

HOITAJIEN ANTAMA TUKI
HIV-POSITIIVISELLE ENSISYNNYTTÄJÄLLE
RALEIGH FITKIN MEMORIAL HOSPITALISSA

Sanna Hakala ja Anne Rantanen

Opinnäytetyö, syksy 2013

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak, Porin toimipaikka

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hakala, Sanna & Rantanen, Anne. Hoitajien antama tuki hiv-positiiviselle ensisynnyttäjälle Raleigh Fitkin Memorial Hospitalissa. Pori, syksy 2013. 36 s., 6 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Porin toimipaikka. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja (AMK).

Saharan eteläpuolisessa Afrikassa arvioidaan olevan noin 42 miljoonaa hiv-tartunnan saanutta. Suhteessa väkilukuun Swazimaassa on eniten tartunnan saaneita. Hiv:llä on moniulotteisia seurauksia niin maan talouteen, terveydenhuoltoon kuin yksittäisten ihmisten elämään. Terveydenhuollon resurssipulan vuoksi maalla ei ole mahdollisuuksia tarjota länsimaassa totuttua huolenpitoa, tukea ja turvaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda katsaus Swazimaan terveydenhuoltoon äitien ja lasten osalta. Tavoitteena oli selvittää millaista tukea ensiäidit saavat, kun riskinä on tulevan lapsen hiv-positiivisuus.

Opinnäytetyön tietoperustana on käytetty olemassa olevaa teoretietoa, kansainvälisten ja kansallisten järjestöjen tuottamaa materiaalia ja tutkimuksia hiv:sta eteläisessä Afrikassa sekä omia havaintojamme ja käymiämme keskusteluja Raleigh Fitkin Memorial Hospitalin ammattihenkilökunnan kanssa. Toteutimme havainnot ja käydyt keskustelut keväällä 2012 ollessamme puoli vuotta kansainvälisessä työharjoittelussa Swazimaassa.

Opinnäytetyön avulla saimme ajankohtaista tietoa äitien ja lasten asemasta ja RFM-sairaalan toiminnasta Swazimaassa. Havainnoidessamme kiinnitimme erityisesti huomiota hoitajien ja hiv-positiivisten äitien väliseen kanssakäymiseen.

Avainsanat: Swazimaa, RFM-sairaala, hiv, ensisynnyttäjä, tuki, vuorovaikutus

ABSTRACT

Hakala, Sanna & Rantanen, Anne. Hiv-Positive Primipara's Support Given by Nurses in Raleigh Fitkin Memorial Hospital. 36 p., 6 appendices. Language: Finnish. Pori, Autumn 2013. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

Sub-Saharan Africa is estimated to have about 42 million Hiv-infected people. In proportion to the population, Swaziland is the most Hiv-infected area. Hiv has multidimensional consequences to the economy and health care in the country and the lives of individual humans. Swaziland cannot offer the same kind of opportunities as western countries due to lack of resources in health care.

The purpose of this thesis was to provide an overview of health care system in Swaziland focusing on mothers and children. The aim was to find out what kind of support primiparas got when there was a high risk the children to be also Hiv-positive.

Theoretical basis consists of own observations on nurses interacting with Hiv-positive pregnant women. Also existing knowledge, conversations with the staff in Raleigh Fitkin Memorial Hospital, material provided by international and national organizations and other studies on Hiv in southern Africa. Data on observations and conversations were collected while the researchers spent a half year in International Exchange Student Programme in Swaziland in spring 2012.

The thesis enabled the researchers to have current information on the status of the mothers and children as well as on the operation of RFM Hospital in Swaziland. The observation was concentrated especially on the interaction between nurses and Hiv-positive primiparas.

Keywords: Swaziland, RMF Hospital, Hiv, primipara, support, interaction

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 HIV SWAZIMAASSA	6
2.1 Tartunta ja oireet.....	6
2.2 Hoito ja ohjaus	7
2.3 Antiretroviraalisen hoidon tavoitteellisuus.....	9
2.4 Tartunnan ehkäisy	10
3 HIV OSANA ETELÄISEN AFRIKAN KEHITYSONGELMIA.....	11
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	12
4.1 Tutkimuksen tarkoitus	12
4.2 Tutkimusmenetelmät.....	12
4.3 Havainnointi.....	13
4.4 Tutkimusaineiston keruu.....	14
4.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	15
5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖNÄ RALEIGH FITKIN MEMORIAL HOSPITAL	17
5.1 Havainnot osastoilla	18
6 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	20
6.1 Tuki	20
6.2 Potilaan oikeus hyvään hoitoon.....	21
6.3 Fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen ulottuvuus.....	22
POHDINTA.....	24
LÄHTEET	27
LIITE 1.....	29
LIITE 2.....	30
LIITE 3.....	31
LIITE 4.....	32
LIITE 5.....	33
LIITE 6.....	34

1 JOHDANTO

Tämän kvalitatiivisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella Raleigh Fitkin Memorial Hospitalissa tapahtuvaa hoitajien ja ensisynnyttäjän välistä vuorovaikutusta äidin ollessa hiv-positiivinen. Erityisesti kiinnitimme huomiota siihen, minkälaista tukea hoitajat antavat tällöin kun myös lapsi on altistunut tartunnalle. Aineistonkeruu toteutettiin ollessamme puoli vuotta kansainvälisessä harjoittelussa Raleigh Fitkin Memorial Hospitalissa, Afrikan Swazimaassa keväällä 2012. Tuolloin meneillään olleen lasten ja nuorten hoitotyön kautta perehdyimme erityisesti hiv:ta sairastavien raskaana olevien ja ensisynnyttäjien hoitoon. Lopullinen tutkimusaineisto sai muotonsa pääasiassa tekemistämme havainnoista ja kirjallisista tuotoksista pitämistämme päiväkirjoista. Aineiston purku kirjalliseen muotoon tehtiin muistiinpanoja ja kahdenkeskisiä reflektioita apuna käyttäen.

Tutkimuksen tavoitteena oli koota näkemys siitä, minkälainen vuorovaikutussuhde hoitajien ja hiv-positiivisen ensisynnyttäjän välille kehitty sairaalassaoloaikana ja minkälaista tukea hoitajat tällöin antavat. Aineisto osoitti myös kansalaisjärjestöjen ja vapaaehtoistyöntekijöiden olevan merkittävässä asemassa terveydenhuollon palvelujen tarjoajana ja kehittäjänä. Tarpeet ja palveluiden laatu sekä saatavuus eivät kohtaa Swazimaan terveydenhuollossa, joka korostaa erityisesti kenttä- ja valistustyön merkitystä.

Tutkimus oli hyvin ajankohtainen, sillä Swazimaan terveystilastot ovat huolestuttavia. Köyhyys, kulttuurisidonnainen epätasa-arvo ja kasvava hiv-pandemia ravistelevat pientä kuningaskuntaa. Swazimaassa hiv:sta puhumiseen liittyy tabuja, asenteita ja uskomuksia. Kulttuurissa tämä vaikeuttaa avointa keskustelua ja eritoten tiedon ja neuvon välittymistä riskiryhmille. Opinnäytetyö avasi uudenlaisia näkökulmia hyvinvoinnin epätasaiseen jakautumiseen, elämään ja ihmisyyteen. Puutteista ja epäkohdista huolimatta swazimaalaiset olivat iloista kansaa, mikä sai ajattelemaan oman kulttuurin arvoja ja asetelmia.

2 HIV SWAZIMAASSA

Hiv-infektiota aiheuttaa HI-virus eli human immunodeficiency-virus, joka suomennettuna tarkoittaa ihmisen immuunikatovirusta. HI-viruksen leviämisen ehkäisy kuuluu hoitotyössä jokaisen sairaanhoitajan terveyden edistämisen osaamiseen. Hoitotyössä tämä tarkoittaa, että käytetään aina tavanomaisia varotoimia, joiden avulla estetään taudin tarttuminen potilaasta hoitavaan henkilökuntaan ja hoitovälineistä toiseen potilaaseen tai toisesta potilaasta toiseen potilaaseen hoitolaitoksessa. Tavanomaisiin varotoimiin kuuluvat myös verivarotoimet, joita on noudatettava.

Swazimaassa kolmasosalla äideistä on hiv (World Vision. Living positively with HIV. 2012.) Sikiö voi saada hiv-tartunnan raskauden, synnytyksen tai imetyksen aikana. Hiv-tartunta ei vaikuta naisen hedelmällisyyteen tai raskauden kulkuun, eikä myöskään aiheuta epämuodostumia sikiölle.

2.1 Tartunta ja oireet

HI-virus tarttuu pääasiassa veren tai veristen eritteiden välityksellä niiden joutuessa kosketuksiin limakalvon tai suoraan veren kanssa. Myös siemennesteestä ja emättimen eritteestä voi saada tartunnan. Nykyisin merkittävimmät tartuntatavat ovat hetero- ja homoseksii sekä yhteisten huumeruiskujen käyttäminen. Lähinnä kehitysmaissa lapsi voi saada tartunnan äidiltään synnytyksen yhteydessä. (Von Schantz, M., Matilainen, H. 2009. 29)

Oireet vaihtelevat hiv-infektion vaiheiden mukaisesti. Muutaman viikon kuluttua HI-viruksen tartunnasta voi ilmetä flunssan kaltaisia oireita kuten kuumetta, kurkkukipua, ihottumaa ja särkyjä, jonka jälkeen voi seurata vuosia kestävä

oireeton vaihe. Vasta infektion muuntuessa aids-vaiheeseen eli immuunikatoon, infektio antaa merkkejä itsestään: yleiskunto heikkenee, vastustuskyky alenee ja erilaisia epämääräisiä oireita voi ilmetä. Ainut tapa varmistua tartunnasta on tehdä HIV- testi.

2.2 Hoito ja ohjaus

Hiv-infektiota hoidetaan antiretroviraalisen yhdistelmä-lääkityksen avulla, joka tavallisesti sisältää kolmea eri viruslääkettä. Lääkityksen avulla voidaan hidastaa hiv-infektion etenemistä estämällä terveiden solujen infektoitumista, jolloin elimistön heikentynyt puolustuskyky normalisoituu ja taudin eteneminen voi pysähtyä. Toistaiseksi ei ole parantavaa lääkehoitoa, jolla virus saataisiin lopullisesti hävitettyä elimistöstä, mutta hoitojen avulla saadaan elinikää pidennettyä ja elämänlaatua parannettua. (HIV-tukikeskus. i.a.)

Hiv-potilaan ohjaaminen alkaa jo ennen testituloksen selviämistä. Ennen testiä on hyvä keskustella asiakkaan kanssa siitä, millainen hiv-tartunnan riski hänen tapauksessaan on, minkälainen sairaus on kyseessä ja miten sitä voidaan hoitaa. Asiakkaan kanssa on hyvä pohtia myös testituloksen merkitystä ja mahdollisen positiivisen vastauksen herättämiä reaktioita. Asiakasta tulisi valistaa turvaseksistä, jotta asiakas ei tietämättään tartuttaisi muita. Turvaseksiin kuuluu oleellisena osana kondomin oikeanlainen käyttö. Kondomi oikein käytettynä suojaa hiv:lta ja muilta seksiteitse tarttuvilta taudeilta sekä ei-toivotuilta raskauksilta. Ohjaustilanteessa on suotavaa ottaa esille, ettei hiv-positiivisuus estä normaalia kanssakäymistä eikä esimerkiksi tartu wc-istuimen tai ruokailuvälineiden välityksellä.

Lääkehoidon ohjaus on erityisen tärkeää, jotta potilas sitoutuisi ottamaan lääkkeensä säännöllisesti ja ettei kehittyisi lääkeresistenssiä. Ohjauksen tavoitteena on mahdollisimman itsenäinen lääkehoidon toteuttaminen.

Lääkehoito suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa ja samalla kerrotaan hänelle antiretroviraalilääkkeiden mahdollisista sivuvaikutuksista, jotka voivat olla hyvinkin yksilöllisiä. Sivuvaikutusten ilmetessä potilaan tulee ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön eikä annostusta tulisi itse muuttaa. Hiv-potilaalle kerrotaan lääkeresistenssistä, joka kehittyy, jollei hän ota lääkkeitä säännöllisesti. Tällöin lääkkeiden teho heikkenee ja virus kehittää resistenssin kyseiselle lääkkeelle, joka pahimmillaan vahingoittaa elimistön puolustusjärjestelmää. Yleensä resistenssin syynä on se, että lääkepitoisuus jää liian pieneksi. Swazimaassa potilaan sitouttaminen lääkehoitoon ja siitä huolehtimiseen voi olla hyvinkin haasteellista. Potilas saattaa keskeyttää lääkityksen voinnin kohentuessa tai hän ei ole alun perinkään halukas aloittamaan antiretroviraalista lääkitystä kielteisten uskomustensa takia.

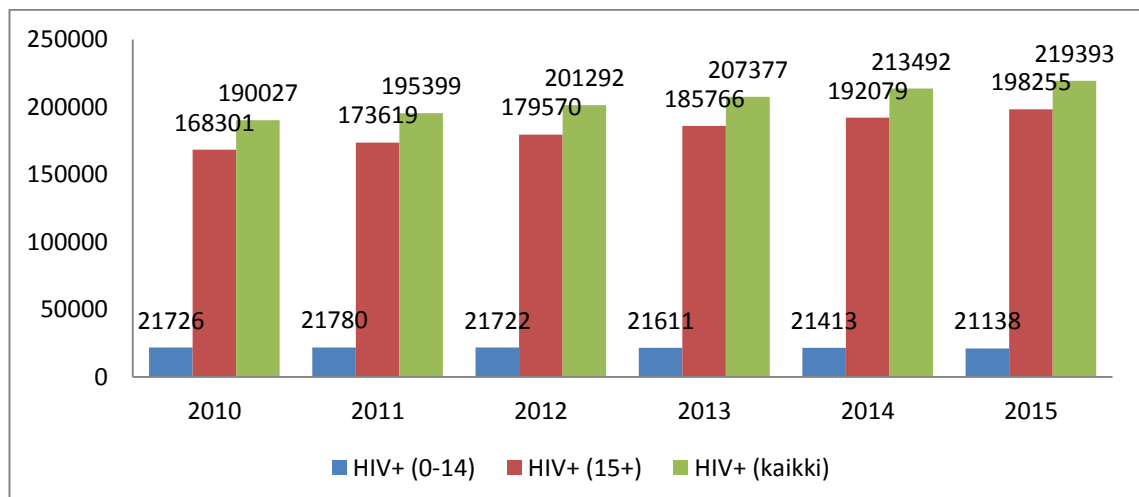
Epäiltäessä lapsen hiv-positiivisuutta, aloitetaan antiretroviraalinen lääkitys pienentämään tartuntariskiä äidiltä lapselle. Vaikka äiti olisi koko ikänsä ollut hiv-positiivinen, häntä tulisi tukea ja valmistella lapsen mahdolliseen hiv-positiivisuuteen. Lisäksi äitiä ohjeistetaan ruokkimaan lastaan ainoastaan äidinmaidolla seuraavat 6 kuukautta, jotta tartuntariski äidiltä lapselle pienenee. Lapsen hyvinvointi on kuitenkin sidottu perheeseen, jonka vuoksi onkin hyvin tärkeää, että äiti sitoutuisi lapsensa lääkehoitoon ja huolehtisi sen toteutumisesta vaikka lapsen terveydentila olisi näennäisesti hyvä. Ilman oikeanlaista hoitoa, yli puolet syntyneistä lapsista kuolee ennen 2-vuotispäiväänsä (Unicef. i.a.) Hiv laskee immuunipuolustusta ja vaikka lapsi olisi säännöllisellä lääkityksellä, riski sairastua esimerkiksi tuberkuloosiin ja pneumoniaan on erittäin suuri. Turvallisuuden periaate toteutuu parhaiten, kun hoitoyhteisössä on lasta ja perhettä kunnioittava ilmapiiri, luottamuksellinen vuorovaikutussuhde ja turvallinen hoitoympäristö (Lastensairaanhoitaja luennot. 2012.) Lapsen sairaus on järkytys perheelle, joka aiheuttaa surua, pelkoa, syyllisyyttä, ja pettymystä, Swazimaan kulttuurissa jopa vahvan stigman. Hoitotyöntekijän vastuu olisi ennen kaikkea tukea ja ylläpitää lapsen oikeuksia hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja vanhemmille, tässä tapauksessa äidille, tulisi antaa tietoa sairaudesta, hoidosta ja sen tärkeydestä.

2.3 Antiretroviraalisen hoidon tavoitteellisuus

Antiretroviraalinen terapia (ART) sai alkunsa pilottikokeiluna Swazimaan Mbabane Government National Referral Hospitalissa vuonna 2003. Vuosien saatossa se otettiin käyttöön myös muissa alueellisissa sairaaloissa ja klinikoissa. Kansallinen ART-ohjelma on kehittänyt sen jälkeen joitakin strategioita parantaakseen erityisesti lasten hiv-hoitoa ja parhaillaan ministeriössä mietitäänkin, kuinka tulevaisuudessa voidaan taata jokaiselle lapselle tarvittava hoito.

Swazimaassa samana vuonna aloitettu äiti-lapsi-tartuntojen estäminen käynnistettiin kolmella pilottiyksiköllä, jotka onnistuneesti laajennettiin 150 yksikköön vuoteen 2010 mennessä. Tuloksena 86 % hiv-positiivisista naisista sai antiretroviraalista hoitoa vuonna 2011, kun taas vuonna 2009 vastaava osuus oli vain 57 %. Samaan aikaan tarttuvuus äidiltä lapselle laski 18%:sta 11%:iin. (<http://www.zero-hiv.org/wp-content/uploads/2013/03/Swaziland-eMTCT-launch.pdf>)

TAULUKKO 1. Swazimaan hiv/aids-sairastuneisuus ikäryhmittäin 2010–2015.



(Swaziland country report on monitoring the political declaration on HIV and AIDS. The Kingdom of Swaziland. UNAIDS. Joint United Nations Programme On HIV/AIDS. March 2012. 15.)

2.4 Tartunnan ehkäisy

Keskeisintä hiv-infektion ehkäisyssä on suojaamattomasta seksistä pidättäytyminen sekä verikontaktin välttäminen. (Von Schantz, M., Matilainen, H. 2009. 135.) Terveystieteiden ammattilainen voi ehkäistä hiv-tartunnan leviämistä tavanomaisilla varotoimilla. Hiv-positiivisen potilaan kanssa työskennellessä on tärkeää huolehtia hyvästä käsihygieniasta ja käyttää suojakäsineitä kun kosketaan verta, kehon nesteitä, kontaminoituja alueita, potilaan limakalvoja tai rikkinäistä ihoa. Tarvittaessa silmät ja suu suojataan ja käytetään eristysvaatteita toimenpiteissä joissa voi roiskua verta, kehon nesteitä tai eritteitä. Instrumentteja on käytettävä aseptisesti ja pisto- ja veritapaturmia on ehkäistävä oikeanlaisilla työtavoilla. Tärkeää on myös huolehtia potilashuoneen ja muun hoitoympäristön puhtaudesta.

3 HIV OSANA ETELÄISEN AFRIKAN KEHITYSONGELMIA

Maailmassa on arvion mukaan noin 42 miljoonaa hiv-tartunnan saanutta, joista suurin osa elää Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa. (Aho, K., Hiltunen-Back, E. 2007.) Alle 15-vuotiaista hiv-positiivisista lapsista yli 90 % on saanut tartunnan äidiltään, joko raskausaikana, synnytyksessä tai imetyksen välityksellä. Afrikassa on 14,8 miljoonaa aids-orpoa. Swazimaassa hiv-positiivisten prosenttiosuus kokonaisväestöstä on suuri: 15–49-vuotiaista 20–40% on hiv-positiivisia (Shemeikka, R., Alkio, P. 2005.)

Afrikassa hiv:n ympärille kietoutuu paljon vaikeasti ratkaistavia kehitysongelmia. Köyhyys, lukutaidottomuus ja naisten epätasa-arvoinen asema altistavat taudille. Koska tiedetään, että tauti leviää seksisuhteessa, liittyy siitä puhumiseen myös tabuja, asenteita ja uskomuksia. Afrikan kulttuurissa tämä vaikeuttaa avointa keskustelua ja eritoten riskiryhmien tiedon ja neuvonnan saamista. Yksi UNAIDS:n tavoitteista on HI-virusta kantavien syrjinnän estäminen ja tasa-arvoisuuden korostaminen vuoteen 2015 mennessä. Negatiiviset asenteet ja uskomukset HI-virusta kohtaan yhteisöissä lisäävät kantajien häpeän- ja syyllisyydentunteita (UNAIDS. i.a.)

Hiv:n hoidossa käytettävä antiretroviraalinen lääkehoito on kallista ja edellyttää hyvin toimivaa terveydenhuoltojärjestelmää ja jatkuvuutta lääkeyhdistelmähoitojen noudattamisessa. Köyhien perheiden resurssit kuluvat elämisen perusedellytysten, kuten ruuan hankkimiseen, eikä täten kalliisiin lääkkeisiin ole varaa. Siksi ennaltaehkäisevällä työllä on suuri merkitys. Terveydenhuollon ammattilaisen silmin muun muassa kondomien käytön lisääminen, äidiltä lapselle tapahtuvien tartuntojen ehkäiseminen, valistuksen ja tiedon jakaminen sekä niiden rinnalla kohtuuhintaisten ja luotettavien palvelujen luominen olisivat merkittäviä toimintatapoja tässä työssä.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen tarkoitus

Lähestymistapamme Raleigh Fitkin Memorial Hospitalissa oli tarkastella yhteisöä siinä elävien ihmisten näkökulmasta: tarkastelimme elämää niiden näkökulmasta, jotka kuuluivat tutkittavaan ympäristöön. Ihmisten elämässä kohtaamien tapahtumien ymmärtämiseksi on tutustuttava heidän yhteisöjensä sosiaalisiin prosesseihin. Näitä ovat esimerkiksi tavat, joilla ihmiset sopivat asioista, arvot, joita he kunnioittavat sekä käytännöt, joilla asioiden tärkeysjärjestyksestä neuvotellaan.

Tutkimuksessamme tarkastelemme RFMH:ssa tapahtuvaa hoitajien ja ensisynnyttäjän välistä vuorovaikutusta äidin ollessa hiv-positiivinen. Erityisesti kiinnitimme huomiota siihen, minkälaista tukea hoitajat antavat hiv-positiiviselle ensisynnyttäjälle, jonka lapsi on myös altistunut tartunnalle.

Tarkoituksemme on tuoda esille RFMH:ssa tekemissämme havainnoissa vain oman näkemyksemme hoitajien antamasta tuesta hiv-positiivisille ensisynnyttäjille eikä verrata sitä vastaaviin Suomen käytäntöihin.

4.2 Tutkimusmenetelmät

Kvalitatiivisessa induktiivisessa tutkimuksessa tutkija etsii aineistosta tyypillisiä ominaisuuksia ja ilmiöiden välisiä yhteyksiä, muodostaa hypoteesit ja testaa ne kehittääkseen teorian tai selittääkseen aineiston sisällön ennestään tunnettujen

teorioiden avulla. Tämä teoria on tutkijan käsitys todellisuudesta. Teoria selittää ilmiön järjestelmällisesti.

Yhteisön arkielämän tutkimista nimitetään usein epämääräisesti fenomenologiseksi tutkimukseksi. Kun tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ympäristöä tai yhteisöä, tarjoaa etnografia (haastattelut yhdistettynä osallistuvaan havainnointiin) sopivimman lähestymistavan (Field, P-A., M. Morse, J. 1990. 33-46.)

4.3 Havainnointi

Tarkoituksemme oli alun perin toteuttaa kvalitatiivinen tutkimus haastattelujen avulla, mutta jo ensimmäisten viikkojen aikana ollessamme RFM Hospitalissa huomasimme käyttävämme paljon aikaa erilaisten asioiden havainnointiin. Meille oli luonnollista tarkkailla ympärillä tapahtuvia asioita, sillä kaikki tuntui olevan niin erilaista, mitä olimme Suomessa tottuneet näkemään.

Tieteellinen havainnointi on järjestelmällistä tarkkailua. Tämän avulla saimme tietoa siitä, toimivatko ihmiset osastoilla niin kuin sanovat toimivansa. Havainnoimalla saadaan aina välitöntä ja suoraa tietoa yksilön, ryhmien ja organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. Havainnointi sopii erityisesti vuorovaikutuksen tutkimiseen, sillä sen avulla voidaan tutkia nopeasti muuttuvia tai vaikeasti ennakoitavissa olevia tilanteita. Havainnointi sopii menetelmäksi myös silloin, kun halutaan tietoa, josta tutkimuksen kohteet eivät mielellään kertoisi haastattelijalle suoraan. (KvaliMOTV. i.a.)

Käyttämämme havainnointitekniikka oli enimmäkseen puolistrukturoitua: tiesimme aina jonkin verran etukäteen, mitä erityisesti tarkkailisimme tiettyinä ajankohtina riippuen siitä, millä osastolla työskentelimme. Havainnointimme oli paljon aikaa vievää, osallistuvaa tarkkailua. Tutkittavat havaintomme kohdistuivat pääosin hoitajien käyttäytymisen tarkkailuun ja kiinnitimme

erityisesti huomiota silloin, kun hoitaja oli vuorovaikutuksessa hiv-positiivisen naispotilaan kanssa. Kielellisten erilaisuuksien vuoksi keskityimme havainnoinnissa paljon myös eleiden, ilmeiden, asentojen ja liikehdinnän tarkkailuun.

Havainnointimenetelmät ovat saaneet kritiikkiä siitä, että havainnoijan läsnäolo saattaa häiritä tutkittavaa tilannetta tai jopa muuttaa sitä (KvaliMOTV. i.a.) Pyrimme välttämään tällaiset tilanteet tekemällä osallistuvaa havainnointia eli havainnoimme toimiessamme osana työyhteisöä. Vaikka poikkesimme vaalean ulkonäkömme vuoksi muusta työyhteisöstä ja saimme osaksemme erityistä huomiota potilaiden taholta, emme kokeneet, että se olisi haitannut havaintojemme todenmukaisuutta, sillä jo muutamassa päivässä läsnäolomme totuttiin.

4.4 Tutkimusaineiston keruu

Tutkimusaineistomme keräsimme pääasiassa havainnoimalla ollessamme työharjoittelussa Raleigh Fitkin Memorial Hospitalissa keväällä 2012. Alussa mietimme mahdollisuutta käyttää haastattelua osana aineistonkeruuta. Totesimme kuitenkin tiukan aiherajauksen jälkeen haastattelun olevan meille hankala aineistonkeruumenetelmä kielimuurin, ennakkoluulojen ja intiimin aiheemme vuoksi.

Havainnointi osoittautui hyväksi aineistonkeruumenetelmäksi sillä tarvitsimme opinnäytetyöhömme aineistoa hoitajien ja hiv-positiivisten ensisynnyttäjien välisestä vuorovaikutuksesta. Opinnäytetyötämme varten kiinnitimme erityisesti huomiota työyhteisön sosiaalisiin ulottuvuuksiin ja vuorovaikutussuhteisiin potilaiden kanssa. Tarkkailimme esimerkiksi tilanteita, joissa hoitajan antama ohjaus saattoi olla heikkoa, potilaan kohtelu oli eettisesti kyseenalaista tai hoitajan asenne saattoi potilasta kohtaan olla välinpitämätöntä.

Sairaalan lukuisilla eri osastoilla suoritimme osallistuvaa havainnointia, jossa tarkkailimme tutkimuksemme kohteita työn lomassa. Kirjasimme itsellemme muistiin myöhempää hyödyntämistä varten tärkeiksi kokemamme havainnot ja työpäivän loputtua työstimme havaintoja yhdessä keskinäisen reflektion avulla. Havainnoinnista saadun materiaalin lisäksi pidimme harjoittelun ajan henkilökohtaista päiväkirjaa, kirjoitimme blogia kokemuksistamme sekä keräsimme aineistoa ammattihenkilöstön kanssa käytyjen erinäisten keskustelujen pohjalta. Keskustelimme englanniksi, joka ei suurimmassa osassa tapauksissa ollut kummankaan osapuolen äidinkieli ja tämä tuotti jonkin asteisia vaikeuksia. Siitä huolimatta pääsimme aina lopulta yhteisymmärrykseen, yleensä tarkentavien kysymysten avulla. Kokosimme keräämämme materiaalin yhtenäiseksi aineistoksi, jota oli Suomeen päästyämme täten helppo työstää ja analysoida.

4.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Yleisesti tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu tutkittavien itsemääräämisoikeus, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuoja. Tutkimuksemme koskettaa niin laajaa joukkoa, että siitä on mahdotonta yksilöidä ketään. Näin ollen työssämme käytetty kohderyhmä (hoitajat ja tietyt naispotilaat) säilyttää anonyymin yksityisyytensä. Saimme sairaalalta havainnointiin suullisen luvan ja informoimme heitä tutkimustyöstämme, sen tarkoitusperästä ja tavoitteista (LIITE 1).

Eettisyys näkyy myös kriittisenä asenteena vallitsevia käytäntöjä ja tarjottuja tietoja kohtaan. Toivomme, että eettinen asenteemme näkyy muun muassa siinä, miten olemme valinneet aiheemme, miten päädyimme hankkimaan tietoa ja miten sovellamme havaintomme opinnäytetyöhön. Tutkimuksemme edellytti kriittisyyttä sekä ajattelussa että toiminnassa. Sen perustana olivat arviointi eri näkökulmista, erittelevä ja kyseenalaistava suhtautuminen tekemissämme

havainnoissa. Kriittisyyttä opimme muun muassa kahdenkeskisissä keskusteluissamme kun reflektoimme havaintojamme, joita teimme sairaalassa ja sen eri osastoilla.

Opinnäytetyömme aihe olisi vaatinut haastatteluja sekä hoitohenkilökunnalta että potilailta. Hoitotyö edellytti henkilökunnalta sujuvaa englanninkielentaitoa, mutta pääosa potilaista puhui kuitenkin siSwatia ja vain muutamalla sanalla englantia. Koska aiheemme oli yksityinen, emme halunneet hoitohenkilökunnan tulkkavaan meille, sillä tieto olisi voinut muuttua kiertäessään ”suusta suuhun” ja tällöin lähteemme olisi saattanut olla luotettavuudeltaan kyseenalainen. Luotettavuutta saatetaan ehkä työssämme kyseenalaistaa esimerkiksi juurikin ”kielimuurin” takia. Mielestämme on tärkeää kuitenkin muistaa, että työmme pohjautuu nimenomaan pitkälti tekemiimme havaintoihin, jotka ovat subjektiivisia kokemuksia aiheesta, oikeudenmukaisten ja tasa-arvoisten normien ja arvojen sisällä ja siksi vertailukelpoisia. Aineistomme luotettavuutta tukee se, että tutkimuksemme perustuu omaan persoonalliseen näkemykseemme asiasta eikä täten ole yleistettävissä.

5 TUTKIMUSYMPÄRISTÖNÄ RALEIGH FITKIN MEMORIAL HOSPITAL

Raleigh Fitkin Memorial Hospital on luultavimmin paras ja tehokkain Swazimaan kolmesta sairaalasta. Siellä on yhteensä 350 vuodepaikkaa, sisältäen muun muassa erittäin kiireisen synnytysosaston, äiti-lapsi-vuodeosaston ja antiretroviraalista hoitoa tarjoavan klinikan.

”RFM Hospital seeks to improve the health status of all men, women and children who require treatment. This will be achieved through the provision of high quality preventive, promotive, curative and rehabilitative care in line with the National Health Policy of the Ministry of Health and Social Welfare and the Mission of SNHI (The Swaziland Nazarene Health Institutions). RFM will strive to ensure that its services are affordable, equitable and administered with compassion for their client’s physical, mental and spiritual well-being.” (Raleigh Fitkin Memorial Hospital- esite. Toiminta-ajatus.)

Synnytysosastolla syntyy keskimäärin 25 vauvaa vuorokaudessa, mikä on noin 9 000 lasta vuodessa. Swazimaassa maaliskuussa 2012 tehtyjen tilastojen mukaan hiv-positiivisten lasten syntyvyys oli laskenut 15 prosenttiin kun se vuonna 2009 oli 17% (Swaziland country report on monitoring the political declaration on HIV and AIDS. 2012. 15.) Tällöin joka 6. vauva syntyy hiv-positiivisena.

5.1 Havainnot osastoilla

Raskauden edetessä lähelle synnytystä odottava äiti hakeutuu sairaalaan, ellei hänellä ole aikomusta synnyttää kotioloissa yhteisön turvin. Useimmiten synnytys tapahtuu normaalisti alateitse eikä siihen ei liity komplikaatioita ja vain yksittäisiä riskipotilaita lähetetään keisarileikkaukseen. Synnytysosastolle ilmoitaudutaan, jonka jälkeen jäädään odottamaan kohdunsuun aukeamista. Saapuessaan äiti tutkitaan joka 4 tunnin välein. Vastaanotossa huomioidaan muun muassa äidin mahdollinen korkea verenpaine, raskausmyrkytys tai vauvan suuri koko, jotka voisivat vaikuttaa synnytykseen.

Swazimaan kulttuurissa perheenjäsenien ei ole sallittua olla mukana synnytyksessä ja tavallisimmin synnyttävä joutuu olemaan ensimmäisen vaiheen omillaan ilman tukea. Kätilöt eivät juurikaan tue synnyttävää äitiä vaan heidän toimenkuvansa rajoittuu lähinnä syntyvän lapsen ulossaattamiseen. Äideille ei anneta kipulääkkeitä ja kovan äänen pitäminen on jyrkästi kiellettyä. Vain yksi lääkäri vastaa synnytysosastosta ja hänet kutsutaan paikalle haasteellisissa potilastapauksissa ja hätätilanteissa, muutoin kätilöt hoitavat synnytyksen.

Kehitysmaaoloissa kätilöiden työ on haastavaa resurssien ollessa hyvin vähäiset ja vaatimattomat. Myös kaikki tekniikka on kallista ja siksi tutkimuksiin kuluu paljon aikaa kun ne suoritetaan pitkälti arvioiden, mitaten, laskien, haastatellen, tunnustellen ja havainnoiden. Tällöin kliininen työskentely vie kätilöiltä aikaa eivätkä he ehdi keskittymään potilaiden tukemiseen. Kivun keskellä äiti kaipaisi vierelleen ihmistä, joka lievittäisi mahdollisia pelkotiloja, joita ensisynnyttäjällä saattaa olla, mutta valitettavan usein emotionaalisen tuen antaminen sivuutetaan vedoten kiireeseen.

Ensimmäisen lapsen saaminen on ainutlaatuinen kokemus ja äiti-lapsi-yhteyden toivoisi alkavan heti synnytyksen jälkeen, kun äiti saa lapsen ensimmäisen kerran syliinsä. Sairaalassa tämä hetki jää erittäin lyhyeksi, sillä pian

vastasyntynyt jo viedään kapaloitavaksi ja lääkittäväksi muun muassa mahdollisen hiv-positiivisuuden riskin vuoksi.

Lähes heti synnytyksestä selvittyään äiti ohjataan synnyttäneiden vuodeosastolle, joko vauvan kanssa tai erinäisistä syistä ilman vauvaa. Osaston 40 vuodepaikkaa on tavallisimmin aivan täynnä suuren syntyvyyden takia, jonka vuoksi kotiuttamaan pyritään jo heti vuorokauden sisällä synnytyksestä. Ainoastaan keisarileikatut äidit pidetään osastolla pidempään.

Suurin osa äidin ja hoitajien välisestä kanssakäymisestä on vitaalien seuranta sekä lääkkeiden jakoa. Äidit eivät juurikaan saa riittävästi yksilöllistä ohjeistusta ja opetusta toimia vastasyntyneen kanssa vaan heille järjestetään yhteisiä, noin tunnin mittaisia opetustuokioita lähinnä yleisellä tasolla vauvanhoidosta ja hygieniasta. Kaikki vauvat pestään, tutkitaan ja rokotetaan ennen kotiinlähtöä ilman äidin osallisuutta.

Ensisynnyttäjä joutuu kohtaamaan monenlaisia tunteita muuttuneessa elämäntilanteessaan. Taustalla voi olla ahdistusta vanhemmaksi tulosta ja siihen liittyvästä vastuusta sekä epävarmuutta pärjäämisestä äitinä. Ensisynnyttäjälle tilanne on uusi ja ennen kokematon, jolloin tiedollisen ja emotionaalisen tuen tarve on merkittävä (Peltonen, B. 2012.)

Jälkitarkastus tapahtuu äitiys- ja lastenneuvolassa, jossa äidin ja lapsen terveydentila tutkitaan kliinisesti ja haastattelun avulla. Jatkossa neuvolaan tullaan vasta kun lasta rokotetaan tai hän on sairas.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tuki

Tukeminen on yksi hoitotyön keinoista, jonka käytäntöihin kuuluvat muun muassa kuunteleminen, lähellä- ja läsnäolo sekä turvallisuuden tunteen saavuttaminen. Kyseessä on vuorovaikutussuhde, joka perustuu tasavertaisuuteen ja luottamukseen. Tuki voi kohdistua kriisiä aiheuttaviin tekijöihin, esimerkiksi hiv-sairauteen. Kun parantavaa hoitokeinoa ei ole, voidaan pyrkiä sopeuttamaan henkilö muuttuneeseen tilanteeseen ja tukea häntä saavuttamaan elämänhallintansa. Arjessa selviytymistä voidaan edistää tukemalla potilaan itsenäisyyttä (Iivanainen, A., Syväoja, P. 2009. 89-91.)

Näkemyksemme swazimaalaisesta hoitokulttuurista niiltä osin kuin siihen ehdimme tutustua, rajoittui kanssakäymisessä pääosin vain välttämättömyyksien kyselemiseen sekä lääkehoidon toteuttamiseen. Yleistä oli, että hoitajalla ei liemmin ollut aikaa empatialle, eikä potilassuhteen luomiselle. Kokonaisvaltaisen ja yksilöllisen hoidon sijaan keskityttiin ainoastaan itse sairauteen ja sen oireiden lievittämiseen. Esimerkiksi potilaan mahdollisia mielenterveysongelmia ei hoidettu muun sairauden yhteydessä.

Psyykinen tuki tuntuu olevan melko vieras sana Raleigh Fitkin Memorial Hospitalissa, emmekä havainnoineet sitä annettavaksi ensisynnyttäjälle tai jo lapsen saaneelle. Sen tarkoituksena ei ole vain tukea psyykkistä hyvinvointia vaan myös parantaa fyysistä ja henkistä kehittymistä äitinä. Äiti-lapsi-suhteen luomiseksi ja sen kehityksen kannalta olisi tärkeää, että kaikki tarpeet otetaan huomioon.

RFMH:ssa äitien ja lasten kanssa työskentelevillä on usein hankaluuksia antaa tukea pitkäaikaissairaille, kuten hiv-positiivisille. Psyykkisen tuen tarjoaminen saatetaan kokea haasteelliseksi, jos ei ole tietoa siitä miten lähestyä asiaa. Myös ensiäitien kohdalla vaikutti, ettei heille ole annettu tarpeeksi tietoa ja/tai

taitoa kommunikoida lapsen kanssa sekä tieto lapsen kehityksen tasoista ja hiv:hen liittyvistä asioista ovat puutteellisia.

6.2 Potilaan oikeus hyvään hoitoon

Hyvä olo on hoitotyön tavoite ja samalla ihmisen subjektiivinen käsitys omasta tilanteestaan, johon liittyy monia eri merkityksiä. Ihmisen hyvää oloa voidaan tarkastella suhteessa terveyteen, elämänhallintaan ja selviytymiseen. Hoitotyössä ihmistä tulisi hoitaa kokonaisuutena, johon kuuluvat hänen fyysinen, psyykkinen, hengellinen ja sosiaalinen kokemuksensa (Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S. ym. 2005. 104-159.)

Hoitotyön periaatteet pohjaavat arvoihin, joita hoitotyössä pidetään ihanteellisina. Arvot ovat osa hoitokulttuuria. Hoitokulttuurissa arvot ja periaatteet esiintyvät hoitotyöntekijöiden yhdessä valitsemina päämäärinä, joiden toteutumista pidetään tavoiteltavina ja hyvinä potilaiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitotyön toiminta-ajatuksella pyritään luomaan arvoperusteet sille, mikä on hyvää hoitoa ja miten asioiden pitäisi olla (Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S. ym. 2005. 13-16.)

Näkemyksemme perusteella RFMH:ssa vallitsee vahva hierarkiajako lääkärin, hoitajien ja potilaiden välillä. Potilaat eivät ole tottuneet kritisoimaan heitä koskevia hoidollisia päätöksiä, eikä heitä kohdella itsemääräävinä, osallistuvina yksilöinä. Meidän silmissämme potilaat ulkoistavat oman ajattelunsa muille ja luottamus hoitovalintoihin perustuu lääkärin ja hoitajien osaamiseen. Hoitajien tulisi kannustaa potilaita osallistumaan heitä koskevaan päätöksentekoon. Eettisyys hoitotyössä toteutuu silloin, kun potilas puhuu omasta puolestaan.

6.3 Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen ulottuvuus

Fyysinen kokemus hyvästä olosta ilmenee olon helppoutena. Hoitotyön keinoja potilaan fyysisen olon turvaamiseksi on Swazimaassa haasteellista, koska tarvittavia välineitä ja lääkkeitä ei välttämättä ole saatavilla, hoitohenkilökuntaa ei ole tarpeeksi ja ruuasta saattaa olla pula tai se ei ole riittävän ravitsevaa. Esimerkiksi puhtaudesta, kauneudesta, ravitsemuksesta ja sairauden oireista huolehtiminen jää usein muiden kuin hoitohenkilökunnan huolehdittavaksi, johtuen suurimmaksi osaksi heidän kulttuuriaan.

Swazimaan hoitokulttuurissa hengellisyys ilmenee paitsi vakaumuksena ja uskona myös pitkäkantoisina arvoina ja kokemuksina eheydestä ja sisäisestä rauhasta. Uskonto näkyy hyvin vahvana ja on suuressa osassa swazimaalaisten arkea, esimerkiksi laulaminen ja Jumalan ylistäminen osastolla ennen aamutoimia on tavanomaista. Osa harjoittaa silti luonnonuskontoja ja tämän vuoksi eivät välttämättä hakeudu sairaalahoitoon vaan tilanteesta yritetään selviytyä ensin kotona ”poppamiehen” avuin ja keinoin.

Sosiaalisella hyvällä ololla tarkoitetaan hyväksymisen tunnetta niiden ihmiselle tärkeiden ihmisten verkoissa, joihin hän tuntee kuuluvansa. Ihmisen sosiaaliseen ympäristöön voivat kuulua perheen, läheisten ja ystävien lisäksi myös hoitoympäristö. Hoitotyössä ihmisen sosiaalista hyvää oloa voidaan tukea huomioimalla potilaan toiveet esimerkiksi läheisten läsnäolosta ja osallistumisesta hoitoon (Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S. ym. 2005. 104-159.) Tämä ei kuitenkaan Swazimaassa ole mahdollista vaan sairaalassa potilas jää usein omilleen ilman tukiverkkoa ympärillään. Etenkin hiv:stä aiheutuvan stigman vuoksi moni potilaista ei edes halua tietää hiv-statustaan tai pitää sen salassa muilta. Perinteisen ajattelun mukaan hiv linkitetään seksuaaliseen siveettömyyteen ja pahimmillaan tartunnan saaneet eristetään perheistään.

Psyykinen kokemus hyvästä olosta ilmenee mielenrauhana. RFMH:n hoitotyössä havaitsimme puutteen muun muassa ihmisen jo olemassa olevien

voimavarojen tukemisessa. Sen avulla olisi voitu sairauden ja siitä aiheutuvan epävarmuuden keskellä edistää toivoa ja tukea monessa tilanteessa.

POHDINTA

Vietettyämme puoli vuotta Afrikassa ja työskenneltyämme paikallisessa Raleigh Fitkin Memorial Hospitalissa olimme päivittäin kosketuksessa erilaisten hiv-tartuntatapausten kautta Swazimaan hiv- ja aids-epidemiaan. Tulevina sairaanhoidon ammattilaisina olemme tämän kokemuksen ansiosta alkaneet pohtia muun muassa sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä lääkehoidon kehittymisen merkitystä osana Swazimaan kehitysongelmia. Sanoinkuvaamattoman pahalta tuntui, kun yli puolet kansasta kärsii suunnattomasta köyhyydestä. Hallitsevan eliitin ahneus korostuu entisestään, kun rahat eivät tunnu riittävän vaatimattomiin terveys-, koulutus- ja sosiaalipalveluihin.

Suomessa terveyttä pidetään ihmisoikeutena, mutta kehitysmaissa, esimerkiksi Swazimaassa lapset kuolevat ehkäistäviin ja hoidettaviin tartuntatauteihin ja myös aikuiset potevat hyvinvointivaltioissa tuttuja kroonisia tauteja. Yhä useammalla onkin varaa syödä vatsansa täyteen ja juoda puhdasta vettä. Myös lääkkeet tehoavat ja terveyspalvelut toimivat entistä paremmin. Ihmisillä on myös tietotaitoa siitä, kuinka huolehtia omasta ja läheistensä terveydestä.

Hyvinvointi jakautuu valitettavasti kuitenkin epätasaisesti. Kaikkein köyhimmät sairastuvat ja kuolevat yhä edelleen tarttuviin tauteihin, jotka nykypäivänä kuitenkin voitaisiin ehkäistä ja hoitaa. Tartuntatauteja levittävät likainen vesi, huono hygienia, saastunut hengitysilma ja aikuisilla suojaamaton seksi. Etenkin lapset kärsivät aliravitsemuksesta, joka heikentää heidän vastustuskykyään. Siksi miljoonittain pikkulapsia kuolee joka vuosi keuhkokuumeeseen, tuhkarokkoon, ripuliin, malariaan, hiv:iin tai aidiin. Suurin hiv-prosentti koko Afrikkaan verraten onkin juuri Swazimaassa.

Vapaaehtoistyön ja järjestötoiminnan merkitys on todella suuri tekijä esimerkiksi paikallisten terveyskäyttäytymisen vahvistumisessa ja asenteiden muuttumisessa. Puolen vuoden aikana näimme läheltä kuinka tavalliset ihmiset lievittivät epidemian tuhoisia vaikutuksia: esimerkiksi lastenosastolla äiti saattoi

huolehtia oman lapsensa lisäksi myös orpolapsesta, joka oli hiv-positiivisuutensa vuoksi joutunut vanhempiensa hylkäämäksi. Tällöin havahduimme, kuinka toivo saa alkunsa ruohonjuuritasolta ja yksittäisten ihmisten muuttuneista asenteista.

Lääkehoidon ohjaus on erityisen tärkeää, jotta potilas sitoutuisi ottamaan lääkkeensä säännöllisesti. Swazimaassa potilaiden sitouttaminen lääkehoidosta huolehtimiseen oli haasteellista. Yleensä potilaat keskeyttivät lääkityksen voinnin kohentuessa tai eivät olleet alun perinkään halukkaita aloittamaan ARV-lääkitystä kielteisten uskomustensa takia.

Kansalaisjärjestöt ovat keskeisessä roolissa taudin ehkäisykampanjoissa ja taudin seurauksien lievittämisessä vapaaehtoistoiminnan keinoin. Eri kirkkokuntien aids-järjestöt ovat tehneet tärkeää työtä muun muassa tukiessaan hiv-positiivisia sekä taudin takia orvoksi jääneitä. Hiv-positiivisten perustamat yhdistykset työskentelevät valistuksen parissa, tukevat ja antavat vertaistukea ja samalla pyrkivät tautiin liittyvän häpeän pois kitkemiseen. Swazimaassa toimii monia ulkomaalaistaustaisia vapaaehtoisjärjestöjä, jotka tarjoavat ilmaisia sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluja paikallisille asukkaille. Ne ovat merkittävä apu taistelussa hiv:ta ja aidsia vastaan paikallisen perusterveydenhuollon ohella.

Köyhien ihmisten terveyttä voitaisiin kohentaa varsin yksinkertaisin keinoin. Toimivan perusterveydenhuoltojärjestelmän, edullisten yleislääkkeiden ja monipuolisen terveystalouden turvin edistettäisiin ihmisten hyvinvointia varsin tehokkaasti. Lasten ja naisten terveys hyötyisi puolestaan kattavasta neuvolaverkostosta ja ammattitaitoisesta henkilöstöstä. Swazimaassa tulisi olla tavoitteena turvata terveystaloutta myös kaikkein köyhimmille ja helposti syrjäytyville ryhmille. Hoitotyössä tulisi korostaa yksilöllisen ennaltaehkäisevän terveystalouden tärkeyttä sekä ihmisten mahdollisuutta itse vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa.

Kansainvälinen työharjoittelu Swazimaassa, opinnäytetyön aiheeseen syventyminen ja siihen liittyvän aineiston kerääminen saivat puoli vuotta kulumaan hetkessä. Työskentely oli ajoittain hyvinkin raskasta, kun olimme kielellisesti sekä kulttuurillisesti kaukana omasta kotimaastamme, mutta paljon oli hyvääkin: vietettyämme kuusi kuukautta kehitysmaassa, voimme sanoa kasvaneemme ihmisinä.

Työharjoittelu ja tutkimuksen tekeminen Swazimaassa kehittivät valtavasti englannin kielitaitoamme. Kun englantia joutui käyttämään päivittäin töissä ja vapaa-ajalla, sen käyttö helpottui sekä ennen kaikkea ammattisanasto kasvoi ja kielellinen ilmaisu parani. Englannin kielitaidon harjaantumisesta tulee varmasti olemaan myös jatkossa hyötyä työelämässä.

Koemme myös kehittyneemme ammatillisesti, erityisesti erilaisuuden arvostamisen ja suvaitsevaisuuden osalta. Asuessamme maassa, jossa poikkesimme valtaväestöstä niin ulkonäkömme kuin kulttuurillisten tapojemmekin puolesta, opimme kieltämättä kaikenlaista suvaitsevaisuudesta - ja rasismistakin. Tällainen kokemus on silmiä avartavaa ja takuulla auttaa meitä eri kulttuurista ja arvomaailmasta tulleiden ihmisten kohtaamisessa.

LÄHTEET

Aho, K., Hiltunen-Back, E. HIV-tartunta. Terveellistä seksiä. Terveyskirjasto 2007

Field, P-A., M.Morse, J. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Kirjayhtymä. Helsinki 1990

HIV-tukikeskus. Raskaus ja hiv. Viitattu 24.6.2013.

<http://www.hivtukikeskus.fi/etusivu/raskaus-ja-hiv/>

Hilden, R. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Acta Universitas Tampereensis. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 1999

Iivanainen, A., Syväoja, P. Hoida ja kirjaa. Hygieia. Kustannusosakeyhtiö Tammi 2009

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S. ym. Hoitotyön osaaminen. Tekijät ja Werner Söderström Osakeyhtiö 2005. WSOY

Kurki, R., Pammo, H. Tartuntataudit ja hoitotyön osaaminen. WSOY 2010

Lastensairaanhoidajaluennot. Turvallisuus. Oppimateriaali. Diak Länsi Pori. Kevät 2012

Peltonen, B. Ensisynnyttäjien synnytyspelot ja niihin saatu sosiaalinen tuki. Satakunnan Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. 2012. Viitattu 1.8.2013.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43741/peltonen_bettina.pdf?sequence=1

Raleigh Fitkin Memorial Hospital- esite.

Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2006. Viitattu 1.8.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/>

- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 25.7.2013.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty_ on/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/
- Shemeikka, R., Alkio, P. Aids Afrikassa. Tietopaketti HIV/AIDS-tilanteesta. Väestöliitto. Väestötietosarja 12. 2005
- Suomen HIV-strategia 2013-2016. THL, Viitattu 4.2.2013.
<http://www.julkari.fi/handle/10024/90918>
- Swaziland country report on monitoring the political declaration on HIV and AIDS. The Kingdom of Swaziland. UNAIDS. Joint United Nations Programme On HIV/AIDS. March 2012
- UNAIDS. Joint United Nations Programme On HIV/AIDS. Viitattu 24.6.2013.
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf
- Unicef. Eastern and Southern Africa. HIV/AIDS: Preventing mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV
http://www.unicef.org/esaro/5482_pmtct.html
- Von Schantz, M., Matilainen, H. Tarttuuko se? Ehkäise, estä ja hoida. Kirjapaja, Helsinki 2009
- World Vision. Living positively with HIV. 15th October 2012. Viitattu 1.8.2013
<http://www.wvi.org/swaziland/article/living-positively-hiv>
- Zero-HIV. Swaziland mounts final push to eliminate new HIV infections in children and keep their mothers alive by 2015. Press release. Viitattu 1.8.2013.
<http://www.zero-hiv.org/wp-content/uploads/2013/03/Swaziland-eMTCT-launch.pdf>

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Olemme saaneet opinnäytetyöllemme ”HIV-POSITIIVISEN ENSISYNNYTTÄJÄN SAAMA TUKI HOITAJIEN TAHOLTA RALEIGH FITKIN MEMORIAL HOSPITALISSA”, suullisen tutkimusluvan Sister Khawulile Magagulan (Supervisor) toimesta 10.2.2012.

Tutkimuslupa haettiin opintoihimme kuuluvan opinnäytetyön tekemiseksi.

Tutkimuksemme tavoitteena on selvittää nimenomaan hiv-positiivisten saamaa tukea hoitajien taholta RFM-Hospitaalissa havainnointia, teoriatietoa ja keskusteluja sairaalan ammattihenkilökunnan kanssa hyväksikäyttäen.

Tutkimuksen on tarkoitus valmistua syyskuun 2013 loppuun mennessä.

Tutkijoina sitoudumme noudattamaan voimassaolevia tutkimusaineiston säilyttämiseen ja tietosuojalainsäädäntöön, muun muassa salassapitosäännöksiin liittyviä ohjeita. Tutkimukseen ei ole odotettavissa kielteisiä seuraamuksia, sillä tutkimus pohjautuu tekemiimme havaintoihin ja henkilöiden anonyymiyteen.

Porissa 1.8.2013

LIITE 2

RFM ART initiation/refill for CHILDREN

NAME: _____ AGE: _____ SEX: _____ Weight: _____
 AREA: _____ ART #: _____ OPD #: _____

- Lamivir Baby:
- Lamivir Jr:
- Triomune baby:
- Triomune Jr:
- AZT dual baby:
- AZT triple baby:

- AZT:
 - 3TC:
 - NVP:
 - EFV:
 - d4T:
 - LPV/r (100/25) tab:
 - LPV/r (200/50) tab:
 - LPV/r (80/20) syrup:
 - Other: _____
- TDF:
 - ABC:
 - DDI:

- Cotrimoxazole:

Signature: _____ Date _____

RFM ART initiation/refill for ADULTS

NAME: _____ AGE: _____ SEX: _____ Weight: _____
 ORIGIN: _____ ART #: _____ OPD #: _____

- Triomune 30: 1 BD
- Zidolam-N: 1BD
- Zidolam-E:
- TDF/3TC/EFV: 1OD
- Other: _____

- Cotrimoxazole: 960mg OD
- Cotrimoxazole: 480mg OD
- IPT-INH: 1 OD
- Pyridoxine: 1OD
- Other: _____
- Other: _____

- Avocomb: 1 BD
- D4T 30: 1 BD
- AZT: 300mg BD
- 3TC: 150mg BD
- EFV: 600mg OD
- NVP: 200mg OD / BD
- ABC:300mg BD
- DDI:200/ 250 / 400mg OD
- TDF: 300 mg OD
- TDF-3TC: 1 OD
- Aluvia: 2 BD
- Other: _____

Next Visit: _____

Signature: _____

Date: _____

How do I prevent breast problems?

- Breastfeed your baby frequently to ensure that your breasts do not become too full and painful.
- In case the baby misses a feed, or your breast feels too full, you should express some breastmilk to relieve the fullness.
- Position and attach your baby correctly on the breast to avoid sore nipples.

What do I need to remember?

- To feed your baby on breast milk only without giving water or other foods until the baby is 6 months old.
- Mixed feeding, which means giving your baby other foods or fluids in addition to breast milk, may reduce the amount of milk that you produce and can make your baby sick.

Do not mix feed in the first 6 months

- To protect your baby from becoming exposed to HIV while you are breastfeeding, you and your partner should practice safe sex by using a condom.

See your Healthcare Worker if...

- You develop breast problems like cracked nipples, red swollen breasts and fever.
- You are unable to correctly position the baby.
- You think the baby is not getting enough milk.
- The baby has oral sores in his mouth.

Give your Baby the Best Start in Life!

For more information:
 Contact Swaziland National Nutrition Council
 Tel: +268 404 3852
 Fax: +268 404 3852
 Email: swannuco@realnet.co.sz



How to Practice Exclusive Breastfeeding

For the First 6 Months of Your Baby's Life

What do I Need to Know?

- **Exclusive Breastfeeding means giving breast milk only and nothing else, not even sips of water, except medicine prescribed by a doctor or nurse.**
- Practice exclusive breast feeding from the moment your baby is born, until your baby is 6 months old.
- Breast milk is the perfect food for babies. It provides all of the nutrients and water that your baby needs for growth during the first 6 months.
- Colostrum, or the first milk, is very important, because it protects your baby from many diseases.
- Exclusive breastfeeding continues to protect your baby, especially from diarrhea and pneumonia.
- Breast milk can contain HIV if the mother is infected. The virus can pass to a baby through breast milk. **Exclusive breastfeeding** greatly reduces the chances that a baby will become infected.



How should I Breastfeed?

- **Start breastfeeding within the first one hour of birth.**
- When you first begin to breastfeed, position and attach your baby well to the breast to avoid hurting your nipples.
- Let your baby's tummy face your tummy. Place your nipple on the baby's lips. When the baby's mouth is wide open, move the baby quickly onto the breast, aiming the lower lip below the nipple.
- Check that your baby is feeding well by seeing that the baby's
 - mouth is wide open
 - lower lip is turned outward
 - chin is touching the breast
 - cheeks are rounded
- The baby should take most of the dark skin around the nipple into his or her mouth. In case the baby is in a bad position, or if you feel any pain, then gently take the baby off the breast and start again.
- Your baby should take slow, deep sucks while breastfeeding, sometimes pausing. You may also hear the baby swallowing.



How will I know that my baby is getting enough breast milk?

- Let your baby finish one breast and come off the breast on his or her own. Then give your baby the other breast. This will ensure that your baby gets the most nutritious and satisfying milk.
- Feed your baby frequently, day and night, as often and for as long as the baby wants, at least 8 times in 24 hours.
- Frequent feeding will help your body begin to produce enough milk and prevent your breasts from becoming swollen.
- Let the baby sleep close to you at night and make it easier to feed.
- You will know that your baby is getting enough milk if the baby urinates at least 6 times a days.

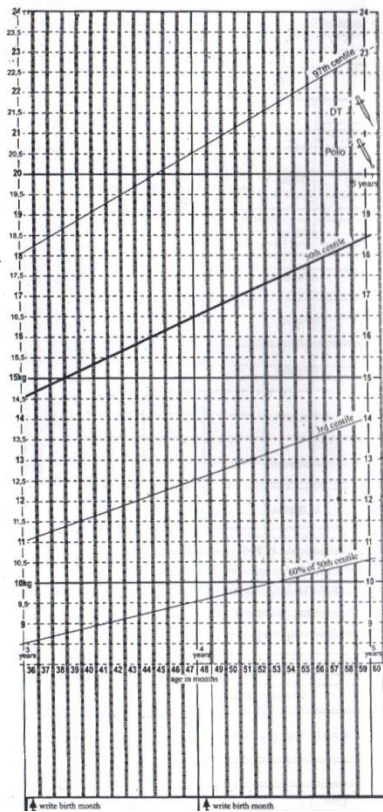


For the Mother...

- Breastfeeding helps with uterine contraction after delivery.
- Make sure to eat a healthy, balanced diet. Eat frequently throughout the day.

Breastfeeding helps to create strong, lifelong love between baby, mother, and the entire family.

LIITE 4



HULUMENDE SWAZILAND WAKANGWANE GOVERNMENT

LITIKO LETEMPHILO
MINISTRY OF HEALTH

LIKHADI LEMPHILO YEMNTFWANA CHILD HEALTH CARD

Umfolomphilo Health facility		Inombolo yemntfwana Child's No.	
Libito lemntfwana Child's name			
BULILI / SEX		Lusuku lwekotalwa Date of birth	Wasingakhi Birth order
Libito letina Mother's name			
Libito leyise Father's name			
Inombolo yetibhaliso Birth registration		YES	NO
PI Number (if any)			
Lapho kuhlala khona umndeni Family residential area			

How many children has the mother had?

Number born	Number alive now	Date information given: dd mm yy
-------------	------------------	--------------------------------------

Reason(s) for death(s) 1. _____
2. _____

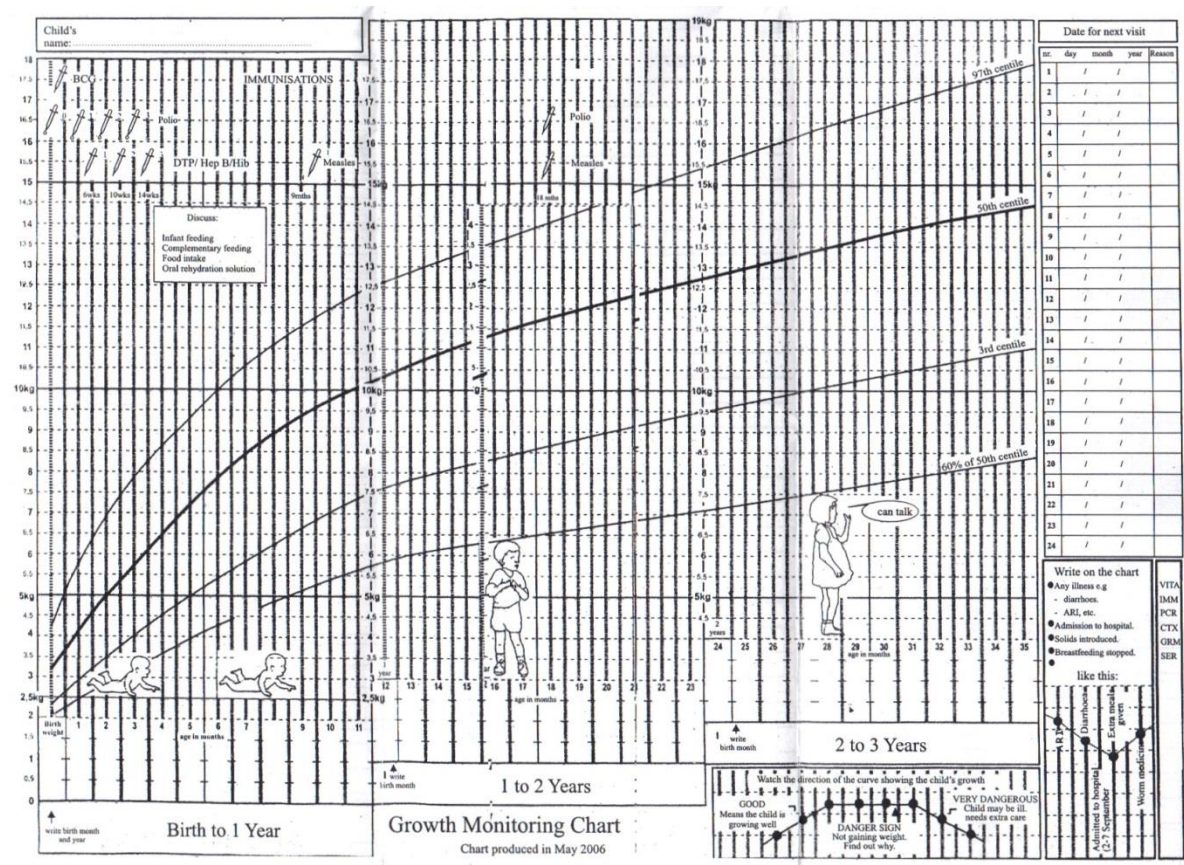
IMMUNISATIONS					
Batch No.	Vaccine	Site	Date given (day month year)		Signature
	BCG	Left forearm	/	/	
	Polio 0	Oral	/	/	
	Polio 1	Oral	/	/	
	DTP/Hep B/Hib 1 (Combined)	Upper Outer Thigh	/	/	
	Polio 2	Oral	/	/	
	DTP/Hep B/Hib 2 (Combined)	Upper Outer Thigh	/	/	
	Polio 3	Oral	/	/	
	DTP/Hep B/Hib 3 (Combined)	Upper Outer Thigh	/	/	
	Measles 1	Left Upper Arm	/	/	
	Polio 4	Oral	/	/	
	Measles 2	Left Upper Arm	/	/	
	Polio 5	Oral	/	/	
	DT 1	Buttock	/	/	
	DT 2	Buttock	/	/	
	DT 3	Buttock	/	/	
	DT Booster	Buttock	/	/	

Vitamin A Supplementation & Deworming Tablet			
Age Given	Vitamin A	Deworming Tablet	Signature
6 months	/	/	
12 months	/	/	
18 months	/	/	
24 months	/	/	
30 months	/	/	
36 months	/	/	
42 months	/	/	
48 months	/	/	
54 months	/	/	
60 months	/	/	

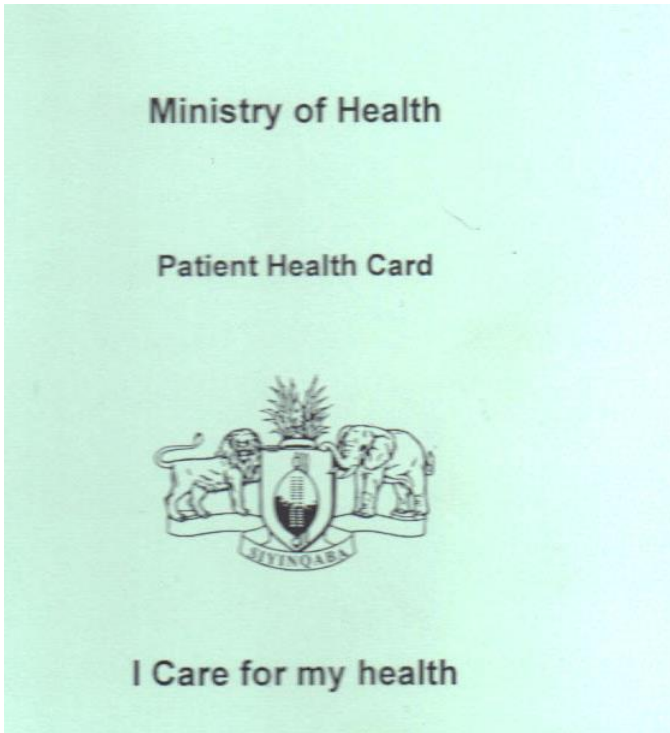
Vitamin A and Deworming Tablet to be given at 6 months intervals.

Counselling to Mother Caregiver

Issues	Months (please make a tick in appropriate)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Infant feeding												
Child Spacing / Family Planning												
Child Immunisation												
Oral Rehydration												
Hygiene												
HIV Prevention												
Telling General Danger signs												



LIITE 5



Name:

Surname:

Address:

.....

Tel:

DOB: Sex:

Treatment supporter:

.....

Contact details:

Care facility:

Date Initial HIV positive test:

Date enrolled pre ART:

Pre ART No: File No:

Date started HAART:

ART No:

Medical Summary

Allergies

.....

Tuberculosis History:

1. Type: pulmonary extrapulmonary (specify

MDR? Yes / No

Date started: Date ended:

Comments:

2. Type: pulmonary extrapulmonary (specify

MDR? Yes / No

Date started: Date ended:

Comments:

Other significant medical history:

.....

.....

.....

Key Health Messages

Positive living is the key to a healthy life!

- Keep your appointments
- Continue cotrimoxazole (Bactrim) if prescribed. Get a refill before you run out.
- Check your Cd4 count every 3-6 months.
- Eat healthy food, get enough rest, exercise, and manage stress.
- It is advisable to share your status with a supportive relative or friend.
- Always use a condom.

Prevent unwanted pregnancies!

- Make sure to use an additional family planning method.
- Speak to a health care worker if you desire to become pregnant.

Monitor Yourself for TB! Go to clinic if you:

- Have a cough for more than 2 weeks
- Have significant weight loss
- Have night sweats
- Are living with someone who has TB

