

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2014

Krista Virtanen ja Saara Virtanen

HIV-INFEKTION EHKÄISY JA HOITO SWAZIMAASSA

– Äitien ja lasten terveyden edistäminen



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Krista Virtanen ja Saara Virtanen

HIV-INFEKTION EHKÄISY JA HOITO SWAZIMAASSA – ÄITIEN JA LASTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Saharan Eteläpuolisessa Afrikassa vuoden 2012 arvioiden mukaan HIV-tartunnan saaneita on 25 miljoonaa. Swazimaan aikuisväestöstä HIV-positiivisia on 25,6 %. Raskaana olevista naisista HIV-positiivisia on noin 41 %, Äidistä lapseen siirtyvät HIV-tartunnat tapahtuvat raskauden, synnytyksen tai imetyksen aikana. WHO:n ja Unicefin tukema PMTCT-ohjelma pyrkii ehkäisemään äidiltä lapselle tarttuvaa HIV:ta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat HIV:n leviämiseen sekä millaisia ehkäisykeinoja HIV:ta vastaan on Swazimaassa. Opinnäytetyön tavoite on perehtyä äitien ja lasten terveyden edistämiseen sekä HIV:n ehkäisykeinoihin Swazimaassa. Tavoitteena on selvittää miten äitien ja lasten taloudellinen tilanne vaikuttaa heidän terveyden tilaan ja sairastavuuteen sekä millaisia vaikutuksia hoitohenkilökunnan ammattitaidolla on HIV:n ehkäisemiseen.

Tutkimusmenetelmänä on käytetty kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja haastattelumenetelmäksi on valittu teemahaastattelu. Teemahaastattelut tehtiin Swazimaassa joulukuussa 2013 Manzinin naisten ja lasten sairaalassa kansainvälisen harjoittelun aikana.

Opinnäytetyön tutkimusaineistona on käytetty olemassa olevaa kirjallisuus materiaalia, tutkimustietoa sekä kansainvälisten järjestöjen julkaisemaa tilastotietoa ja teemahaastattelusta saatua aineistoa. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta on luotu viisi tutkimusongelmaa, jotka käsittelevät naisten ja lasten HIV-tietoutta ja HIV:n ehkäisyä sekä uskomusten vaikutusta hoitoon hakeutumiseen. Tutkimusongelmana on kuinka äitien ja lasten taloudellinen tilanne vaikuttaa heidän sairastavuuteen sekä miten lääkäreiden ja sairaanhoitajien koulutustaso on yhteydessä riittävään potilasohjaukseen.

Opinnäytetyön tuloksista selviää, että HIV-tietoutta on tarjolla riittävästi, mutta tiedon hyödyntäminen on huonoa. Äitien ja lasten terveydentilan koetaan parantuneen, kuitenkin miesten rooli perheen päänä osaltaan rajoittaa naisten ja lasten terveydenhuoltoon hakeutumista. Jatkotutkimuskohteena voisi selvittää nuorten aikuisten HIV-tietoutta sekä heidän asenteita HIV:ta ja sen ehkäisyä kohtaan. Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia kuinka HIV:n ehkäisy on kehittynyt Swazimaassa.

ASIASANAT:

Swazimaa, HIV, HIV:n ehkäisy, HIV-neuvonta, PMTCT, äitien ja lasten terveyden edistäminen, hoitotyö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Nurse

Spring 2014 | 51

Tiina Nurmela

Krista Virtanen and Saara Virtanen

HIV PREVENTION AND NURSING IN SWAZILAND – HEALTH PROMOTION OF MOTHER AND CHILDREN

Sub-Saharan is estimated to have 25 million HIV-infected people in 2012. In Swaziland there are 25,6 % HIV-infected people among adults. About 41 % of pregnant women are HIV-positive. Mother to child transmission of HIV-infections happens during pregnancy, labor or breastfeeding. World Health Organization and Unicef supported program preventing mother to child transmission in Swaziland.

The purpose of this thesis is find out which things affects spreading of HIV and what prevention methods there are in Swaziland against HIV. The aim was to study mother and children's health promotion and prevention of HIV in Swaziland. The aim is find out how mother and children's financial situation affects their status of health and how expertise of healthcare workers is related to prevention of HIV.

The thesis is based from qualitative research method by using theme interview method. The interview data was collected during International Exchange Student Program in Manzini's Women and Children Hospital in Swaziland in December 2013.

Theoretical basis consists of existing literature, earlier studies, material provided by international organizations and data from theme interviews. From theoretical basis is made five research problems which includes women's knowledge of HIV, preventing of HIV and how myths about HIV affects gravitating to health care services. Research problems are how mother and children's financials affects their health and how doctor and nurses' education level is related to guide of patients.

The results shows that there is enough HIV information but using of that information is poor. Health of mother and children's has improved but women and children gravitating to health care services is limited by men being the heads of the family.

The future studies could try to find out knowledge of HIV among young adults and their attitudes about HIV and prevention of HIV. In future could research hoe prevention of HIV has developed in Swaziland.

KEYWORDS:

Swaziland, HIV, prevention of HIV, counseling, PMTCT, promotion of mother and children's health, nursing

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 ÄITIEN JA LASTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA HOITOTYÖ	7
2.1 Terveys ja terveyden edistäminen	7
2.2 Hoitotyö	8
3 HIV:N ESIINTYVYYS SAHARAN ETELÄPUOLISESSA AFRIKASSA JA SWAZIMAASSA	9
4 HIV:N TAUDINKUVA JA TESTAUS	10
4.1 HIV:n taudinkuva	10
4.2 HIV:n testaus ja hoitotyö	11
5 HIV:N EHKÄISYTYÖ SWAZIMAASSA	13
6 HIV:N LÄÄKEHOITO	15
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	18
7.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	18
7.2 Tutkimusongelmat	18
8 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	19
8.1 Tutkimusmenetelmä ja aineisto	19
8.2 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus ja kohdejoukko	19
8.3 Aineiston käsittely ja analysointi	21
9 TULOKSET	22
9.1 Swazimaan äitien ja lasten taloudellisen tilanteen vaikutukset sairastavuuteen	22
9.2 Äitien ja lasten terveydenhuollontila	22
9.3 Swazimaan väestön omaava HIV-tieto	25
9.3.1 Väestön HIV-tietämys	26
9.3.2 Sairaanhoidajien ajankäytön ja motivaation yhteys riittävään potilasohjaukseen	27
9.3.3 HIV:n ehkäisykeinot ja resurssit	28
9.3.4 HIV-testaus ja diagnosointi	30
9.3.5 HIV-lääkitys	32

9.4 Sairaanhoidajien ja lääkäreiden koulutustaso Swazimaassa	33
9.5 HIV:en liittyvät uskomukset ja niiden heijastuminen terveydenhuoltoon hakeutumiseen	34
10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	36
10.1 Eettisyys	36
10.2 Luotettavuus	37
11 JOHTOPÄÄTÖKSET	40
12 POHDINTA	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
LÄHTEET	45

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelukysymykset.

1 JOHDANTO

Vuonna 2012 WHO:n arvioiden mukaan maailmassa elää 35,3 miljoonaa HIV-positiivista. Saharan Eteläpuolisessa Afrikassa HIV-positiivisia oli 25 miljoonaa. Uusia HIV-tartuntoja todettiin 1,6 miljoonaa Saharan Eteläpuolisessa Afrikassa. Swazimaan aikuisväestöstä HIV-positiivisia oli 25,6 %. Swazimaan asukasluku vuonna 2012 oli 1,2 miljoonaa, joista 210 000 on HIV-tartunnan saaneita. Raskaana olevista naisista HIV-positiivisia on noin 41 %, ja vuosittain syntyy 17 000 HIV-tartunnalle altistunutta lasta. (WHO 2013a; WHO 2013b; WHO 2014b, 2-4.)

Suurin osa äidistä lapseen tarttuvista HIV-tartunnoista tapahtuu raskauden ja synnytyksen aikana. Äidiltä lapselle tarttuvan HIV-infektion mahdollisuutta lisää erityisesti olennaisen tiedon puute HIV:n ehkäisystä, korkea syntyvyys sekä hedelmällisessä iässä olevien naisten korkea HIV-kantajamäärä ja pitkittynyt imetys. Äidistä lapseen tarttuvaa HIV-infektiota on ehkäisty Swazimaassa vuodesta 2003 WHO:n ja UNICEF:n tukeman PMTCT-ohjelman avulla. (WHO 2012; Right to care 2014.)

Opinnäytetyö kuuluu Turun ammattikorkeakoulussa osana Ihmisen hyväksi -projektia. Opinnäytetyön aiheeksi valittiin HIV:n ehkäisy ja hoito Swazimaassa naisten ja lasten terveyden edistämisen näkökulmasta. Aiheen valintaan vaikutti opinnäytetyön tekemisen kanssa samaan ajankohtaan ajoittuva kansainvälinen opiskelijavaihto Swazimaassa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli perehtyä äitien ja lasten terveyden edistämiseen Swazimaassa. Aikomuksena oli tutkia HIV-viruksen vaikutusta Swazimaan äitien ja lasten terveyteen.

2 ÄITIEN JA LASTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA HOITOTYÖ

2.1 Terveys ja terveyden edistäminen

Terveys on määritelty fyysis-, psyykkis-, sosiaalis-, emotionaalisenä ja hengellisenä hyvinvointina. Jokainen ihminen voi vaikuttaa omaan terveyden vahvistamiseen tai heikkenemiseen. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Terveys on alati muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet, fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö sekä ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet (Huttunen 2012).

Seksuaaliterveydessä on kyse itsensä arvostamisesta ja seksuaalisuuden kunnioittamisesta ja seksuaalinen positiivisuus. Hyvän seksuaaliterveyden toteutumista edistää kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksien kunnioittaminen ja suojaaminen. Hyvä seksuaaliterveys sisältää mahdollisuuden nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, riistoa tai väkivaltaa. (Väestöliitto 2014.)

Terveyden edistäminen on toimintaa, jossa on mahdollista hallita terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli, elintavat, ystävät, toimeentulo ja kulttuuri. Terveyden edistäminen on määritetty Kansanterveyslaissa (2005/928). (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Terveyden edistäminen on sairauksien ehkäisyä, terveyden parantamista ja hyvinvoinnin lisäämistä. Terveyden edistämällä tarkoitetaan yhteisöjen ja yksilöiden terveydentilan parantamista, terveyden merkityksen korostamista sekä terveyden tukemista ja puolustamista. Pyrkimys on parantaa ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. (Hygieia 2004, 14.) Terveyden edistäminen voidaan määritellä olevan yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, terveellisen ympäristön aikaansaamista, terveysten palveluiden uudistamista sekä yhteisöjen ja henkilökohtaisten taitojen kehittämistä (Pietilä ym. 2012, 15-16).

Terveyden edistäminen ja terveystkasvatus ovat käsitteinä monin tavoin päällekkäiset ja sivuavat toisiaan. Terveystkasvatus on usein konkreettista neuvontatyötä: ohjausta, valitusta ja neuvontaa. Tavoitteena on vuorovaikutuksen syntyminen, johon liittyy asiakkaan voimavarojen löytäminen ja tukeminen. Terveystkasvatuksen päämääränä on, että asiakas ottaa vastuun omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan sekä niiden hoitamisesta. Lasten kohdalla vastuunottajia ovat vanhemmat. (Hygieia 2004, 15.)

2.2 Hoitotyö

Hoitotyön periaate sisältää kuntoutusta edistävän työtavan, jossa jokaisen potilaan omaa tilaa arvioidaan yksilöllisesti. Potilaan on tärkeää tuntea olonsa turvallisiksi, kunnioitetuksi sekä potilailla tulee olla itsemääräämisoikeus omasta hoidostaan. Jokaisella potilaalla on oikeus samanarvoiseen hoitoon ja kohteluun. Henkilökunnan täytyy olla ammattitaitoista ja kunnioittaa työn vaativaa vaitiolovelvollisuutta. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

Hoitotyön tavoitteena on miettiä potilaan parasta. Lopullisten hoitopäätösten tekemiseen saattaa potilaan lisäksi osallistua omaisia ja hoitoon osallistuvaa ammattilaisia. Jokaisen potilaan hoitoon luodaan omat tavoitteet, joihin henkilökunta kannustaa potilasta pääsemään. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)

3 HIV:N ESIINTYVYYS SWAZIMAASSA JA SAHARAN ETELÄPUOLISESSA AFRIKASSA

WHO:n (World Health Organization) arvion mukaan vuonna 2012 maailmassa oli 35,3 miljoonaa HIV-positiivista. Saharan Eteläpuolisessa Afrikassa HIV-positiivisia oli 25 miljoonaa. Uusia HIV-infektioita todettiin vuoden 2012 aikana 2,3 miljoonaa, joista 1,6 miljoonaa todettiin Saharan Eteläpuolisessa Afrikassa. Vuonna 2012 AIDSista (acquired immunodeficiency syndrome) johtuvia kuolemia oli 1,6 miljoonaa, joista 1,2 miljoonaa tapahtui Saharan Eteläpuolisessa Afrikassa. (WHO 2014b, 2-4.)

WHO:n arvion mukaan Swazimaassa vuonna 2006 Hi-viruksen esiintyvyys aikuisväestön (15–49-vuotiaiden) keskuudessa oli 25,6 %. Vuonna 2012 HIV-positiivisten määrä kattoi 26,5 % Swazimaan aikuisväestöstä. Kaikkien ikäluokkien kesken Swazimaassa vuonna 2006 tilastoitiin 170 000 HIV-positiivista henkilöä ja vuonna 2012 HIV-tartuntoja oli yhteensä 210 000. Vuonna 2012 Swazimaassa synnyttävistä äideistä noin 41 % oli HIV-positiivisia. Vuosittain HIV-positiiviset äidit synnyttävät 17 000 HIV-tartunnalle altistunutta lasta. (WHO 2012; WHO 2013a; WHO 2013b.)

4 HIV:N TAUDINKUVA JA TESTAUS

HIV (Human immunodeficiency virus) tarkoittaa ihmisen immuunipuutosvirusta, joka vähitellen tuhoaa elimistön puolustusjärjestelmää. HIV on infektio tauti, joka tarttuu sukupuoliteitse sekä veren välityksellä. Hi-virusta on kahta tyyppiä 1 ja 2, suurin osa kantajista sairastaa tyyppiin 1 HIV:ta. (Aho ym. 2013.)

Suurin osa äidistä lapselle siirtyvistä HIV-tartunnoista tapahtuu raskauden, synnytyksen tai imetyksen aikana. Syntymättömän lapsen HIV-tartunnan riski kasvaa äidin saadessa HIV-tartunta raskauden aikana. (WHO 2012; Aho ym. 2013.)

4.1 HIV:n taudinkuva

HIV-infektion ensitauti kehittyy 2-6 viikon kuluttua tartunnasta ja esiintyy 30–50 %:lla tartunnan saaneista. Ensitaudin oireisiin kuuluu muun muassa lämpöily, kurkkukipu, päänsärky, lihas- ja nivelsärky, ripuli, väsymys sekä toisinaan esiintyvinä oireina imusolmukesuurentumaa ja ihottumaa. Usein ensitauti muistuttaa oireistoltaan mononukleosia. Ensitaudin oireet häviävät kuukauden kuluessa. (Laine ym. 2013.)

HIV:n oireeton vaihe kestää vuosia, toisinaan yli 10 vuotta. HIV-infektio etenee nopeammin viruskuorman ollessa suuri. HIV:n oireiden ilmaantumisesta ennakoit usein viruskuorman kasvu. HIV:n oireellisessä vaiheessa CD4-positiiviset lymfosyytit auttajasolut ovat usein laskeneet alle $0,35 \times 10^9/l$. Oireellisen vaiheen oireet ovat usein epäspesifisiä, kuten lämpöily, painon lasku ja pitkittynyt ripulia. HIV voi aiheuttaa pitkäkestoista ja hoitoon huonosti reagoivaa herpesä, vyöruusua, syyliä sekä hiivasienitulehduksia. Hi-virus altistaa myös harvinaislaatuksille kasvaimille sekä useille eri tulehduksille. (Aho ym. 2013; Laine ym. 2013.)

HIV-infektion AIDS-vaiheesta puhutaan, kun HIV:ta sairastava saa ainakin yhden seurannaissairauden. Seurannaistaudeista yleisimpiä ovat muun muassa

tuberkuloosi, Kaposin sarkooma, Pneumocystic jirovecii -keuhkokuume, kandidaefagiitti tai -stomatiitti. HAART-lääkitys (highly active antiretroviral therapy), on vähentänyt seurannaistautien ilmaantuvuutta merkittävästi. (Laine ym. 2013.)

4.2 HIV:n testaus ja hoitotyö

Hi-viruksen kantajuus määritetään yleisimmin veren seerumin vasta-aineilla. HIV:n ensitaudin aikana tehdyissä HIV-testeissä osa testituloksista saattaa olla negatiivisia. Testi tulee uusina kolmen kuukauden kuluttua epäillessä HIV-infektioon liittyvää ensitautia ja testituloksen ollessa negatiivinen. HIV:n tilan määrittämisen apuna käytetty CD4-solutason (Cluster of Differentiation 4) testaus mittaa veressä olevien CD4-lymfosyyttien määrää. CD4-solutason mukaan harkitaan HIV-lääkityksen aloitusta. (Positiiviset ry 2012; Aho ym. 2013; Laine ym. 2013.)

WHO:n tilastojen mukaan vuonna 2009 Swazimaassa oli 170 paikkaa, jossa ihmisten oli mahdollisuus saada HIV-testaus sekä -neuvontapalveluita. Vuonna 2010 näitä palveluita oli tarjolla 198 paikassa. Vuoden 2009 aikana yli 15-vuotiaista noin 150 000 kävi HIV-testeissä ja sai HIV-neuvontaa. Vuonna 2010 testeissä kävi noin 148 000 ihmistä. (WHO 2013c.)

HIV-positiivisten lapsien kuolleisuushuippu on 2-3 kuukauden iässä. Raskauden aikana Hi-virukselle altistuneet lapset tulee testata 4-6 viikon ikäisinä ja antiretroviraalilääkitys tulee aloittaa viipymättä testituloksen ollessa positiivinen. Vuonna 2012 HIV-positiivisten äitien lapsista vain 35 % testattiin mahdollisen HIV-tartunnan varalta kahden kuukauden ikään mennessä. Näistä testatuista lapsista 45 % oli terveydenhuollon palveluiden ulottumattomissa ennen testituloksen vastaanottamista. HIV-infektion saaneiden lapsien kuolleisuus kasvaa, mikäli testitulosten palauttamisessa on viivettä eikä potilas ole terveydenhuollon piirissä. (WHO 2014, 20–22.)

Swazimaassa kaikki Hi-virukselle altistuneet lapset testataan kuuden viikon ikäisenä. WHO:n HIV:n ehkäisyn tavoitteisiin kuuluu lasten rutiininomainen HIV-testaus. Hi-virukselle altistuneille lapsille tuli mahdollistaa HIV-testin tekeminen sekä tarvittava ohjaus lapsen äidille. (WHO 2014, 26.)

5 HIV:N EHKÄISYTYÖ SWAZIMAASSA

Vuonna 2012 Swazimaan aikuisväestöstä HIV-positiivisia oli 26,5 %. Synnyttävistä äideistä noin 41 % oli HIV-positiivisia. Joka vuosi Swazimaassa syntyy 17 000 HIV-tartunnalle altistunutta lasta. Suurin osa äidistä lapseen tarttuvista HIV-tartunnoista tapahtuu raskauden, synnytyksen ja imetyksen aikana. (Banchenoa ym. 2010, 1130–1131; WHO 2012; WHO 2013a.)

Äidistä lapseen tarttuvaa HIV-infektion mahdollisuutta lisää korkea syntyvyys, hedelmällisessä iässä olevien naisten suuri HIV-kantavuus sekä pitkittynyt imeytys. Myös olennaisen tiedon puute HIV:n ehkäisemisestä lisää äidistä lapseen tarttuvia HIV-infektioita. (Banchenoa ym. 2010, 1130–1131.)

WHO:n ja UNICEF:n tukema PMTCT-ohjelma (Preventing Mother to Child Transmission) on aloitettu Swazimaassa vuonna 2003. Vuonna 2003 PMTCT-ohjelma tuotiin kokeiluun kolmeen maaseudun klinikkaan ja vuoteen 2010 mennessä PMTCT-ohjelma oli käytössä 150 klinikassa ja sairaalassa. (Right to care 2014.)

PMTCT-ohjelman tavoitteisiin kuuluu HIV-positiivisten äitien ei-haluttujen raskauksien ehkäisy, äitien ja lasten HIV-tartuntojen ehkäisy sekä äidistä lapseen tarttuvan HIV:n ehkäisy raskauden, synnytyksen ja imetyksen aikana. PMTCT-ohjelma on asettanut tavoitteet ja ohjeet HIV-tartunnan saaneiden hoidolle, hoitotoimenpiteille sekä henkisen tuen tarpeille. PMTCT-ohjelman ansiosta vastasyntyneiden sekä äitien ja lasten kuolleisuus on vähentynyt huomattavasti. (WHO 2012; Right to care 2014.)

Swazimaassa raskaana oleville äideille on tarjolla terveydenhuollon palveluita niin maaseudulla kuin kaupungeissa. 98 % raskaana olevista naisista on käyttänyt näitä palveluita vähintään kerran. 82 % synnytyksistä tapahtuu terveydenhuollon piirissä. Etenkin HIV-positiivisten äitien synnytyksissä on oleellista olla mukana ammattitaitoinen henkilökunta. (WHO 2012.)

PMTCT-ohjelman vaikuttavuutta on selvitetty “Outcomes and challenges of scaling up comprehensive PMTCT services in rural Swaziland” -tutkimuksessa. Tutkimuksessa raportoidaan sairaaloissa ja maaseutujen klinikoilla toteutetun PMTCT-ohjelman haasteista ja tuloksista vuoden 2007 ajalta. Sairaaloiden ja klinikoiden vastaanotoilla käyneistä äideistä HIV-testi tehtiin 460 äidille. Vastaanoton ensikävijöistä noin 69 % suostuivat HIV-testin tekemiseen ja noin 94 % otti testituloksen vastaan. 92 % HIV-positiivisista äideistä aloitti synnytyksen aikaisen antiretroviraalilääkityksen. Tutkimuksen aikana kaikille HIV-virukselle raskauden aikana altistuneille lapsille tehtiin HIV-testi 6 viikon ja 18 kuukauden välillä. (Banchenoa ym. 2010, 1130.)

FLAS (The Family Life Association of Swaziland) on toiminut yli kolmenkymmenen vuoden ajan parantaakseen Swazimaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Organisaation toiminta keskittyy erityisesti äidistä lapseen tarttuvien HIV-infektioiden ja AIDSin ehkäisyyn. FLAS:illa on Swazimaassa 15 toimipistettä, joihin lukeutuu neljä klinikkaa sekä kaksitoista puhelinpalvelua. (International Planned Parenthood Federation 2013.)

6 HIV:N LÄÄKEHOITO

Antiretroviraalihoidolla eli HAART-hoidolla pyritään lisäämään CD4-auttajasolujen määrää sekä vähentämään Hi-viruksen määrää elimistössä. Hoidon ansiosta voidaan ehkäistä HIV:n seurannaissairauksia sekä pidentää HIV-potilaan elinikää. Swazimaan HIV-positiivisista vuonna 2009 85 % ja vuonna 2012 82 % käyttivät antiretroviraalilääkitystä. (Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry ym. 2011, 79; WHO 2013.)

Antiretroviraalihoidon aloitusajankohtaan vaikuttaa potilaan CD4-solumäärä sekä yleisvointi. Lääkehoidon aloittaminen tulee ajankohtaiseksi, kun CD4-solut ovat noin $0,350 \times 10^9$ /litra ja/tai potilaalla on HIV-infektiosta johtuvia yleisoireita, kuten väsymystä, kuumetta, ripulia, painonlaskua sekä ihottumaa. Varhain aloitetulla HIV-lääkityksellä voi olla mahdollista vähentää verisuoni-, maksa-, munuais- ja syöpäsairauksien kehittymistä. Lääkehoitoa aloitettaessa on tärkeää huomioida potilaan halukkuus sekä kyky sitoutua lääkehoitoon. (Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry ym. 2011, 79; Sutinen ym. 2012.)

WHO:n suositusten mukaisesti kaikkien raskaana olevien ja imettävien HIV-positiivisten naisten tulisi käyttää antiretroviraalilääkitystä. WHO suosittelee kolmen eri lääkkeen yhdistelmää: Tsidovudiini 28 viikkoa hedelmöityksen jälkeen, Lamivudiini aloitetaan synnytyksen yhteydessä ja jatketaan seitsemän vuorokautta synnytyksen jälkeen sekä kerta-annos Nevirapiinia sekä äidille että imeväiselle synnytyksen jälkeen. (Banchenoa ym. 2010, 1130; WHO 2013.)

Vuoden 2011 arvion mukaan Swazimaassa raskaana olevista HIV-positiivisista äideistä alle 95 % käyttivät raskauden aikana HIV-lääkitystä ehkäistäkseen Hi-viruksen tarttumisen lapseen. Raskauden ja imetyksen jälkeen äidin elinikäinen antiretroviraalilääkityksen tarve arvioidaan uudestaan. (WHO 2013; WHO 2014a, 20.)

Hi-virusta vastaan on kehitetty 23 lääkeainetta, jotka vaikutusmekanismeiltaan voidaan jakaa kuuteen eri lääkeryhmään. Yhdistelmähoito toteutetaan tavallisimmin kolmella lääkkeellä. Useimmiten kahden nukleosidianalogisen käänteiskopioijan estäjän rinnalla käytetään joko käänteiskopioijaentsyymin estäjä tai proteaasimestäjä. (Sutinen ym. 2012.)

Todelliseen näyttöön perustuvaa ennustetta HIV-potilaiden eliniästä ei voida esittää, koska yhdistelmähoitokäytöstä on kokemusta vasta noin 15 vuoden ajalta. Riittävän varhaisella HIV:n diagnosoinnilla sekä lääkehoidon aloituksella on todettu olevan positiiviset vaikutukset HIV-potilaan elinajanodotteeseen. (Sutinen ym. 2012.)

HIV-lääkkeiden suuri ongelma on niiden nopea tehon heikkeneminen viruksen kehittäessä vastustuskyvyn lääkkeille. Lääkityksen tehon pettäminen virusta vastaan ei aiheuta potilaalle tavallisesti äkillisiä oireita, mutta lääkitystä jatkaessa virus kehittyy yhä vastustuskykyisemmäksi käytetylle lääkkeelle. Lääkeresistenssi kehittyy tavallisesti, kun lääkepitoisuus ei ole säilynyt potilaan elimistössä riittävän korkealla. Lääkityksen epäonnistumiseen voi olla syynä potilaan heikko motivaatio tai lääkkeen puutteellinen imeytyminen haittavaikutuksien, kuten ripuloinnin ja oksentelun vuoksi. Lääkkeiden ottamisajan kertaluontoinen siirtyminen parilla tunnilla tai yksittäisen lääkeannoksen poisjääminen, eivät kaikkien lääkkeiden kohdalla aiheuta resistenttejä viruksia. Kuitenkin lääkkeiden säännöllinen ja ohjeiden mukainen käyttö on tehokkaan lääkehoidon perusperiaate. Hoitotulokset heikkenevät potilaan jättäessä jopa alle 5 % lääkeannoksista ottamatta. (Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry ym. 2011, 81; Sutinen ym. 2012.)

Viruksen muodostaessa vastustuskyvyn yhdelle lääkkeelle, HIV-lääkkeiden samankaltaisuuden vuoksi resistenssi muodostuu myös sukulaislääkkeille. Resistenttien viruskantojen lääkeyhdistelmät ovat vaikeita ja kalliita toteuttaa. Hoidon tehon säilyttämisen kannalta on tärkeää ehkäistä resistenttien viruskantojen syntyminen. Virukset kehittävät vastustuskykyisiä muotoja nopeammin, kun veressä on lääkettä jonkin verran, mutta ei virusta tappavaa määrää. Verikokeiden

avulla pystytään selvittämään, mille lääkeaineille virus on tullut vastustuskykyiseksi. (Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry ym. 2011, 81; Sutinen ym. 2012.)

Hi-viruksen kehitettyä uusi lääkkeelle vastustuskykyinen muoto, viruksen määrä pääsee elimistössä lisääntymään ja vaurioittamaan elimistön puolustusjärjestelmää. Lääkkeille resistentti virus voi tarttua toiseen henkilöön, jolloin kyseiset lääkkeet eivät pure tälläkään henkilöllä. Myös aikaisemmin HIV-positiiviseksi todettu henkilö voi saada uuden tartunnan kautta lääkkeille resistentin viruskannan. (Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry ym. 2011, 81.)

Antiretroviraalilääkitykseen liittyvien sivuvaikutuksien esiintyminen on yksilöllistä. Osa haittavaikutuksista voi ilmetä nopeasti hoidon aloitettua, osa vasta vuosien päästä. Usein sivuvaikutusten esiintyminen painottuu lääkkityksen alkuvaiheeseen ja ovat ohimeneviä. Etenkin voimakkaista sivuvaikutuksista kärsivän potilaan motivointi lääkkityksen jatkamiseen on tärkeää. (Suomen HIV/aids-sairaanhoitajayhdistys ry ym. 2011, 83; Sutinen ym. 2012.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

7.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät vaikuttavat HIV:n leviämiseen sekä millaisia ehkäisykeinoja HIV:ta vastaan on Swazimaassa. Opinnäytetyön tavoite on perehtyä äitien ja lasten terveyden edistämiseen sekä HIV:n ehkäisykeinoihin Swazimaassa. Tavoitteena on selvittää miten äitien ja lasten taloudellinen tilanne vaikuttaa heidän terveyden tilaan ja sairastavuuteen sekä millaisia vaikutuksia hoitohenkilökunnan ammattitaidolla on HIV:n ehkäisemiseen.

7.2 Tutkimusongelmat

1. Miten swazimaalaisten äitien taloudellinen tilanne heijastuu äitien ja lasten sairastavuuteen sairaanhoitajien arvioima?
2. Mikä on swazimaalaisten äitien ja lasten terveydenhuollon tila sairaanhoitajien arvioimana?
3. Mikä on swazimaalaisten naisten omaava tieto Hi-viruksesta sekä Hi-viruksen hoidosta ja ehkäisystä sairaanhoitajien arvioimana?
4. Miten Swazimaassa sairaanhoitajien ja lääkäreiden koulutustaso vaikuttaa äitien ja lasten terveyden edistämiseen sairaanhoitajien arvioimana?
5. Millaisia paikallisia uskomuksia HIV:hen liittyy ja miten ne heijastuvat terveydenhuoltoon hakeutumiseen sairaanhoitajien arvioimana?

8 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

8.1 Tutkimusmenetelmä ja aineisto

Opinnäytetyössä hyödynnetään laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän tarkoituksena on kokonaisvaltainen tiedonhankinta sekä aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. Tutkittava kohdejoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti sekä tutkittavan aineiston tapaukset käsitellään ainutlaatuisina. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat valikoitiin heidän ammattitaitonsa sekä työtehtäviensä perusteella ja heidän osoittamalla kiinnostustaan osallistua tutkimukseen. Tavoitteena oli, että tutkittavilla sairaanhoitajilla on mahdollisimman laajaa ja kattavaa tietoa Swazimaan äitien ja lasten terveydentilasta sekä HIV:n ehkäisystä ja hoidosta.

Opinnäytetyön haastattelumenetelmänä käytetään puolistrukturoitua eli puolistandardoitua teemahaastattelua. Teemahaastattelun tavoitteena on edetä ennalta määriteltujen teemojen varassa, kysymysten tarkka muoto ja järjestys eivät ole tähdellisiä. Haastattelumenetelmälle on ominaista, että haastateltavat vastaavat kysymyksiin omin sanoin eikä vastauksia ole sidottu vastausvaihtoehtoihin. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47–48.)

8.2 Aineiston hankkimisen käytännön toteutus ja kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukkona on kymmenen Manzinin naisten ja lasten sairaalassa (Women and Children Hospital) työskentelevää sairaanhoitajaa. Tutkimukseen osallistuvista sairaanhoitajista kuusi on yleissairaanhoitajia (general nurse), yksi on anestesiahoitaja sekä kolmella sairaanhoitajista on myös kättilön koulutus. Sairaanhoitajat työskentelevät sairaalan eri osastoilla: kaksi pääasiassa leikkaussalissa, kaksi synnytysosastolla, yksi sairaalan yhteydessä toimivassa laboratorioissa, neljä pediatriisella sekä gynekologisella osastolla ja yksi sai-

raalan vastaanottoklinikalla. Tutkittavat olivat 23–42-vuotiaita. Tutkittavista kolme on miehiä, seitsemän naisia. Tutkittavista kaksi olivat Zimbabwesta, yksi Keniasta ja seitsemän Swazimaasta. Sairaanhoitajat ovat työskennelleet ammatissaan muutamasta kuukaudesta noin viiteentoista vuoteen. Kyseisessä sairaalassa sairaanhoitajat ovat työskennelleet muutamasta kuukaudesta kahteen vuoteen.

Teemahaastattelu suoritettiin Manzinin naisten ja lasten sairaalassa (Women and Children Hospital) 9.-11. joulukuuta 2013. Teemahaastatteluun valikoitiin kymmenen sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät sairaalan eri osastoilla. Tutkitaville ilmoitettiin haastattelun ajankohta etukäteen. Teemahaastattelut suoritettiin rauhallisessa ympäristössä sairaalan tiloissa, jossa paikalla oli haastateltava ja haastattelija. Teemahaastattelujen kesto vaihteli puolesta tunnista 45 minuuttiin.

Tutkimukseen osallistuville sairaanhoitajille kerrottiin opinnäytetyön aihe ja työn tarkoitus sekä haastattelun tarkoitus ja sen hyödyntäminen opinnäytetyössä. Sairaalan omistajalta, osastonhoitajalta ja jokaiselta haastateltavalta pyydettiin suullinen suostumus haastattelun tekemiseen sekä aineiston käyttöön osana opinnäytetyötä. Haastattelutilanteessa tehtiin kattavat muistiinpanot haastateltavien vastauksista.

Opinnäytetyön aineistoa on kerätty kirjallisuudesta, hyödyntämällä tutkimustietoa sekä haastatteleamalla naisten ja lasten sairaalassa työskenteleviä sairaanhoitajia Swazimaassa. Kirjallisen materiaalin pohjalta kehitettiin viisi tutkimusongelmaa. Opinnäytetyö toteutettiin hyödyntäen kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Haastattelumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu. Tutkimusongelmien pohjalta kehitettiin 28 teemahaastattelukysymystä (Liite 1).

8.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Teemahaastattelu aineiston analysoinnissa hyödynnettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällön analyysiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Teemahaastattelun aineisto tallennettiin ja purettiin haastattelun aikana tehdyistä muistiinpanoista sanasanaiseen muotoon, jolloin aineisto käännettiin englannista suomeksi. Haastattelumateriaali pelkistettiin ja etsittiin esiin nousevia teemoja sekä usein toistuvia asioita. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 136–143.)

Teemahaastattelun aineistoa kuvaillaan eli kartoitetaan henkilöiden ja tapahtumien piirteitä ja ominaisuuksia. Aineistoa luokitellaan, joiden esiintymisen välille pyritään löytämään säännönmukaisuuksia ja samankaltaisuuksia sekä säännönmukaista vaihtelua ja poikkeavia tapauksia. Aineiston purkamisen jälkeen aineisto luettiin aktiivisesti aikaa varaten, jotta aineisto tuli tutuksi. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 136–143, 145–150.)

9 TULOKSET

9.1 Swazimaan äitien ja lasten taloudellisen tilanteen vaikutukset sairastavuuteen

Ensimmäisenä tutkimusongelmaa selvitettäessä haastatelluilta kysyttiin kuinka swazimaalaisten äitien taloudellinen tilanne heijastuu äitien ja lasten sairastavuuteen. Kaikki haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat vastasivat, että Swazimaassa naisten ja lasten taloudellinen tilanne on yleisesti huono sekä heikon taloudellisen tilanteen vaikuttavan oleellisesti naisten ja lasten hoitoon hakeutumiseen ja hoidon laatuun.

Teemahaastattelussa viisi sairaanhoitajaa toteaa miesten hallitsevan perheen taloutta. He tuovat esille, että rahaa ei ole paljon käytössä, eikä terveyden hoitamiseen panosteta ennen kuin joku perheenjäsenistä on sairas.

“-- mostly we do have budget, you don't do something out of your budget. I'm looking at the set up of the African situation, you find the health especially out of your budget, it is something that comes last. Until someone gets sick, you don't like using money if somebody is not sick.”

Monet sairaanhoitajista vastasivat, että naisten tehtävänä on huolehtia kodista ja lapsista. He kokevat myös, että naisten kouluttamattomuus lisää heidän taloudellista riippuvuutta aviomiehestään.

9.2 Äitien ja lasten terveydenhuollontila

Tutkimusongelmaa “Mikä on Swazimaalaisten äitien ja lasten terveydenhuollontila sairaanhoitajien arvioimana?” selvitettäessä teemahaastattelussa sairaanhoitajilta kysyttiin heidän kokemuksiaan naisten ja lasten terveydentilasta, Swa-

zimaan terveydenhuollon tilasta sekä heidän mielipiteitä terveydenhuollon kehittämistarpeista.

Haastateltavista kaikki vastanneet kokevat naisten ja lasten terveydentilan keskiverroksi tai hyväksi. Suurimman osan vastanneiden mielestä naisten ja lasten terveydentila on parantunut viime vuosina.

“I think past couple of years, last two or three years it has improved, but they are still trying to improve some of the challenges and children health care but we are trying, seeing an input from the ministry and from the hospital.”

Kolme haastatelluista uskoo naisten ja lasten sairaalaan kohentaneen naisten ja lasten terveyttä, sillä ennen uuden sairaalan avaamista naisilla ja lapsille ei ollut varsinaisesti erikoistuneita osastoja. Kuitenkin useamman haastatellun vastauksista ilmenee, että naisten ja lasten terveyden eteen tulisi tehdä vielä paljon.

Teemahaastattelussa sairaanhoitajilta kysyttiin mielipiteitä Swazimaan terveydenhuollon tilasta. Puolet sairaanhoitajista toteaa Swazimaan terveydenhuollon tilan olevan keskiverto tai hyvä. Usean haastateltavan vastauksista ilmenee julkisen ja yksityisen terveydenhuollon vastakkainasettelu. Julkisen terveydenhuollon palveluita pidetään huonotasoisina, sillä jonotusajat ovat pitkiä eikä hoitoa koeta laadukkaaksi. Yksityisen terveydenhuollon puolella ihmisillä on mahdollisuus saada hyvää ja laadukasta hoitoa, mutta suurimmalla osalla ihmisistä ei ole varaa yksityisen terveydenhuollon palveluihin.

Yksi sairaanhoitaja kokee terveydenhuollon tilanteen olevan huonompi maaseudulla kuin kaupungissa, koska maaseudulla sairaaloita ja klinikoita on vähemmän. Välimatkat lähimpään klinikkaan ja sairaalaan voivat olla pitkiä. Hän toteaa myös kaupungissa asuvien ihmisten työskentelevän joka päivä, eikä töistä ole mahdollisuutta olla pois. Näin ollen kaupungissa asuvillakaan ihmisillä ei ole vapaa-ajan puutteen vuoksi mahdollisuutta hakeutua terveystalveluiden piiriin.

Teemahaastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat kokevat, että Swazimaan terveydenhuollon parantamiseksi tulisi perustaa lisää klinikoita ja sairaaloita etenkin maaseuduille.

"I would like more better services for local people, the crushed level. Kind of thinking times of the government takes the services to the people. Cause not everyone back there in the village can't afford transportation to the town."

Palveluita tulisi tuoda lähemmäs ihmisiä, yhden sairaanhoitajan mielestä terveydenhuollon palvelut tulisi tuoda ihmisten kotiin. Muutamissa vastauksissa nousee esiin valtion taloudellisen tilanteen olevan huono, minkä vuoksi uusien klinikoiden ja sairaaloiden rakentaminen ei ole mahdollista.

Monet haastatelluista kokevat sairaanhoitajien koulutuksen lisäämisen yhtenä ratkaisevana tekijänä terveydenhuollon tason kehittämisessä. Sairaanhoitajat kertovat, että koulutuspaikkoja tulisi olla enemmän sekä koulutuksen tulisi tarjota sairaanhoitajille enemmän erikoistumismahdollisuuksia. Näiden parannusten ansiosta sairaanhoitajien ammattitaito voisi olla parempi ja paljon tarvittua hoitohenkilökuntaa saataisiin lisää.

Muutaman haastateltavan mielestä teknologian kehityksellä ja lisäämällä hoitovälineitä terveydenhuollon tilanne olisi parempi. Eräs sairaanhoitajista on maininnut potilaiden tunnistautumisjärjestelmän olevan huono:

"If I give an example of identification system which is used in Swaziland it is used, if patient goes to one hospital register gets treatment if he is not satisfied or happens it complains and goes to another hospital, he is going to get double."

Useiden tutkittavien mielestä sairaanhoitajien tulisi lisätä potilaiden neuvontaa, jolloin ihmisillä olisi paremmat valmiudet huolehtia itsestään. Myös kansalaisten HIV-tietouden lisäämisellä koetaan olevan positiivisia vaikutuksia terveydenhuollon tilanteeseen. Kahden sairaanhoitajan mielestä terveydenhuollon palvelut ovat kalliita. Yksi sairaanhoitajista toivoisi valtion tarjoavan maksuttomat pal-

velut etenkin lapsille sekä terveydenhuollon maksuja yleisesti vähennettävän, jolloin kaikille mahdollistettaisiin hoitoon pääsy.

Kysyttäessä keinoja suojata HIV-positiivisen äidin syntymätöntä lasta HIV-tartunnalta, haastateltavat sairaanhoitajat nostivat ensisijaisen tärkeäksi HIV-lääkityksen aloittamisen, synnytyksen keisarinleikkauksella, elämäntapamuutokset sekä imetyksen huomioimisen. Yksi sairaanhoitajista kertoo, että raskaana olevia HIV-positiivisia äitejä neuvotaan sairaanhoitajien toimesta parempaan ruokavalioon, elämäntapoihin sekä HIV:tä ehkäisevään synnytykseen ja rinta-ruokintaan.

“When mom is positive and she registered she is encouraged to get birth to c-section, when child is giving to Veropine under birth. And also they encourage to specific breast feeding and if you not breast feeding, giving formulas.”

Eräs sairaanhoitaja kertoo näkemyksensä HIV-lääkityksen aloittamisesta syntymättömän lapsen suojaamiseksi HIV-tartunnalta:

“During and after. Before the mom should be checked, if the mom is HIV positive should be on pre-ART treatment that would help her throw the pregnancy depending on her signs of symptoms. If she is clinically she will be commend for ART if CD4 is fine she commend for the medication that will protect the period of the pregnancy. “

9.3 Swazimaan väestön omaava HIV-tieto

Tutkimusongelmaa selvitettäessä ”Mikä on swazimaalaisten naisten omaava tieto Hi-viruksesta sekä Hi-viruksen hoidosta ja ehkäisystä sairaanhoitajien arvioimana?” tutkittavilta sairaanhoitajilta kysyttiin heidän näkemyksiään Swazimaan väestön HIV-tietämyksestä ja tietämyksen riittävydestä sekä sairaanhoitajien ajankäytöstä ja mielenkiinnosta antaa HIV-neuvontaa. Tutkittiin millaisina haastateltavat sairaanhoitajat kokevat nykyiset HIV:n ehkäisykeinot ja kuinka ehkäisykeinoja tulisi kehittää sekä millaisina he kokevat yleisesti Swazimaan ja

Manzinin naisten ja lasten sairaalan resurssien riittävyyden HIV:n ehkäisyssä ja hoidossa. Sairaanhoitajilta kysyttiin heidän tietämystään HIV-lääkityksestä ja sen aloittamisesta sekä heidän kokemuksiään väestön riittävän varhaisesta HIV:n diagnosoinnista.

9.3.1 Väestön HIV-tietämys

Teemahaastattelukysymykseen ”Kuinka kuvailet Swazimaan HIV-tietämystä?” suurin osa haastatelluista sairaanhoitajista kokee, että HIV-tietämystä on tarpeeksi. Vastauksista kävi ilmi, että vaikka HIV-tietämystä olisikin, tietoa ei aina ymmärretä oikein:

“It’s very poor. Okay the knowledge is there but way it’s understood it’s very poor.”

Erään sairaanhoitajan kokemuksen mukaan HIV:ta ei oteta tosissaan, vaan pidetään samanlaisena kuin mikä tahansa muukin sairaus. Yksi sairaanhoitajista kertoo ihmisten piittaamattomuudesta HIV:ta kohtaan:

“So the population is aware of HIV and the prevention but in a way or two there is still ignorance about it.”

Teemahaastattelussa kysyttiin saavatko HIV-positiiviset tarpeeksi tietoa HIV:sta sekä heidän käyttämästään HIV-lääkityksestä. Sairaanhoitajista seitsemän kokee, että HIV-positiivisilla on tarpeeksi tietoa HIV:sta ja viisi sairaanhoitajaa kokee, että potilailla on tarpeeksi tietoa käyttämästään HIV-lääkityksestä.

Suurin osa sairaanhoitajista kertoo, että potilaat saavat tarpeeksi tietoa HIV:sta, mutta kaikki riippuu kuinka vastaanottavaisia he ovat. Kahden vastanseen mukaan tiedonsaantiin vaikuttaa myös asuuko potilas kaupungissa vai maaseudulla, heidän kokemuksensa mukaan kaupungeissa ihmisillä on enemmän tietoutta. Toinen hoitajista kertoo, että 60 % Mbabanen asukkaista on HIV-positiivisia sekä uskoo asukkailla olevan tarpeeksi tietoa, mutta siitä ei välitetä.

Yhden sairaanhoitajan kokemuksen mukaan HIV-potilaat saavat niukasti tarvitsemaansa tietoa hoitohenkilökunnan vähyyden vuoksi, sairaanhoitaja sanoo:

”Because most of the time there is not enough stuff, the information the client or patient suppose to be getting might be limited cause the stuff might be very minimum.-- Information should be very much helpful to the client.”

Useat hoitajat kokevat, että neuvonta HIV-lääkityksen osalta on riittävää. Yksi sairaanhoitajista tuo esille, että kunnollista ohjausta saaneet potilaat ovat tietoisia käyttämästään lääkityksestä.

“Most of them who has proper counseling they know. Actually they know how taking the treatment, the side effects they know parts of taking the treatment. So it’s about if the counseling and the information is planned well to the client has enough information.”

Muutama sairaanhoitajista kokee, että potilailla ei ole tietoutta lääkityksestään ja muun muassa niiden sivuvaikutuksista. Yksi sairaanhoitaja ajattelee, että suurimmalla osalla ihmisistä ei ole myöskään tietoa, kuinka syödä ja elää terveellisesti.

9.3.2 Sairaanhoitajien ajankäytön ja motivaation yhteys riittävään potilasohjaukseen

Kysyttäessä sairaanhoitajien halukkuutta ja ajankäytön riittävyyttä HIV-informaation antamiseen potilaille lähes jokainen vastanneista koki, että sairaanhoitajilla ei ole tarpeeksi aikaa riittävään HIV-valistukseen. Jokainen vastanneista kuitenkin olettaa sairaanhoitajien olevan halukkaita HIV-informaation jakamiseen.

“Defenitely they should be willing cause they are applied to be nurses. I think they will.”

Moni vastanneista kokee ajankäytön ongelmaksi etenkin julkisessa terveydenhuollossa, heillä on ajatus että yksityisellä puolella olisi enemmän aikaa. Hoitajien kiireen vuoksi yritetään suoriutua jokaisesta potilaasta mahdollisimman nopeasti, jolloin potilaan fyysiset oireet hoidetaan, mutta aikaa ei ole muuhun. Yhden hoitajan mielestä riittävää informaatiota ovat potilaille jaettavat lehtiset HIV:sta.

Sairaanhoitajilta kysyttiin kuinka usein he kohtaavat HIV-positiivisia potilaita yleisesti työssään sekä Manzinin naisten ja lasten sairaalassa työskennellessään. Kaikki sairaanhoitajat vastasivat tapaavansa HIV-positiivisia potilaita yleisesti työssään joka päivä sekä useimmat vastasivat naisten ja lasten sairaalassa olevan paljon HIV-positiivisia potilaita. Erityisesti HIV-positiiviset äidit hakeutuvat tähän sairaalaan synnyttämään.

Vain muutama sairaanhoitaja oli sitä mieltä, ettei naisten ja lasten sairaalassa juuri ole HIV-positiivisia potilaita. Yksi sairaanhoitaja kertoo, ettei potilaasta voi tietää sairastaako potilas HIV:ta, eikä sairaanhoitajan mielestä tarvitsekaan tietää potilaan statusta. Eräs sairaanhoitaja kuvailee, että joinakin päivinä naisten ja lasten sairaalassa HIV-positiivisia potilaita on hyvinkin paljon:

”Some days it is very common. Especially in this department, it’s very HIV related and they are trying to find the way out. Most c-sections are PMTCT related.”

9.3.3 HIV:n ehkäisykeinot ja resurssit

HIV:n ehkäisykeinoista ja ehkäisykeinojen kehittämistarpeista kysyttäessä sairaanhoitajien vastauksista nousi esiin olemassa olevien HIV:n ehkäisyohjelmien, kuten PMTCT-ohjelman vaikuttavuus. PMTCT-ohjelman myötä väestölle tarjotaan ilmaisia kondomeja, HIV-valistusta sekä ilmainen HIV-estolääkitys raskauden ajalle. Usean tutkittavan mielestä HIV:n ehkäisyohjelmia tulisi levittää yhä laajemmalle, esimerkiksi PMTCT-ohjelman levittäminen jokaiseen sairaalaan ja klinikkaan sekä HIV-valistuksen lisääminen koulutusohjelmaan:

“--if from young girls so I mean education, putting AIDS to the curriculum of education is vital rule in reducing regret.”

Osa haastatelluista sairaanhoitajista kokee, että nykyiset HIV:n ehkäisykeinot ovat riittävät. Suurin osa sairaanhoitajista uskoo kansalaisten HIV:n tiedon lisäämisen olevan tärkeä HIV:n ehkäisykeino.

”The most powerful weapon to improving prevention of HIV is IS: information and special communication.-- the problem is if we look at the program is also there they have tried to do that, but they were not really co-operating the cultural practices, they were just coming with the knowledge that they have from the books and the try to implemented it.”

Useista vastauksista käy ilmi kuinka kulttuuritekijät, etenkin moniavioisuus vaikuttaa negatiivisesti HIV:n ehkäisymahdollisuuksiin. Eräs sairaanhoitaja kertoo HIV:n ehkäisystä:

“These programs reach almost everywhere, every city. At the end of the day it comes to a behavior, how do you want to prevent yourself from the HIV. If you want to put yourself next to it having unprotected sex you are taking the risks. So it’s coming from the behavioral role.”

Tutkittavilta sairaanhoitajilta kysyttiin Swazimaan ja kyseisen sairaalan resursseista ehkäistä ja hoitaa HIV:ta. Kuusi haastateltavista kokee, että Swazimaassa on tarpeeksi resursseja ehkäistä ja hoitaa HIV:ta. Näin vastanneet hoitajat kertovat, että lääkkeet ja kondomit ovat ilmaisia. Yksi hoitajista kuitenkin toteaa kulttuuritekijöiden jarruttavan HIV:n ehkäisyä ja hoitoa, vaikka rahaa olisi.

Teemahaastattelussa neljä sairaanhoitajaa kokee, ettei Swazimaassa ole tarpeeksi resursseja ehkäistä ja hoitaa HIV:ta. Kolme vastanneista sanoo rahan puutteen olevan esteenä, tällöin ihmisillä ei ole varaa ruokaan ja juomaan. Yksi haastateltavista mainitsee myös, että lääkkeitä ei ole aina saatavilla. Esimerkiksi eräs hoitaja sanoo:

"We are in Africa, there is not enough resources to combat to HIV. It's just runs along with Swaziland. Because if you looking the things that I used to do to try prevent and probly it will just spread, it will find way to you, we have a new things that are actually on the market. But because of money, the services cannot come to be."

Suurin osa sairaanhoitajista kokee, että Manzinin naisten ja lasten sairaalassa on riittävästi resursseja ennaltaehkäistä ja hoitaa HIV:ta. Kolme vastanneista epäilee, että resursseja ei ole riittävästi. Yksi sairaanhoitajista sanoo, että sairaalassa ei olla aktiivisia HIV:n ennaltaehkäisyyn ja hoidon suhteen. Toinen hoitajista uskoo resurssien riittävän vain vastasyntyneiden HIV:n ehkäisyyn ja hoitoon. Eräs sairaanhoitaja vertaa sairaalaa valtion ylläpitämiin sairaaloihin ja hän kokee sairaaloiden ainoaksi eroksi yksityisessä sairaalassa käytetyt kumihanskat.

9.3.4 HIV-testaus ja diagnosointi

Kysyttäessä Swazimaan väestön aktiivisuutta käydä HIV-testeissä, kuusi haastatelluista sairaanhoitajista kokee väestön käyvän liian vähän HIV-testeissä. Neljän sairaanhoitajan mielestä HIV-testeissä käydään tarpeeksi. Yksi sairaanhoitaja toteaa naisten käyvän miehiä useammin testauttamassa HIV:tä. Yhtenä ongelmakohtana pidetään tarkkojen HIV-testeissä käyvien lukumäärän puuttumista. Esimerkiksi yhden hoitajan sanoin:

"The one thing that could really help right now is the statistical rate, how many people are getting tested -- I'm not too impressed about it."

Lähes kaikkien teemahaastatteluun osallistuneiden sairaanhoitajien mielestä CD4-tason mittauksessa käydään, kun henkilö on todettu HIV-positiiviseksi. Muutaman sairaanhoitajan kokemuksen mukaan potilaille tulisi tarjota lisää tietoa sekä heitä tulisi rohkaista enemmän CD4-tason mittauksiin. Osa potilaista

hakeutuu testeihin vasta kun kokevat itsensä sairaaksi. Esimerkiksi eräs hoitaja vastasi:

“That comes only the part of the counseling. If you prove it’s good to go CD4 counts.”

Haastatelluista sairaanhoitajista enemmistö kertoo väestön noutavan HIV-testitulokset. Muutamien sairaanhoitajien vastauksista selviää, että ihmisen pelätessä testituloksen vastausta, se jätetään usein hakematta, vaikka tiedetään testituloksen olevan positiivinen. Haastattelussa eräs hoitaja puhui kolmesta eri ihmistyyppistä, joista ensimmäinen ryhmä haluaa epätoivoisesti testauttaa itsensä, toisella ryhmällä ei ole kiinnostusta testauttaa itseään ja kolmas ryhmä on liian peloissaan tehdäksesi testiä.

Sairaanhoitajista viisi kokee, että HIV diagnosoidaan liian myöhään. Vastauksissa ilmenee, että monet hakeutuvat testeihin vasta kun tuntevat olonsa sairaaksi tai kun HIV:n seuranaissairaudet esiintyvät. Esimerkiksi yksi sairaanhoitaja kertoo:

“Cause most people they are diagnosed HIV after they have had another problem, secondary diseases. It’s not just someone upcoming with should I get tested or what.”

Yhden haastateltavan mielestä HIV:n diagnosointi on menossa parempaan suuntaan ja varsinkin äitien ja lasten HIV diagnosoidaan riittävän ajoissa.

Sairaanhoitajilta kysyttäessä raskaana olevien naisten HIV-testaus ajankohtaa ja syytä, useimmat vastasivat että jokainen äiti tulee aina testauttaa HIV:ltä. Kaikki sairaanhoitajat sanovat, että PMTCT-ohjelma ja muut säädökset pitävät huolet, että HIV-testit ovat pakollisia kaikille raskaana oleville naisille.

Seitsemän haastatellun mielestä HIV-testausta voitaisiin parantaa lisäämällä HIV-tietoutta. Sairaanhoitajilla tulisi olla paremmat valmiudet ohjata ja rohkaista potilaita hakeutumaan HIV-testeihin. Esimerkiksi yksi hoitajista sanoo:

“People do counselling and all those things but it’s not really probably done. That’s most of the people are afraid to come out for the test.”

Muutaman sairaanhoitajan mielestä HIV-testaus tulisi olla rutiininomaisempaa. HIV tulisi nähdä yhdenvertaisena sairautena muiden sairauksien kanssa. Esimerkiksi yksi sairaanhoitaja toteaa:

“Consider HIV tests to diabetes testing as cancer testing both these are the cases we are having, better also deathly, people should see that way.”

Kahden haastatellun sairaanhoitajan mielestä HIV-kotitestit madaltavat kynnystä testauttaa HIV:ta. Kotitestit mahdollistavat myös testin tekemisen niille ihmisille, joilla ei ole tilaisuutta päästä terveystalveluiden piiriin. Heidän mielestään kotitestien mahdollisuutta tulisi lisätä.

9.3.5 HIV-lääkitys

Sairaanhoitajilta HIV-lääkityksestä ja lääkeyksen aloittamisesta kysyttäessä jokainen haastateltavista kertoi lääkeyksen aloitettavan CD4-tason mittaustulosten mukaisesti. Kaikki sairaanhoitajat vastasivat eri CD4-raja-arvot HIV-lääkeyksen aloittamiselle. Muutama sairaanhoitajista on todennut myös lääkeyksen aloitettavan vasta oireiden ilmaannuttua. Yksi sairaanhoitajista kertoo:

“Clinically if you got certain symptoms, if you consider you to be initiated to HIV, on HIV treatment.”

Kolme haastatelluista mainitsee kolme kertaa annettavan neuvonnan ennen HIV-lääkeyksen aloittamista. Yksi hoitaja toteaa, että potilaan tulee olla halukas lääkeyksen aloittamiseen.

Suurin osa haastatelluista tuo esiin yhdistelmä-lääkeyksen HIV:n hoidossa. Yksi sairaanhoitajista on maininnut lääkeyksen valinnan riippuvan usein potilaan terveydentilasta. Yksi haastatelluista kertoo uudesta yhden lääkeyksen hoidosta:

“People are more reliable and more comfortable on the one day, the twice of day medication.”

9.4 Sairaanhoidajien ja lääkäreiden koulutustaso Swazimaassa

Tutkimusongelmaa selvitetessä ”Miten Swazimaassa sairaanhoidajien ja lääkäreiden koulutustaso vaikuttaa äitien ja lasten terveyden edistämiseen sairaanhoidajien arvioimana?” kysyttiin sairaanhoidajien mielipidettä sairaanhoidajien koulutustasosta Swazimaassa. Puolet haastatelluista sairaanhoidajista kokee sairaanhoidajien koulutuksen olevan huonoa. Sairaanhoidajakoulua kuvailtiin liian kalliiksi sekä kouluun pääsy koetaan liian vaikeaksi. Kouluissa ei ole riittävästi välineitä käytännönharjoituksiin, vaan kädentaidot opitaan sairaalassa työskentelemällä.

Yksi sairaanhoitaja kertoo, että kouluissa pystyy opiskelemaan vain kolmea erikoisalaa ja Swazimaassa on suuri määrä ulkomailta tulleita sairaanhoitajia. Ulkomailla koulutuksensa saanut sairaanhoitaja kuvaa Swazimaan sairaanhoidajien koulutustasoa:

“General is too difficult to say from what I have learned many visitors here provide education up to degree level which is ok. -- If I’m comparing the curriculum in Zimbabwe to Swaziland I would say scale of the ten is six, it’s not really bad.”

Muutama sairaanhoitaja koki koulutuksen olevan hyvää. Esimerkiksi eräs sairaanhoitaja vastasi koulutuksesta:

“It’s high, it’s good. Compared to fact the all the nursing schools around. Most of the nurses are foreign.”

Kysyttäessä sairaanhoidajien mielipidettä lääkäreiden koulutustasosta, vastauksista kävi ilmi, ettei Swazimaassa kouluteta lääkäreitä, kaikki Swazimaassa työskentelevät lääkärit ovat saaneet koulutuksensa ulkomailla. Seitsemän haastatellusta sairaanhoidajasta koki, että lääkäreiden koulutustaso on hyvää. Esimerkiksi eräs sairaanhoitaja mainitsee:

“Doctors education level is good. They aren’t that good, like Indian or Chinese doctors, Indian doctors are one of the best in the world actually.”

Yksi sairaanhoitaja toteaa, että ulkomailta tulevat lääkärit ovat hyvin koulutettuja, mutta eivät ole tottuneet paikallisiin työtapoihin ja kieleen. Yksi sairaanhoitaja kertoo, että Swazimaassa pitkään työskennelleet lääkärit eivät hallitse erilaisten instrumenttien ja välineiden käyttöä hyvin, kuin esimerkiksi Etelä-Afrikassa työskentelevät lääkärit.

Sairaanhoitaja sanoo yleislääkäreitä olevan paljon, mutta erikoislääkäreitä on pari koko Swazimaassa:

“We got a few specialists, but general practitioners are ok.”

Yksi sairaanhoitajista mainitsee etteivät lääkärit ota työtä tosissaan, eivätkä välitä potilaista. Muutama haastateltu sairaanhoitaja kokee, että lääkäreiden koulutustaso on huonoa.

9.5 HIV:en liittyvät uskomukset ja niiden heijastuminen terveydenhuoltoon hakeutumiseen

Tutkimusongelmaa lähestyttäessä ”Millaisia paikallisia uskomuksia HIV:hen liittyy ja miten ne heijastuvat terveydenhuoltoon hakeutumiseen sairaanhoitajien arvioimana?” kysyttiin sairaanhoitajien kokemuksia HIV:n leviämisen syistä.

Kysyttäessä sairaanhoitajien mielipidettä HIV:n leviämiseen vaikuttavista tekijöistä, suurin osa hoitajista vastasi, että moniavioisuus, piittaamattomuus HIV:sta sekä elämäntyyli vaikuttavat eniten. Sairaanhoitajien vastauksissa ilmeni toistuvasti, että kulttuuriset tavat toimia sekä ihmisiin juurtuneet tottumukset vaikuttavat positiivisesti HIV:n leviämiseen. Ihmiset kokevat vanhat tavat hyväksyttäväksi. Eräs sairaanhoitaja kertoo moniavioisuuden vaikutuksesta HIV:n leviämiseen:

“Sexual nature and the culturally it still plays a role because I can have three wives as a swaziman although it is kind of reduced to a bit but it is still there. It’s a cultural thing can’t just shut away from there.”

Yksi sairaanhoitaja kertoo, että liitoissa ei käytetä ehkäisyä, vaikka tiedetään että partnerilla on HIV. Eräs sairaanhoitaja perusteli ihmisten piittaamattomuutta HIV:n leviämistä kohtaan:

“People are more afraid of pregnancy than HIV, so sex, sexual nation is an issue and lot of morning after pills being used. Drugs, people attend to lose behavior when they are drunk. And people do drink a lot in Swaziland”

Swazimaalaisten sairaanhoitajien mukaan kouluttamattomuus ja uskomukset aiheuttavat, etteivät ihmiset tiedä, kuinka ehkäistä HIV:tä. Eräs sairaanhoitaja kertoo että vähäinen kondomin käyttö, uskottomuus sekä erilaiset uskomukset HIV:stä heijastuvat ihmisten tapoihin toimia. Eräs sairaanhoitaja epäili, että HIV:n leviämiseen vaikuttaa myös asiat kuten media, tv, reed dance.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

10.1 Eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ensisijaisesti jokainen ryhmän jäsen itse. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti työtä tehtäessä tulee toimia rehellisesti ja noudattaa yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä aineiston tulosten arvioinnissa. Työssä tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Aineiston perusteella saatujen tulosten julkistamisessa tulee noudattaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Tutkijoiden tulee työskennellä rehellisesti, tarkasti sekä huolellisesti. Työn tulee olla tarkasti suunniteltu, raportoitu ja toteutettu. Työssä tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä. Työssä ei saa osallistua vilppiin eikä piittaamattomuuteen työtä kohtaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012)

Työ tulee olla suunniteltu, toteutettu, raportoitu sekä säilytetty tieteelliselle tiedolle laadittujen vaatimuksien mukaan. Eettinen ennakoarviointi on tehty ennen teemahaastattelun toteuttamista. Opinnäytetyötä tekevien osapuolten kesken on sovittu kaikkien osapuolten oikeuksista, vastuista, velvollisuuksista, käyttöoikeuksista sekä aineiston säilyttämisestä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 364; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Opinnäytetyön teemahaastattelua suunnitellessa ja toteutettaessa on kiinnitetty huomiota tutkittavien sairaanhoitajien oikeuksiin ja kohteluun. Teemahaastattelun toteuttamiseen on saatu suullinen lupa Manzinin naisten ja lasten sairaalan (Women and Children Hospital) johtajalta Dr. Eddie Rukundolta. Sairaalan osastonhoitajalta on saatu suullinen lupa haastatella sairaalassa työskenteleviä sairaanhoitajia. Tutkittavilta sairaanhoitajilta on pyydetty suullinen lupa haastat-

teluun osallistumiselle ja suostumiselle. Haastateltaville sairaanhoitajille on informoitu opinnäytetyön tarkoituksesta sekä kuvattu heidän oikeudet ja velvollisuudet rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Tutkittavilla on oikeus opinnäytetyötä koskevaan tietoon koko aineistonkeruun ajan. Tutkittavilla on ollut mahdollisuus kieltäytyä osallistumasta haastatteluun tai keskeyttää se niin halutessaan. Haastateltaville taataan anonymiteetti koko tutkimusprosessin ajaksi.

Työmäärät oli jaettu tasaisesti opinnäytetyön tekijöiden kesken sekä haastatteluaineiston säilytys ja raportointi ovat tehty tieteelliselle tiedolle laadittujen vaatimusten mukaan. Työ on tehty kunnioittaen muiden sekä omaa työtä ja annettu niille kuuluva arvo. Työssä ei ole osallistuttu vilppiin tai piittaamattomuuteen omasta työstä.

10.2 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan työn uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta sekä vahvistettavuutta. Työn tuloksista tulee ilmetä työn vahvuudet ja rajoitukset, miten analyysi on tehty, sekä voidaan ko työ toteuttaa toisessa ympäristössä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimusjoukon valinnan ja taustojen selvittäminen, ympäristön, aineiston keruun sekä analyysin tarkka avaaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Kvalitatiivinen tutkimus tehdään yleensä yksin, jolloin saattaa ilmetä virhepäätelmiä ja sokeutta omalle tutkimustyölle. Työn luotettavuutta lisäävät haastattavien suorat lainaukset, jotka tulee olla muutettu ymmärrettävään kielelliseen muotoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197–198.)

Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että tulokset on kuvattu selkeästi, jotta luki- ja ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Tutkimuksen siirrettävyyden takaamiseksi tutkimuskonteksti, osallistujien valinta ja taustojen selvittäminen sekä aineiston keruu ja analyysi tulee kuvata seikka-peräisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 1997, 213-214.)

Opinnäytetyön haastatteluaineisto on kerätty Swazimaassa haastattelemalla naisten ja lasten sairaalassa työskenteleviä sairaanhoitajia. Haastattelijoilla ja haastateltavilla ei ole yhteistä äidinkieltä, jolloin on olemassa riski väärinymmärrykseen haastattelu tilanteessa tai sanoman merkityksen muuttumiseen tuloksi-en kirjaus kielen vaihtuessa. Haastatteluun osallistui kaksi haastattelijaa, jolloin virhepäätelmien syntyminen ja riski oman työn sokeudelle vähentyy.

Teemahaastattelukysymykset on muotoiltu mahdollisimman helpoksi ja ymmärrettäviksi, ettei kysymysten johdattelua tapahtuisi. Haastattelutilanteessa haastateltavia on kehoitettu tarvittaessa tarkentamaan kysymyksiä, mikäli jokin asia jää epäselväksi. Haastateltavien vastauksissa ilmeni, että kielellisten vaikeuksien vuoksi haastateltavat eivät saaneet sanottua asioita aina niin kuin olisivat halunneet tai tarkoittaneet.

Tutkijoiden ja tutkittavien kulttuuri poikkeaa hyvin paljon toisistaan. Teemahaastattelukysymyksillä on pyritty selvittämään erilaisten kulttuuristen tekijöiden vaikutuksia tutkimusongelmiin liittyen. On kuitenkin mahdollista, että haastateltavat eivät ole tuoneet vastauksissaan esille heille itsestään selvien kulttuuritekijöiden vaikutuksia. Kulttuuristen eroavaisuuksien vuoksi ei voida olla varmoja, kaunistelivatko tutkittavat vastauksiaan. HIV:hen liittyy yhä paljon stigmaa, eikä sairaudesta puhuminen ole täysin avointa. Tutkimusongelmia ja teemahaastattelukysymyksiä suunnitellessa tutkijat eivät välttämättä ole kulttuuristen erojen vuoksi osanneet muotoilla kysymyksiä niin, että tutkittavilta saataisiin mahdollisimman kattava vastaus.

Tutkimushaastattelu on mahdollista suorittaa toisessa ympäristössä, sillä tutkimusongelmat ja kysymykset ovat tehty yleisellä tasolla. Mahdollisuus työn tois-

tamisella lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen toteuttamista toisessa ympäristössä helpottaa työssä tarkasti kuvailtu ja valittu tutkimusjoukko sekä tuloksien johdonmukaisuus.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Alentamalla yksityisen terveydenhuollon palveluiden hintoja, äideillä ja lapsilla olisi parempi mahdollisuus saada laadukkaampaa perus- ja erikoissairaanhoidoa. Lisäämällä varoja julkisen puolen terveydenhuollolle, saataisiin palkattua lisää henkilökuntaa, jotta jonotusajat lyhenisivät.

Tarjoamalla maaseudun ihmisille ilmainen kuljetus klinikoille ja sairaaloihin sekä mahdollistamalla halvemmat terveystalut, saataisiin köyhimmätkin maaseuduilla asuvat ihmiset terveystalujen piiriin. Maaseuduille tulisi perustaa lisää klinikoita, jotta talut olisivat lähempänä ihmisiä. Kaupungeissa asuville olisi syytä kehittää työterveyshuolto, johon ihmisillä on mahdollisuus mennä käymään työaikana.

Lisäämällä opiskelupaikkoja ja erikoistumisaloja saataisiin lisää ammattitaitoisia sairaanhoitajia lyhentämään julkisen terveydenhuollon jonotusaikoja sekä potilaat saisivat myös näin laadukkaampaa hoitoa. Koulutusohjelmaan voitaisiin lisätä käytännön harjoittelua hoitovälineillä sekä teknologian, kuten potilastietojärjestelmän hallintaa. Lisäkouluttamalla sairaanhoitajia voitaisiin parantaa sairaanhoitajien ammattitaitoa, jolloin heillä olisi paremmat valmiudet tarjota laadukkaampaa hoitoa.

Lisäämällä hoitohenkilökuntaa ja lisäkouluttamalla sairaanhoitajia saataisiin enemmän aikaa antaa tarvittavaa potilasohjausta. Sairaanhoitajilla olisi myös aikaa paneutua potilaisiin, ilman että hoidettaisiin pelkkää sairautta. Lisäämällä varallisuutta voitaisiin palkata lisää osaavaa henkilökuntaa erityisesti julkisen puolen terveydenhuoltoon.

Ihmisten kouluttautumisen myötä heillä olisi paremmat valmiudet ymmärtää HIV:n taudinkuvaa ja taudin leviämistä. Koulutusta lisäämällä ihmiset ymmärtäisivät HIV:n ehkäisyn ja hoidon tärkeyden, ja myös piittaamattomuus HIV:ta kohtaan vähenisi.

HIV:n ollessa suuri ongelma Swazimaassa, ei voi välttyä kohtaamasta HIV-potilaita, joka päivä. On tärkeää tietää potilaan status, onko hän HIV-positiivinen. Tällöin voidaan ehkäistä odottavien äitien lapsien HIV-tartuntoja sekä muille tartunnan saaneille potilaille aloittaa lääkitys, jonka avulla potilas saa monta lisää elinvuotta.

Sairaanhoitajien mielestä ihmisiä tulisi motivoida ja rohkaista HIV-testeissä käymiseen. Sairaanhoitajilla tulisi olla paremmat valmiudet ohjata ja rohkaista potilaita hakeutumaan HIV-testeihin. Haastatellut kertovat, että osa ihmisistä hakeutuu testeihin vasta kun kokevat itsensä sairaaksi. CD4-solutason testaus mittaa veressä olevien CD4-lymfosyyttien määrää (Positiiviset ry 2012) ja antaa merkittävää tietoa HIV-infektion etenemisestä.

Maaseuduilla asuvien ihmisten välimatkat lähimmille klinikoihin ja sairaaloihin ovat pitkät. Ihmisillä ei ole käytössä autoja, eikä varaa kuljetuksiin. Ihmisille on tarjolla HIV-kotitestejä, joka madaltaa kynnystä tehdä HIV-testi sekä mahdollistaa niiden ihmisten testauksen, joilla ei ole mahdollisuutta päästä terveydenhuoltopalveluiden pariin. Haastattelussa ehdotetaan vapaaehtoistyöntekijöiden käyttöä maaseuduilla kiertämään ovelta ovelle antamaan HIV-tietoutta sekä ottamaan HIV-testejä.

HIV-testaamista voitaisiin parantaa mahdollistamalla ihmisille kuljetus lähimpään klinikkaan tai sairaalaan. Vaikka HIV-testin tekeminen on ilmaista, matka klinikalle voi olla pitkä ja matkustus kallista. Klinikalla käydessään potilaalla on mahdollisuus saada tarvitsemaansa ohjausta ja neuvontaa, mikä ei ole mahdollista potilaan tehdessä kotitestiä.

Laajentamalla koulutusohjelmaa ja tuomalla enemmän erikoisalvoja saataisiin mahdollisesti lisää halukkaita sairaanhoitaja opiskelijoita. Kiinnittämällä huomiota teoria- ja käytännönopetuksen yhtenäistämiseen, voitaisiin edistää sairaanhoitajien valmiuksia työelämään. Useat halukkaat jättävät varmasti hakematta opiskelemaan, sillä kouluun on vaikea päästä ja koulutus on liian kallista. Erityisesti maaseuduilla asuvilla ihmisillä ei rahan puutteen vuoksi ole mahdollisuutta koulutukseen, vaikka juuri tarvitsisivat enemmän koulutusta.

Swazimaahan perustamalla lääketieteellinen koulu kannustettaisiin ihmisiä opiskelemaan Swazimaassa, ja todennäköisemmin he jäisivät myös työskentelemään Swazimaahan. Jo koulutuksen aikana lääkärit oppisivat Swazimaan terveydenhuollolle ominaiset toimintatavat sekä osaisivat sopeutua resurssipuulaan ja hyödyntämään tarjolla olevia välineitä työssään. Lääkäreiden palkkaa nostamalla lääkäreitä motivoitaisiin työskentelemään Swazimaassa, eivätkä he lähtisi töihin ulkomaille.

Koulutusta lisäämällä ihmiset saisit vankkaa teoretietoa HIV:sta sairautena ja tällöin voit harkita kulttuurin tuomia uskomuksia, samalla piittaamattomuus HIV:n ehkäisyyn ja levittämiseen vähenisi. Seksivalistusta lisäämällä ihmiset saataisiin ymmärtämään kondomin käytön tärkeys.

Opinnäytetyön tekeminen ajoittui samaan ajankohtaan kansainvälisen opiskelijavaihdon kanssa, minkä vuoksi opinnäytetyön aiheeksi valittiin Swazimaan HIV:n ehkäisy ja hoito naisten ja lasten terveyden ehkäisyn näkökulmasta. Opiskelijavaihdossa suoritettiin kuuden viikon työharjoittelu Manzinin psykiatrisessa sairaalassa sekä kuuden viikon työharjoittelu Manzinin naisten ja lasten sairaalassa. Opiskelijavaihdon aikana osallistuttiin vapaaehtoistyöhön järjestämällä erityislapsille joulujuhla sekä kunnostamalla maaseudulla sijaitsevaa esi-koulua. Työharjoittelujen ja vapaaehtoistyön aikana tutustuimme Swazimaan kulttuuriin ja paikalliseen väestöön. HIV:n läsnäolo näkyi suuresti joka päiväisessä elämässä ja ihmisissä.

Swazimaan väestön köyhyys ja kouluttamattomuus näkyy erityisesti maaseuduilla asuvien ihmisten elämässä. Kaupungeissa ihmisten kielitaito on parempaa, kun taas maaseuduilla ihmisten englannin kielen taito on heikkoa, vaikka se on Swazimaan toinen äidinkieli. Vain hieman kaupungin ulkopuolelle mentäessä ihmisten taloudellinen ahdinko näkyy. Oli surullista huomata, kuinka etenkin maaseuduilla HIV:n vaikutukset ovat suuret. Maaseuduilla on paljon HIV-positiivisia orpoja, joiden molemmat vanhemmat ovat kuolleet HIV:en.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutustua Swazimaan äitien ja lasten terveydentilaan sekä HIV:n ehkäisyyn ja hoitoon. Kirjallista materiaalia ja tutkimustietoa

kerätessä muodostuivat viisi tutkimusongelmaa. Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus ja haastattelumenetelmänä päätettiin käyttää teemahaastattelua. Tutkimusongelmien pohjalta laadittiin 28 tarkentavaa teemahaastattelukysymystä. Teemahaastattelu suoritettiin Manzinin naisten ja lasten sairaalassa joulukuussa 2013 haastatteleamalla kymmentä sairaalassa työskentelevää sairaanhoitajaa.

Teemahaastattelussa tutkittavat sairaanhoitajat tuovat esille kokemuksensa siitä, että naisten ja lasten terveys on koko ajan menossa parempaan suuntaan. Naisten ja lasten terveyteen vaikuttaa suuresti heidän taloudellinen riippuvuutensa miehestään, mikä näkyy hoitoon hakeutumattomuutena. Naisten huono taloudellinen tilanne on erityisen korkea maaseudulla. Maaseutujen ihmisillä terveydenhuollon piiriin hakeutuminen on haastavaa myös klinikoiden ja sairaaloiden puutteen vuoksi. Lähimmät terveydenhuollon palvelut sijaitsevat usein pitkän matkan päässä, eikä kuljetuksiin ole varaa. Monien maaseutujen asukkaiden lähimmät klinikat ja sairaalat sijaitsevat useiden kymmenien kilometrien päässä.

Tutkittavat sairaanhoitajat kokevat kansainvälisten järjestöjen mahdollistamien HIV:n ehkäisyohjelmien auttaneen HIV:n ehkäisyssä ja hoidossa. Erityisesti PMTCT-ohjelman myötä HIV-testatuiden määrä on ollut kasvussa sekä äidistä lapseen siirtyvää HIV-infektiota on saatu vähentymään. PMTCT-ohjelman levittäytyttyä kaikkiin sairaaloihin ja klinikoihin sekä sairaanhoitajien lisätessä ehkäisyneuvontaa äidistä lapseen siirtyvää HIV:ta voitaisiin vähentää huomattavasti.

Lisäämällä väestön yleistä koulutusta HIV:n taudinkuva sekä sairauden ehkäisy ja hoito ymmärrettäisiin paremmin. Myös koulutusohjelmaan sisällyttämällä HIV-neuvontaa saataisiin ihmiset jo nuoresta iästä lähtien ymmärtämään HIV:n ehkäisyn tarpeellisuuden ja suojaamattoman seksin riskit.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin aikataulun mukaan, mutta kansainvälinen opiskelijavaihto hidasti opinnäytetyön etenemistä muun muassa vaihtelevien olosuhteiden, kuten ajoittaisen sähköjen ja Internetin sekä kirjallisen materiaalin

puutteen vuoksi. Opiskelijavaihdon päätyttyä työssä oli paljon muutettavaa ja korjattavaa, mutta työtä saatiin vietyä hyvin eteenpäin. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheen viivästyttyä raportointivaiheeseen eteneminen koettiin suhteellisen haastavaksi. Opinnäytetyön tekemisen loppuvaiheessa huomattiin ajanpuutteen osaltaan vaikuttavan opinnäytetyön laatuun.

Opinnäytetyötä tehtäessä tekijöiden henkilökemiat kohtasivat hyvin ja samankaltaiset työskentelytavat mahdollistavat opinnäytetyön etenemisen ilman konflikteja. Opinnäytetyötä tehtäessä työmäärät jakautuivat tasaisesti kummankin tekijän kesken ilman sen erikoisempaa työnjakoa.

Opinnäytetyötä tehdessä saatiin paljon tietoa Swazimaan HIV-tilanteesta sekä naisten ja lasten terveydentilasta. Opinnäytetyön aihetta valitessa ei odotettu Swazimaan HIV-tilanteen olevan niin huono kuin se todellisuudessa paljastui olevan. Opinnäytetyössä onnistuttiin hyvin keräämään tarvittavaa tietoa julkaistun kirjallisen materiaalin sekä tehdyn haastattelun pohjalta. Omien odotusten pohjalta opinnäytetyön aiheen rajaaminen onnistui odotettua paremmin. Myös matkan varrella tulleista vastoinkäymisistä loppujen lopuksi selvittiin.

Opinnäytetyölle asetti haasteita vieraassa maassa ja kulttuurissa toimiminen ja kommunikointi englanniksi. Vaikka haastatteluaineisto kerättiin englanniksi ja tämän vuoksi jouduttiin tekemään hieman enemmän töitä muun muassa haastatteluaineiston purkamisen kanssa, tämä ei tuonut lisähaasteita. Myös vieraassa kulttuurissa työskentely ja opinnäytetyön materiaalin kerääminen sujui hyvin osaltaan swazimaalaisten avoimuuden ja ystävällisyyden ansiosta.

Opinnäytetyöstä saatiin koottua tiivis kokonaisuus. Tutkimuksen osalta koemme, että haastatteluista saamamme informaatio lisää ajankohtaista tietoa Swazimaan naisten ja lasten terveydestä. Vaikka moni haastatteluissa esiin nousut asia oli jo ennalta tiedossa, nousi esiin uusiakin näkökulmia.

LÄHTEET

Aho, K. & Hiltunen-Back, E. 2013. HIV-tartunta. Viitattu 17.1.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tes00009.

Banchenoa W. M., Mwanyumbab F. & Mareverwac J. 2010. Outcomes and challenges of scaling up comprehensive PMTCT services in rural Swaziland, Southern Africa. *AIDS Care* Vol. 22, No. 9, 1130-1135.

Buskens I. & Jaffe A. 2008. Demotivating infant feeding counselling encounters in southern Africa: Do counsellors need more or different training? *AIDS Care* Vol. 20, No. 3, 337-345.

Global.finland Kehityskysymykset ja globaalikasvatus 2013. Swazimaa: kehityksen mittarit. Viitattu 17.4.2014. <http://global.finland.fi/public/default.aspx?nodeid=33789>

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. 6., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita.15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2011. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus Helsinkin university Press Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä. Tallinna: Raamatutrukikoda.

Huttunen J. 2012. Mitä terveys on? Viitattu 17.4.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903

Hygieia 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

International Planned Parenthood Federation 2013. Swaziland. Viitattu 30.3.2014 <http://www.ippf.org/our-work/where-we-work/africa/swaziland>

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY Pro Oy.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laine J. & Mikkola J. 2013. HIV-infektio. Duodecim lääkärin käsikirja. Viitattu 23.9.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00421

Leino-Kilpi H. & Välimäki M. 2010. Etiikka hoitotyössä. WSOYpro Oy.

Pietilä, A-M. 2012. Terveiden edistäminen teorioista toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Positiiviset ry 2012. CD4 ja virusmäärä. Viitattu 28.3.2014 <http://www.positiiviset.fi/henkiriepu/nam-aidsmat-perusasiat>.

Reynolds H. W., Luseno W. & Speizer I. S. 2012. The Measurement of Condom Use in Four Countries in East and Southern Africa. *AIDS Behav.* Vol. 16, No. 4, 1044-1053

Right to care 2014. PMTCT programme. Viitattu 27.3.2014 http://www.righttocare.org/index.php?option=com_content&view=article&id=281&Itemid=345.

Sairaanhoidajaliitto 2006. Terveyden edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Viitattu 12.2.2014
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/4_2006/muut_artikkelit/terveyden_edistaminen_kasitteena/

Sairaanhoidajaliitto 2014. Sairaanhoidajan eettiset ohjeet. Viitattu 15.4.2014
https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_eettiset_ohjeet/

Suomen HIV/aids-sairaanhoidajayhdistys ry, Hiv-säätiö /Hiv-tukikeskus, HUS, HYKS, Infektiosairauksien yksikkö, Auroran sairaala 2011. HIV-hoitotyön käsikirja. 3. uudistettu painos.

Sutinen J. & Ristola M. 2012. HIV – tappavasta taudista krooniseksi sairaudeksi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 29.10.2013
http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=sutinen

Tampereen kaupunki 2011. Hoitotyön periaatteet. Viitattu 12.2.2014
<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/sairaalat/hatanpaa/yleislaaketiede/hoitotyö.html>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 22.1.2014
<http://www.tenk.fi/fi/hk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Väestöliitto 2014. Seksuaaliterveys. Viitattu 15.4.2014
http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/murrosikäisten-vanhemmat/tietoa/seksuaalisuus_ja_seurustelu/seksuaalisuus/mita_seksuaalisuus_on/seksuaaliterveys/

WHO 2012. Preventing mother-to-child transmission of HIV in Swaziland. Viitattu 27.3.2014
http://www.who.int/features/2012/pmtct_swaziland/en/

WHO. 2013a. WHO African Region: Swaziland statistics summary (2002 - present). Viitattu 25.3.2014
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-SWZ?lang=en>

WHO 2013b. Global Health Observatory Data Repository. Data on the size of the HIV/AIDS epidemic: Number of people (all ages) living with HIV, Data by country. Viitattu 26.3.2014
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100?lang=en>

WHO 2013c. Global Health Observatory Data Repository. Data on the HIV/AIDS response: HIV testing and counselling, Data by country. Viitattu 26.3.2014
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.625?lang=en>

WHO 2014a. March 2014 supplement - To the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection - recommendations for a public health approach.

WHO 2014b. WHO – HIV department. Core epidemiological slides HIV/AIDS estimates.

Yoo J., Slack K. S. & Holl J. L. 2010. The Impact of Health-Promoting Behaviors on Low-Income Children's Health: A Risk and Resilience Perspective. National Association of Social Workers. Vol. 35, No 2, 133–143.

Teemahaastattelukysymykset

1. Miten kuvailisit lasten ja naisten terveyttä Swazimaassa? (How would you describe women and children health in Swaziland?)
2. Millaisena koet Swazimaan terveydenhuollon tilan? (How do you see status of health care In Swaziland?)
3. Miten kehittäisit Swazimaan terveydenhuoltoa? (How would you like to promote health care system in Swaziland?)
4. Kuinka koet taloudellisen tilanteen vaikuttavan Swazimaan naisten ja lasten terveyteen? (How much financial situation affects women and children health in Swaziland?)
5. Millaisena pidät sairaanhoitajien koulutusta Swazimaassa? (How do you feel about nurses educational level in Swaziland?)
6. Millaisena pidät lääkärien koulutusta Swazimaassa? (How do you feel about doctors educational level in Swaziland?)
7. Kuinka kuvaillet Swazimaan HIV-tietämystä? (How would you describe knowledge of HIV among population in Swaziland?)
8. Mitkä tekijät mielestäsi vaikuttavat HIV:n leviämiseen? (What are the things that affects HIVs spreading in your opinion?)
9. Mitä ajattelet HIV:n ehkäisykeinoista? (What do you think about HIVs prevention resources?)
10. Miten haluaisit kehittää HIV:n ehkäisyä? (How you would like to improve prevention of HIV?)
11. Koetko, että väestö käy HIV-testeissä riittävästi? (Do you think people gravitate HIV tests enough?)
12. Koetko, että väestö käy CD4-testeissä riittävästi? (Do you think people get tested their level of CD4-lymfosytes enough?)

13. Hakeeko väestö testituloksensa riittävän usein? (Does people collect their test results?)
14. Minkä tekijöiden uskot liittyvän siihen ettei väestö nouda testituloksia? (What you think are the reasons people doesn't collect their test results?)
15. Kuinka usein raskaana olevat naiset testataan HIV:n varalta, ja minkä tekijöiden perusteella? (How often HIV tests are done for pregnant women and what are the reasons for that?)
16. Voisiko HIV:n testaussysteemiä jollakin tavoin mielestäsi kehittää? (Do you think HIV testing system should improve?)
17. Koetko, että HIV diagnosoidaan riittävän ajoissa? (Do you think HIV is diagnosed early enough?)
18. Miten ja milloin HIV-lääkitys aloitetaan? (When and how HIV medication is started?)
19. Mitä HIV-lääkkeitä on käytössä? (What HIV medicines are used?)
20. Miten syntymätöntä lasta suojataan HIV:lta odottavan äidin ollessa HIV-positiivinen? (How is the baby protected during pregnancy if the mom is HIV positive?)
21. Kuinka usein kohtaat HIV-positiivisia potilaita yleisesti työssäsi? (How often you face HIV positive patients in your work in general?)
22. Kuinka usein kohtaat HIV-positiivisia potilaita tässä sairaalassa? (How often you face HIV positive patients in your work in this hospital?)
23. Saavatko mielestäsi HIV-positiiviset tarpeeksi tietoa HIV:sta? (Does HIV patients have enough information of HIV?)
24. Koetko, että potilailla on tarpeeksi tietoa käyttämästään HIV-lääkityksestä? (Do you think patients have enough information of HIV medication they are using?)
25. Koetko, että Swazimaassa on tarpeeksi resursseja ehkäistä ja hoitaa HIV:ta? (Are they recourses to prevent and take care of HIV in Swaziland?)

26. Koetko, että tässä sairaalassa on tarpeeksi resursseja ehkäistä ja hoitaa HIV:tä? (Are there resources to prevent and take care of HIV in this hospital?)
27. Koetko, että sairaanhoitajilla on riittävästi aikaa antaa HIV-informaatiota potilaille? (Do nurses have enough time to give HIV information to the patients?)
28. Koetko, että sairaanhoitajat ovat halukkaita antamaan HIV-informaatiota potilaille, mikäli aikaa on riittävästi? (Do you think nurses are keen to give information to the patients?)