomia eläimiä. Jos eläin puree sinua, hakeudu lääkäriin mahdollisimman pian.
- Suojaudu hyönteisten pistoilta ja käytä malarian estolääkitystä ohjeiden mukaan.
- Jos sairastut kuumetautiin, hakeudu lääkäriin.



LINKKEJÄ

http://www.cdc.gov/travel/travel_clinics.htm

Opinnäytetyö
Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia
Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja
Sirpa Hartikainen
Johanna Ryyänen
Kevät 2007

MATKAILIJAN ROKOTESUOJAUS JA TERVEYSRISKIEN ENNALTAEHKÄISY

Aasia ja Etelä-Amerikka



HYVÄ TIETÄÄ

ROKOTUKSET

Hakeudu terveydenhuoltohenkilöstön vastaanotolle hyvissä ajoin, mielellään 1-3 kuukautta, ennen matkaa.

Suosittelujen mukaan jokaisella matkailijalla tulee olla matkakohteesta riippumatta suoja poliota, jäykkäkouristusta ja kurkkumätää sekä tuhkarokkoa, sikotautia ja vihurirokkoa vastaan.

Muu rokotustarve riippuu matkakohteesta ja matkan luonteesta.

Suosittelavat rokotteet ovat vapaaehtoisia. Ainoa poikkeus on keltakuumerokotus, joka vaaditaan WHO:n ohjeiden mukaan tiettyihin maihin matkustavilta.

Matkailija saattaa tarvita rokotuksen myös seuraavia sairauksia vastaan:

Hepatiitti A on maksatulehdus, joka tarttuu saastuneen ravinnon tai juomaveden välityksellä.

Hepatiitti B on maksatulehdus, joka tarttuu ensisijaisesti veren välityksellä, esimerkiksi saastuneen neulan pistosta tai sukupuoliyhteyksellä.

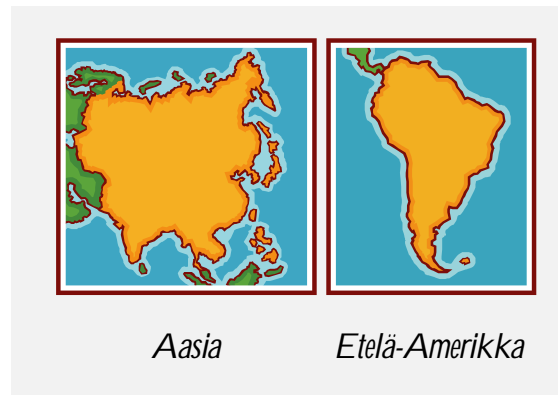
Japanin aivotulehdus leviää hyttysen piston välityksellä. Rokotusta suositellaan henkilöille, jotka oleskelevat taudin esiintymisaikaan yli kuukauden ajan niiden alueiden maaseudulla, jossa tautia esiintyy.

Kolera on ripulitauti, joka tarttuu saastuneen veden tai meren elävien (osterit, simpukat, äyriäiset, kalat) välityksellä. Rokotusta suositellaan henkilöille, jotka asuvat pitkään alkeellisissa olosuhteissa kolera-alueella.

Lavantautia vastaan tavallinen turisti ei tarvitse rokotusta, se tarvitaan ainoastaan silloin jos oleskellaan pitkiä aikoja alkeellisissa oloissa trooppisissa.

Aivokalvontulehdus on meningokokki-bakteerin aiheuttama ja se on tarpeen oleskeltaessa pitkiä aikoja tavallisten turistikohteiden ulkopuolella Afrikassa, Aasiassa ja Etelä-Amerikassa.

Vesikauhu eli rabies tarttuu sairaan eläimen puremasta. Rokotus ei ole tarpeen tavalliselle matkailijalle. Jos oletettavasti vesikauhuinen eläin puree, heti pureman jälkeen aloitettu rokotushoito ehkäisee yleensä taudin puhkeamisen.



Aasia

Etelä-Amerikka

MALARIAN EHKÄISY

Malaria tarttuu hyttysen piston välityksellä pimeään aikaan malaria-alueilla. Tyypillisimmät oireet ovat toistuvat, vilunväristyksellä alkavat kuumekohtaukset ja runsas hikoilu kuumeen laskiessa. Kuume voi olla myös jatkuvaa ja siihen voi liittyä vatsa-, hengitystie- ja keskushermosto-oireita. Malarian estolääkityksen valinta riippuu matkakohteesta. Estolääkitys aloitetaan lääkärin ohjeen mukaan ennen malaria-alueelle saapumista. Malarian estolääkitys pienentää olennaisesti sairastumista, mutta mikään estolääkitys ei anna täydellistä suojaa. Hyönteisten pistoilta suojutuminen on tärkeää malarian ehkäisyssä. Hyttysten pistoja voi välttää pukeutumalla iltaisin ja öisin ihoa peittäviin vaatteisiin, käyttämällä hyttyskarkotetta, hävittämällä hyttyset makuutiloista ja käyttämällä alkeellisissa oloissa hyttyskarkotteella käsiteltyä vuodeverkkoa.

DENGUEKUUME

Denguekuume tarttuu hyttysen piston välityksellä valoisana aikana trooppisissa matkakohteissa, yleisimmin Kaakkois-Aasian ja Karibian alueilla. Oireina on kuume sekä pää- ja lihassärkyt. Itsestään paranevan taudin syy jää useimmiten toteamatta. Vaikeaoireinen dengue-verenvuotokuume on hyvin epätodennäköinen tavallisella matkailijalla.