

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Annielina Rouhiainen

Tansanialaisten kättilöiden kokemuksia HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen hoidosta

Opinnäytetyö 2017

Tiivistelmä

Annielina Rouhiainen

Tansanialaisten kätilöiden kokemuksia HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen hoidosta, 48 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja

Opinnäytetyö 2017

Ohjaaja: lehtori Riitta Kalpio, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tansanialaisten kätilöiden kokemuksia HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen aikaisesta hoidosta. Tutkimusaineisto kerättiin ulkomaanharjoittelun aikana terveyskeskuksella Tansaniassa keväällä 2017.

Opinnäytetyö toteutui laadullisena terveystutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä tutkimuksessa käytettiin kätilöiden yksilöhaastatteluja teemahaastattelun muodossa. Kätilöiden haastattelut rakentuivat kahden pääteeman ympärille ja pääteemojen alla oli tarkentavia apukysymyksiä. Tutkimukseen osallistui neljä tansanialaista kätilöä. Valintaperusteena oli kokemus HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen aikaisesta hoidosta. Haastattelut nauhoitettiin, kirjoitettiin auki tekstiksi ja analysoitiin käyttämällä induktiivista sisällönanalyysiä.

Tutkimustuloksena selvisi, että HIV-positiiviset naiset saavat Tansaniassa raskauden ja synnytyksen aikana laadukasta, kattavaa ja tasapuolista hoitoa. Raskauden aikaisen hoidon kulmakiviä ovat neuvonta, HIV-lääkitys ja testaaminen. Synnytyksen aikaisessa hoidossa tärkeintä on varovaisuus, suojautuminen ja vauvan infektion estäminen. Kätilöiden suhde naisiin on sekä palkitsevaa että joskus henkisesti vaikeaa. Hoitotyöhön liittyy haasteita. Suurimmat haasteet kätilöillä ovat hoidettavien naisten välinpitämätön asenne hoitoon ja tarvikkeiden puute. Kätilöt toivat myös esiin HIV-positiivisten naisten kokeman syrjinnän ja köyhyyden. Syrjintä ja köyhyys vaikuttivat kielteisesti naisten hoitoon sitoutumiseen.

Tutkimustuloksia voivat hyödyntää suomalaiset sosiaali- ja terveysalan opiskelijat omissa opiskeluissaan tai kansainvälisessä vaihdossa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda lisää ymmärrystä afrikkalaisesta hoitotyöstä ja kulttuurista terveysalalle Suomeen. Jatkotutkimusaiheena voisi olla HIV-positiivisten naisten kokemukset saamastaan hoidosta Tansaniassa.

Avainsanat: Tansania, kätilön hoitotyö, HIV, raskaus ja synnytys

Abstract

Annielina Rouhiainen

The experiences of Tanzanian midwives regarding the care of HIV-positive women during pregnancy and delivery, 48 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2017

Instructor: Ms Riitta Kalpio, MNSc, RN, Senior Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the experiences of Tanzanian midwives regarding the care of HIV-positive women during pregnancy and delivery. The research data was collected during international student exchange in a health center in Tanzania in the spring of 2017.

This bachelor's thesis was a qualitative study conducted by interviewing 4 Tanzanian midwives using semi-structured theme interviews. The midwives were chosen to participate in the interviews based on their experience in the obstetric care of HIV-positive women. The interviews were recorded, transcribed and analysed using inductive content analysis.

The results of the study show that the obstetric care of HIV-positive women in Tanzania is provided by qualified midwives, and it is comprehensive and equal to other women. Care during pregnancy focuses on counselling, antiretroviral medication and testing. During delivery the most important things are preventing infection to the baby, carefulness and taking precautions with blood by using protective equipment. The midwives' relationship to the HIV-positive women was both productive and emotionally difficult at the same time. The midwives experienced many challenges in the care of HIV-positive women. The main challenges were lack of supplies as well as the women's lack of commitment to care. This lack of commitment was partly due to discrimination from relatives as well as poverty.

The results of this study can be utilised by Finnish health care students in their own studies or in their international exchanges. The results of this study may advance their understanding of the African nursing culture. Further study is required to interview HIV-positive women in Tanzania about the care they receive during pregnancy and delivery.

Keywords: Tanzania, midwifery, HIV, obstetric care

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Tansanian HIV-tilanne.....	6
2.1	Tansanian tasavalta	6
2.2	HIV-infektio Tansaniassa.....	7
2.3	HIV raskauden ja synnytyksen aikana.....	9
3	Kätilötyön erityispiirteet Tansaniassa.....	11
3.1	Kätilökoulutus Tansaniassa.....	11
3.2	Kätilön hoitotyö Tansaniassa.....	13
4	Opinnäytetyön tarkoitus	15
5	Opinnäytetyön toteutus	16
5.1	Tutkimusmenetelmä	16
5.2	Aineiston kerääminen	16
5.3	Aineiston analyysi.....	18
5.4	Eettiset näkökohdat ja luotettavuus.....	22
6	Tutkimustulokset	24
6.1	Laadukas hoito ja haasteet hoitotyössä	24
6.2	Tansanialaisten kätilöiden kokemukset HIV-positiivisen, raskaana olevan naisen hoidosta.....	25
6.3	Tansanialaisten kätilöiden kokemukset HIV-positiivisen naisen synnytyksen aikaisesta hoidosta.....	30
7	Pohdinta	35
7.1	Tulosten tarkastelu	35
7.2	Tulosten luotettavuuden arviointi.....	37
7.3	Ammatillinen kehittyminen.....	39
	Kuvat	41
	Taulukot.....	41
	Lähteet	42

Liitteet

- Liite 1 Teemahaastattelulomake
- Liite 2 Saatekirje

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata tansanialaisten kättilöiden kokemuksia HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen aikaisesta hoidosta. Aineisto kerättiin haastattelemalla kättilöitä opiskeluvaihdon aikana Tansaniassa keväällä 2017.

Suomeen on viimeisten vuosien ajan muuttanut vuosittain noin 30 000 ulkomaalaista. Myös Afrikasta Suomeen tuleva maahanmuuttajaväestö kasvaa tasaisesti. 15 vuotta sitten Suomessa asui vain noin 1000 afrikkalaista. Vuoden 2015 loppuun mennessä afrikkalaisten määrä oli lähes 23 000, joista tansanialaisia hieman yli 400. (Tilastokeskus 2016.) Maahanmuuttoon johtavat syyt liittyvät useimmiten paremman toimeentulon etsimiseen tai sotaa tai luonnonkatastrofia pakenemiseen (Liitsola 2016, 103).

HIV (engl. Human Immunodeficiency Virus) koskettaa isoa osaa Afrikan väestöä. Tällä hetkellä Saharan eteläpuoleisessa Afrikassa HI-virusta kantaa noin 22,5 miljoonaa ihmistä, mikä on kaksi kolmasosaa koko maailman HIV-populaatiosta (Suomen Punainen Risti 2016). HIV ja AIDS (engl. Acquired Immune Deficiency Syndrome) ovat myös tämän alueen suurimmat kuolleisuuden aiheuttajat (Gill & Beeching 2004, 98). Suomen HIV-epidemiaan on vaikuttanut HIV-tartuntojen määrän kasvu lähtömaissa sekä maahanmuuton lisääntyminen. Myös matkailulla on suuri vaikutus HIV-tartuntojen määrään Suomessa. (Liitsola 2016, 103-112.)

Suurimmat HI-virusta kantavat maahanmuuttajaryhmät, jotka tulevat Suomeen ovat lähtöisin Afrikasta, toisista Euroopan maista sekä Aasiasta. Afrikkalaisten osuus näistä ryhmistä on suurin. Suomi on nimennyt HIV:n korkean esiintyvyyden alueilta tulevat maahanmuuttajat haavoittuvaksi ryhmäksi. Vaikka Suomessa on vähiten ulkomaalaisia verrattuna muuhun läntiseen Eurooppaan, lienee HIV kuitenkin tulevaisuudessa merkittävä haaste suomalaisessa terveydenhuollossa. (Liitsola 2016, 103-105.)

HIV:n hoidossa on Suomessa omat erityispiirteensä raskauden ja synnytyksen aikana (Heikinheimo, Lehtovirta, Skogberg, Salo, Ristola & Ämmälä 2002, 1405-1408). Opinnäytetyö on ajankohtainen, sillä olisi tärkeää saada Suomeen enemmän tietoa HIV-infektion hoidon erityispiirteistä raskauden ja synnytyksen

aikana Tansaniassa. Aiheesta ei löytynyt lainkaan suomenkielisiä julkaisuja tietokantahaussa. Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa suomalaisille sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen aikaisesta hoidosta Tansaniassa. Opiskelijat voivat hyödyntää tutkimustuloksia omissa opiskeluissaan tai kansainväliseen vaihtoon lähdössä.

2 Tansanian HIV-tilanne

2.1 Tansanian tasavalta

Tansanian Tasavalta, United Republic of Tanzania, sijaitsee Itä-Afrikan rannikolla, Kenian ja Mosambikin välissä. Tansanian pääelinkeinot ovat maanviljely ja turismi. Vaikka Tansanian talous on viime vuosina ollut kasvussa, on se silti paljon riippuvainen kansainvälisestä avusta. Kehitystä hidastaa muun muassa suuri korruption määrä. (Globalis 2016.)

Tansania on yksi maailman köyhimmistä maista, jossa kaksi kolmasosaa (68%) elää alle 1,25 USD:lla per päivä. Lääkäreiden, sairaanhoitajien ja kättilöiden vähyys on yksi suurimmista haasteista Tansanian terveydenhuollossa. (Afnan-Holmes, Magoma, John, Levira, Msemu, Armstrong, Martinez-Alvarez, Kerber, Kihinga, Makuwani, Rusibamayila, Hussein & Lawn 2015, 404-406.) Fassin (2008) toteaa, että kun hoitohenkilökunta ja resurssit ovat vähissä ja järjestelmä heikko, niin hoidon laatu kärsii (Våga, Moland, Evjen-Olsen, Leshabari & Blystad 2012, 1046).

Tansaniassa suuret etäisyydet sairaaloihin lisäävät kuolleisuutta synnytyksessä (Hanson, Cox, Mbaruku, Manzi, Gabrysch, Schellenberg, Tanner, Ronsmans & Schellenberg 2015, 387). Vuoden 2012-13 tilastoissa näkyy, että 70% koko Tansanian väestöstä asuu maaseudulla ja vain 55% (32 036) koko terveydenhuollon työllisyydestä sijoittuu maaseudulle. Koulutetut terveydenalan työntekijät ovat keskittyneet alueille, joissa on erikoissairaalaita. Muita haasteita Tansanian terveydenhuollossa tuovat naisten huono koulutus ja sosiaalinen asema, vajavuudet perhesuunnittelussa, HIV ja AIDS, tuberkuloosi ja malaria. (Afnan-Holmes ym. 2015, 400.)

2.2 HIV-infektio Tansaniassa

HI-virus eli immuunikatovirus heikentää ihmisen puolustusjärjestelmää tuhoamalla lymfosyytti-nimisiä valkosoluja. HIV leviää suojaamattomassa seksissä, pistosten välityksellä tai äidistä lapseen syntymän kautta. Virusta on vaikea tuhota lääkkeillä koska se on hyvin muuntautumiskykyinen. (Hannuksela-Svahn 2014; HIV-tukikeskus 2017.)

On olemassa kahdenlaista eri tyyppiä HIV:iä, HIV-1 ja HIV-2, joista HIV-1 on vaarallisempi sekä helpoimmin tarttuva (Vuento 2016, 55). Tansaniassa kaikki HIV-tartunnat ovat HIV-1 alatyypin aiheuttamia. HIV muuttuu AIDSiksi, kun tartunnan saaneen ihmisen immuunitaso romahtaa infektion seurauksena ja hänelle kehittyy useampi opportunistinen sairaus, joista tuberkuloosi on yleisin. (National Guidelines for the Management of HIV and AIDS 2008.)

HIV:n katsotaan syntyneen apinoista päiväntasaajalla, Afrikassa. Tutkimukset osoittavat, että HIV on tarkkaan ottaen saanut alkunsa vuoden 1920 tienoilla Kinshasassa, Kongon tasavallassa, mistä virus levisi muualle maailmaan. AIDSista Afrikassa julkaistiin ensimmäisen kerran tietoa vuonna 1970, mutta vasta 1980-luvulla tauti nousi puheenaiheeksi. Vuonna 1981 Tansaniassa puhuttiin oudosta *hella*-taudista, joka tarkoittaa swahiliksi rahaa, sillä sairastuneet olivat usein varakkaita ihmisiä. (Vuento 2016, 56-58.)

Medic-tietokannasta löytyi hakusanalla *Tansania** vuonna 1987 Suomen Lääkärilehdessä julkaistu artikkeli *Kehityksmaasairaalan potilaat IV Savanni synnyttää*, jossa on raportoitu vuoden 1985 synnytyksistä Haydomin sairaalassa, Tansaniassa. On mielenkiintoista huomata, että suurimmiksi raskaudenajan ongelmiksi artikkelissa listataan ennenaikainen synnytys, aneemiset odottavat äidit sekä infektiot. HIV:stä ei ole vielä tässä vaiheessa mitään mainintaa. (Kokkonen & Kokkonen 1987, 1587.)

Nykypäivän Tansaniassa elää 53 470 000 ihmistä ja keskimääräinen odotettu elinikä Tansaniassa on 61 vuotta (World Health Organization 2015). Vuoden 2015 arvion mukaan näistä ihmisistä 1 400 000 sairastaa HIV:iä tai AIDSia. Vuonna 1990 sairastuneita oli 620 000, mikä on yli puolet vähemmän verrattuna tähän päivään. Vuonna 2015 HIV- ja AIDS-kuolleisuus Tansaniassa oli 36 000

ihmistä, mikä on maailmassa neljänneksi suurinta. (UNAIDS 2017.) HIV ja AIDS ovat Tansanian suurimmat kuolleisuuden aiheuttajat (World Health Organization 2015).

Ebsco-tietokannasta löytyi tiedonhaussa hakusanoilla *Tanzania**, *maternal* ja *HIV/AIDS* tutkimus HIV-positiivisten naisten äitikuolleisuudesta Tansaniassa vuosilta 2004-2011. Tuloksena selvisi, että HIV-positiivisten naisten äitikuolleisuus oli suurta, 1729 äitiä kuoli 100 000 synnytyksessä. Tansanian äitikuolleisuuden yleinen keskiarvosuhde vuonna 2011 oli 454 kuolemaa 100 000 synnytystä kohden. (Li, Matchi, Spiegelman, Chalamilla, Hertzmark, Sando, Sando, Liu, Muya & Fawzi 2014, 463.)

Toinen aiheeseen liittyvä tutkimus löytyi Science direct -tietokannasta hakusanoilla *Tanzania*, *midwife* ja *HIV*, jossa on tutkittu äitikuolleisuutta Kilimanjaro Christian Medical Center sairaalassa Moshissa, Tansaniassa vuosina 2003-2012. Tutkimustuloksena selvisi, että suurimmat äitikuolleisuuden aiheuttajat olivat verenvuoto ja korkea verenpaine. HIV ja AIDS olivat suurimmat epäsuorat äitikuolleisuuden aiheuttajat. (Maro, Mosha, Mahande, Obure & Masenga 2016, 214.)

Vaikka nykypäivän HIV-infektioiden luvut ovat suuria Tansaniassa on Tansanian hallitus kuitenkin pystynyt hyvin hillitsemään HIV-epidemian kasvua viimeisen vuosikymmenen aikana. Hallituksen keinoja ovat olleet muun muassa antiretroviraalisen lääkityksen saamisen parantaminen ja HIV:n testaamisen lisääminen. Tansanian hallitus on ottanut myös isoja askelia HIV-positiivisten oikeuksien puolustamisessa ja HIV-positiivisiin kohdistuvan stigman ehkäisemisessä. (Avert 2017.)

Vuoden 2015 arvion mukaan Tansaniassa estettiin noin 17 000 vauvan HIV-infektio tehokkaan tartunnan esto-ohjelman (PMTCT – Preventing Mother to Child Transmission) avulla. Samana vuonna 86% kaikista raskaana olevista HIV-positiivista naisista Tansaniassa sai antiretroviraalista lääkitystä raskauden aikana. (UNAIDS 2017.) PMTCT -ohjelmassa raskaana oleville HIV-positiivisille naisille annetaan antiretroviraalista lääkitystä estämään vauvan HIV-tartunta (AIDSmap 2017a).

Tansaniassa suurin osa (90%) aikuisten HIV-tartunnoista on aiheutunut suojaamattoman seksin välityksellä. HIV ja sen liitännäissairaudet vievät 50-60% kaikista vuodepaikoista suurimmissa kaupunkisairaaloissa Tansaniassa. Tämä laskee hoidon tasoa ja terveystalouden saatavuutta muiden sairauksien hoitoon. (National Guidelines for the Management of HIV and AIDS 2008.)

HIV ja AIDS hidastavat talouden kasvua Tansaniassa ja ovat suoraan yhteydessä köyhyyteen. AIDSin aiheuttamat kuolemat vähentävät työvoimaa monissa perheissä ja maalaisyhteisöissä. Monesti nuoren, työikäisen kuolema vie perheen ainoan tulolähteen. Huonossa taloudellisessa ja sosiaalisessa asemassa olevat kansanryhmät, kuten lapset ja naiset kärsivät sairaudesta eniten. Naisia saatetaan syyttää aviomiestensä ennenaikaisesta kuolemasta ja orvot jäävät koulutuksen ja terveydenhoitopiiriin ulkopuolelle. (National Guidelines for the Management of HIV and AIDS 2008.)

2.3 HIV raskauden ja synnytyksen aikana

Tansaniassa naisten osuus HIV-infektioon sairastuneista on suurin (61%). 90% sairastuneista vauvoista ja lapsista on saanut HIV-tartunnan äidiltään. (National Guidelines for the Management of HIV and AIDS 2008.) HIV-positiivinen nainen tarvitsee hoitoa koko raskauden, synnytyksen ja vauvan imetyksen ajan, ettei virus ei siirry äidistä lapseen. Ilman hoitoa kehittyvissä maissa noin 20 – 30% vauvoista saa HIV-tartunnan äidiltään. Raskauden aikana virus voi siirtyä sikiöön istukan välityksellä, synnytyksen aikana verestä tai kohdun eritteistä ja imetyksen aikana äidinmaidosta. (Gill & Beeching 2004, 101.)

HIV-infektioita hoidetaan käyttämällä erilaisia yhdistelmiä antiretroviraalista lääkitystä. Lääkityksen tarkoituksena on vähentää HI-viruksen määrää elimistössä ja estää taudin eteneminen. (World Health Organization 2017b.) Vastasyntyneille annetaan antiretroviraalinen lääkitys painon mukaan heti syntymän jälkeen (AIDSmap 2017a).

HIV-positiivisilta mitataan HI-viruksen määrää veressä. Naisilla korkea HI-viruksen arvo veressä kertoo muun muassa suurentuneesta riskistä tartuttaa vauva. Tällöin suositeltu synnytystapa on keisarinleikkaus, sillä siinä pystytään minimoimaan vauvan kosketus äidin vereen. HIV-lääkitys raskauden ja

synnytyksen aikana pienentää viruksen määrää veressä sekä kohdun ja emättimen eritteissä. (AIDSmap 2017a.)

HIV-tartunnan saaneilta mitataan myös CD4-solujen eli lymfosyyttien määrää veressä. CD4-solujen määrä, joka terveellä ihmisellä on 500 – 1500 solua kuutiomillimetrissä verta, kertoo immuunijärjestelmän tasosta. HIV-positiivisilla CD4-solujen määrä voi laskea alle 200:n, joten heillä on suurentunut riski sairastua vakaviin infektioihin. (AIDSmap 2017a.)

Suurin riski lapsen saada tartunta on synnytyksen aikana. Tartunnan todennäköisyys riippuu viruksen määrästä veressä, tartuntareitin tehokkuudesta ja vauvan kunnosta. Myös pitkittynyt synnytys lisää vauvan riskiä saada tartunta. Vauvalla on suurentunut riski saada tartunta istukan välityksellä, jos äidillä on infektion myöhäinen vaihe tai korkea viruksen määrä veressä. (Gill & Beeching 2004, 101; AIDSmap 2017a.)

Äidinmaito sisältää HI-virusta, ei kuitenkaan siinä määrin mitä virusta on veressä. Lapsi voi saada tartunnan myös äidin rintojen haavaumista. (AIDSmap 2017a.) Suomessa ja muissa rikkaissa maissa suositellaan HIV-positiiviselle naiselle vauvan ruokintatavaksi yksinomaan korvikemaitoa imettämisen sijaan (HIV-tukikeskus 2017).

Köyhissä maissa suositellaan vauvan ruokintatavaksi yksinomaan imettämistä. Tarjolla ei ole korvikemaitoa tai se on kallista, ja harvoin olosuhteet ovat puhtaat maidon hygieeniselle valmistamiselle. Imettäminen ehkäisee tehokkaasti ripulia ja keuhkokuumetta, jotka ovat myös suuria vauvakuolleisuuden aiheuttajia kehittyvissä maissa. (Gill & Beeching 2004, 101.)

Imetyksen ajan sekä äidin että lapsen tulisi olla antiretroviraalisella lääkityksellä. Afrikasta on näyttöä, että vauvat jotka saivat ravinnokseen äidinmaidon lisäksi korvikemaitoa, olivat suuremmassa vaarassa saada HIV-tartunta, verrattuna lapsiin jotka saivat pelkästään äidinmaitoa. (Gill & Beeching 2004, 101.)

World Health Organization julkaisi syyskuussa 2015 uuden ohjeistuksen koskien raskaana olevia sekä imettäviä HIV-positiivisia naisia. Ohjeistuksessa neuvotaan näille naisille elinikäistä antiretroviraalista lääkitystä, riippumatta heidän CD4-

solujen määrästä veressä tai WHO:n määrittelemästä sairauden asteesta. (World Health Organization 2017a.)

Medic-tietokannasta löytyi hakusanoilla *HIV AND synnyt** tutkimus, joka kuvaa 38 HIV-positiivisen naisen raskautta ja synnytystä HYKS:n naistenklinikalla vuosina 1993-2002. Äidin ja lapsen verikontaktin minimoiminen synnytyksessä ja antiretroviraalisen lääkityksen aloittaminen äidille raskauden aikana ovat keskeinen osa HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen aikaista hoitoa Suomessa. (Heikinheimo ym. 2002, 1405-1408.) Ilman hoitoa yksi kolmasosa HIV-positiivisista naisista tartuttaa lapsensa synnytyksen aikana ja yli 50% näistä lapsista kuolee kahden ensimmäisen elinvuotensa aikana (Owiredu, Newman, Nzomo, Kafando, Sanni, Shaffer, Bucagu, Peeling, Mark & Toure 2015, 27).

Science direct -tietokannasta löytyi hakusanoilla *Tanzania AND maternal HIV* kaksi tärkeää tutkimusta liittyen HIV:n tarttumiseen äidistä lapseen Afrikassa ja Tansaniassa. Toinen tutkimus arvioi raskaudenaikaista HIV:n ja kupan seulontaa Mwanzan kaupungissa, Tansaniassa, äiti-lapsitartunnan ehkäisemiseksi (Balira, Mabey, Weiss, Ross, Changelucha & Watson-Jones 2015, 51). Toinen tutkimus taas käsittelee HIV:n ja kupan tartunnanestoa äidistä lapseen koko Afrikan laajuisesti (Owiredu, ym. 2015, 27).

3 Kätilötyön erityispiirteet Tansaniassa

3.1 Kätilökoulutus Tansaniassa

Lopez Lysne (2006) kuvaa kätilön työtä maailman vanhimmaksi ammatiksi (Foster & Lasser 2011, 17). Kätilön työhön kuuluu naisten ohjaaminen, hoito ja neuvonta raskauden, synnytyksen sekä lapsivuoteen aikana. Kätilön täytyy lisäksi pystyä hoitamaan itsenäisesti ja vastuullisesti synnytyksiä, vastasyntyntä ja pientä lasta. (Suomen Kätilöliitto 2017.)

Kätilöt olivat muinoin kyläyhteisön keskeisiä toimijoita, joilla oli läheinen suhde yhteisön jokaisen asukkaan kanssa. Heidän työtään ohjasivat kirjoittamattomat eettiset säännöt, jotka olivat muiden kylän jäsenten valvonnan alla. Yhä nykyään monissa maissa toimii tällaisia perinteisiä kätilöitä, jotka työskentelevät

kyläyhteisöjen sääntöjen mukaan, ilman tutkintoja tai lakeja. (Foster & Lasser 2011, 17-18.)

Tansaniassa on kolme eriasteista kätilön koulutusta: certificate, diploma ja bachelor of science in midwifery (BScM). Certificate-tason kätilöä kutsutaan nimellä enrolled midwife (EM), ja diploma-tason sekä BScM-tason kätilöä kutsutaan nimellä registered midwife (RM). Certificate-koulutus kestää Tansaniassa kaksi vuotta, diploma-tason koulutus kestää kolme vuotta ja bachelor of science in midwifery –koulutus kestää neljä vuotta. (Tanzania Nursing and Midwifery Council 2014, 18-20.)

Certificate tason koulutuksen saanut kätilö pystyy huolehtimaan tavanomaisista tilanteista raskauden ja synnytyksen aikaisessa hoidossa, sekä vastasyntyneen hoidossa. Hänellä on valtuus tehdä seurantaa, tunnistaa ongelmatilanteita, antaa ohjausta sekä perushoitoa. Diploma-tason kätilön työhön kuuluu näiden töiden lisäksi epätavallisten raskauksien ja synnytysten hoitaminen, tutkimusten tulkitseminen ja analysoiminen, lääkkeiden määrääminen ja jakaminen, vastasyntyneen elvytys ja tarvittavien välineiden saatavuuden varmistaminen työpaikalla. (Tanzania Nursing and Midwifery Council 2014, 18-20.)

Bachelor of science in midwifery –tason kätilötutkinto on korkein kätilötutkinto Tansaniassa. Kaikkien edellä mainittujen töiden lisäksi tämä tutkinto valtuuttaa kätilön vastaanottamaan raskaana olevia naisia osastoille, tekemään tutkimustyötä, hoitamaan vaativia synnytyksiä, kuten imukuppisynnytyksiä, antamaan ohjausta ja valvontaa, muodostamaan uusia toimintaperiaatteita ja esittämään hallitukselle kustannusarvioita. (Tanzania Nursing and Midwifery Council 2014, 18-20.)

Suomessa kätilön koulutus on bachelor-tason ammattikorkeakoulututkinto, joka kestää 4,5 vuotta ja on 270 opintopisteen laajuinen. Tutkinto tapahtuu Euroopan unionin direktiivin (2013/55/EU) mukaisesti. (Tampereen ammattikorkeakoulu 2016.) Tansanian bachelor of science in midwifery –tutkinto vastaa läheisesti Suomen ammattikorkeakoulututkintoa.

3.2 Kätilön hoitotyö Tansaniassa

Kehittyvissä maissa, missä naisilla on suuret määrät HIV-tartuntoja, kätilötyön haasteena on naisten tehokas valistaminen, neuvonta ja ohjaus. Tartunnan saaneet naiset tarvitsevat valistusta raskauksien suunnittelusta ja jo raskaana olevat naiset tarvitsevat neuvoa, miten vauvan tartuttaminen voitaisiin vähentää tai estää. Haasteena on myös naisten sitouttaminen lääkehoitoon ja tarvittava testaus. (Gill & Beeching 2004, 102; Sutinen 2016, 25.)

Tansaniassa raskaana oleva, HIV-positiivinen nainen saa samanlaisia peruspalveluja ja hoitoa äitiysneuvolassa, kuin muutkin raskaana olevat naiset. Synnytys- ja lääkehoidon tulee kuitenkin kattaa HIV-positiivisen naisen erityistarpeet. Erityistarpeita ovat muun muassa antiretroviraalinen lääkitys, asianmukainen hoito synnytyksessä, imetysohjeistus ja kumppanin testaaminen. (National Guidelines for the Management of HIV and AIDS 2008.)

Kätilöiden vähyys on yksi suurimmista haasteista tansanialaisessa terveydenhuollossa. Raskauksien ja synnytysten määrä kasvaa, eikä tarpeeseen pystytä vastaamaan. Tämä johtaa kätilöiden uupumiseen työmäärän alla, mikä näkyy naispotilaiden huonona kohteluna (Horiuchi, Shimpuku, Iida, Nagamatsu, Eto & Leshabari 2015, 9-10.)

Ovid-tietokannasta löytyi kirjoittaja haussa nimellä *Nyamtema A.* tutkimus, joka kuvaa naisten käsityksiä hätäsynnytysavusta siirtosairaалassa maalais-Tansaniassa. Tutkimuksen mukaan naiset olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon sairaalassa, mutta olisivat halunneet enemmän ystävällistä kohtelua ja henkistä tukea hoitohenkilökunnalta. Ongelmana oli myös tiedonvälityksen puute hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä. (Stal, Pallangyo, van Elteren, van den Akker & van Roosmalen 2015, 934.)

Tansaniassa perinteiset synnytysavustajat hoitavat 55% kaikista kotisynnytyksistä. Jotkut heistä ovat saaneet lyhyen koulutuksen ja he useimmiten toimivat erillään kansallisesta terveydenhuollosta. Vaikeita synnytyksiä ajatellen heillä ei ole tarvittavia taitoja. (Mbaraku, Msambichaka, Galea, Rockers & Kruk 2009, 8.) Viimeisimpien tilastojen mukaan vain 49%

synnytyksistä Tansaniassa hoituu ammattitaitoisen kättilön avustamana (World Health Organization 2015).

Kehitysmaissa monet naiset valitsevat avukseen perinteisen synnytysavustajan vallitsevien uskomusten ja kulttuurin seurauksena. Kotona synnyttäneitä naisia saatetaan jopa ihailla, koska he ovat pystyneet synnyttämään ilman sairaalasta saatavaa apua. (Van Rijsbergen & D'exelle 2012, 276.)

Science direct –tietokannasta löytyi hakulauseella *women's preferences for place of delivery in rural Tanzania* tutkimus, jossa tarkastellaan naisten valintaa synnytyksenhoidosta Tansaniassa. Tutkimuksessa tulee ilmi, että naisten valintaan vaikuttavat heidän varallisuutensa, sosioekonominen asema, etäisyys lähimpään sairaalaan ja komplikaatiot synnytyksessä. (Van Rijsbergen & D'exelle 2012, 276.)

Samalla hakulauseella löytyi Science direct –tietokannasta tutkimus, joka liittyy perinteisiin synnytysavustajiin Tansaniassa. Tutkimuksessa arvioidaan naisten tyytyväisyyttä perinteisiin synnytysavustajiin maalais-Tansaniassa. Tutkimuksen mukaan tansanialaiset naiset luottivat enemmän sairaalassa saamaansa hoitoon kuin perinteisten synnytysavustajien tarjoamaan hoitoon. (Mbaraku ym. 2009, 8-11.)

Tärkeitä tutkimuksia potilaiden kohtelusta ja hoitaja-potilassuhteesta Tansaniassa löytyi Science direct sekä Ebsco –tietokannoista hakusanoilla *HIV, pregnancy, Tanzania* ja *midwife*. Merkittävin, omaan opinnäytetyöhöni liittyvä tutkimus, on etnografinen tutkimus hoitajien ja potilaiden kanssakäymisestä HIV-ennaltaehkäisyohjelmassa maalais-Tansaniassa. Tutkimuksessa selvisi, että HIV-positiiviset naiset saivat hoitajilta eurooppalaiseen mittasuhteeseen nähden holhoavaa ja auktoritaarista hoitoa. Hoitoa täytyykin tarkastella siinä kulttuurisessa kontekstissa jossa sitä toteutetaan. (Våga ym. 2012, 1045.)

Toinen tutkimus on havainnointiin perustuva tutkimus, jossa verrataan naispotilaiden kohtelua itsenäisen kättilövastaanoton ja kuntasairaalan välillä maalais-Tansaniassa. Itsenäisen kättilövastaanoton kättilöllä ei ollut riittäviä taitoja huolehtia vaikeista synnytyksistä, mutta hän huolehti naisista inhimillisesti ja sensitiivisesti. Isossa kuntasairaalassa oli resursseja hoitaa vaikeita synnytyksiä,

mutta siellä naiset saivat osakseen huonoa kohtelua. Hoitajat olivat siellä tylyjä ja välinpitämättömiä. Tansaniassa täytyykin panostaa hoidon laatuun isommissa sairaaloissa tai naiset hakeutuvat itsenäisesti toimivien kätilöiden hoitoon, mikä taas lisää äitiyskuolleisuutta. (Miller & McLoughlin 2014, 808.)

Suomalaisia tutkimuksia löytyi hyvin vähän. Medic-tietokannasta löytyi hakusanalla *Tansania**, Anitta Juntusen väitöskirja, joka kuvaa sairaanhoitajan tekemää hoitamistyötä kulttuurisen kontekstin näkökulmasta Tansaniassa, Ilembulan kylässä. Tutkimuksessa selvisi, että hoitamiseen vaikuttavat kulttuuriset arvot ja elämäntavat, sukulaisuus, koulutukselliset tekijät ja historia. (Juntunen 2001, 17.)

Laurea-ammattikorkeakoulussa on vuonna 2009 tehty opinnäytetyö, joka kuvaa Suomen ja Tansanian hoitokulttuurien eroavaisuuksia (Järvinen & Kaukiainen 2009), ja samasta koulusta vuonna 2011 on tehty opinnäytetyönä kirjallisuuskatsaus, jossa tarkastellaan afrikkalaisen naisen kohtaamisen erityispiirteitä suomalaisessa hoitotyössä (Lahti, Matela & Matilainen 2011).

4 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata tansanialaisten kätilöiden kokemuksia HIV-positiivisten naisten raskauden ja synnytyksen aikaisesta hoidosta. Tavoitteena on tuoda lisää ymmärrystä afrikkalaisesta hoitotyöstä ja kulttuurista terveysalalle Suomeen. Tutkimustuloksia voivat hyödyntää suomalaiset sosiaali- ja terveysalan opiskelijat omissa opiskeluissaan tai kansainvälisessä vaihdossa.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia ovat tansanialaisten kätilöiden kokemukset HIV-positiivisen, raskaana olevan naisen hoidosta?
2. Minkälaisia ovat tansanialaisten kätilöiden kokemukset HIV-positiivisen naisen synnytyksen aikaisesta hoidosta?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Tutkimusmenetelmä

Toteutin opinnäytetyöni laadullisena terveystutkimuksena. Tarkastelen opinnäytetyössäni kätilöiden kokemuksia HIV-positiivisten naisten raskauden ja synnytyksen aikaisesta hoidosta Tansaniassa teemahaastattelun avulla. Nauhoitin kätilöiden haastattelut ja analysoin ne käyttämällä induktiivista sisällönanalyysiä. Tutkimusaineiston keräsin ulkomaanharjoittelun aikana terveyskeskuksessa Tansaniassa keväällä 2017.

Laadullinen tutkimus soveltui hyvin tutkimusmenetelmäkseeni koska laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan ihmistä ja hänen elämänpiiriinsä liittyviä merkityksiä. Halusin saada selville kätilöiden omia kokemuksia HIV-positiivisten naisten hoitamisesta. Tutkimuksen taustalla on ihmislähtöisyys ja osallistujan näkökulma. (Kylmä & Juvakka 2012, 16-23).

Tutkimuksessani aineistonkeruumenetelmänä käytin yksilöhaastatteluja teemahaastattelun muodossa (Liite 1). Haastattelu on yksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Haastattelu on hyvä keino hankkia tietoa, sillä vuorovaikutustilanteessa tutkijan on mahdollista myös ymmärtää vastaajan motiiveja (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34).

Teemahaastattelu tekee haastattelusta strukturoidumman, koska se muodostuu muutaman ennalta valitun aiheen ympärille (Kylmä & Juvakka 2012, 78). Teemahaastattelu soveltuu hyvin opinnäytetyöni tutkimusmenetelmäksi, sillä teemat ohjaavat osallistujien vastauksia haluttuun aihepiiriin, mutta osallistujat saavat kuitenkin vapaasti kertoa kokemuksistaan (Hirsjärvi & Hurme 1995, 36-37). Haastatteluni rakentuivat kahden pääteeman ympärille ja niiden alla oli tarkentavia apukysymyksiä. Tutkijana tehtäväni oli varmistaa, että haastateltava pysyi valituissa teemoissa (Vilkkä 2005, 102).

5.2 Aineiston kerääminen

Laadulliseen tutkimukseen ei valita osallistujia satunnaisesti, koska tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tai ymmärtää jotain ilmiötä. Tärkeää on siis, että

osallistujat tietävät aiheesta mahdollisimman paljon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Valitsin kättilöitä haastatteluihini sen perusteella kuinka paljon heillä oli kokemusta HIV-positiivisten naisten raskauden ja synnytyksen aikaisesta hoidosta. Minua auttoi osallistujien valinnassa se, että sain itse työskennellä heidän kanssaan terveyskeskuksessa päivittäin ja opin näkemään heidän taitonsa ja kokemuksensa. Myös juttelemalla heidän kanssaan sain kuulla heidän koulutuksestaan ja työtaustastaan.

Koska laadullisessa tutkimuksessa tarkoituksena on saada mahdollisimman laaja kuva tutkittavasta aiheesta, pysyi haastateltujen kättilöiden määrä vähäisenä. (Kylmä & Juvakka 2012, 58). Haastatteluihin osallistui yhteensä neljä kättilöä, jotka olivat iältään 23 – 41-vuotiaita. Kaikki olivat työskennelleet monta vuotta raskaana olevien naisten parissa sekä synnytysosastolla, ja jokaisella oli paljon kokemusta HIV-positiivisten naisten hoidosta.

Valitsin haastattelujen ajankohdan ja paikan yhteistyössä kättilöiden kanssa. Valittu terveyskeskus ei ole suuri yksikkö verrattuna isompiin kuntasairaaloihin Tansaniassa. Synnytysosastolla vuodepaikkoja on yhteensä 11. Terveyskeskuksessa on omat osastot synnytyksestä edeltävään ja synnytyksen jälkeiseen seurantaan sekä perhesuunnitteluun. HIV-positiivisille on terveyskeskuksessa varattu omat tilat, missä heille jaetaan lääkkeitä, tehdään HIV-testejä ja annetaan neuvontaa. Yksi haastatteluihin osallistunut kättilö työskenteli pääosin tällä osastolla. Halusin hänet mukaan opinnäytetyöhöni, koska ajattelin saavani häneslä erilaista perspektiiviä tutkimukseen.

Haastattelupaikaksi valikoitui jokaisessa haastattelussa hiljainen tila tai huone terveyskeskuksessa, koska haastattelupaikan tulee olla mahdollisimman häiriötön ja turvallinen (Hirsjärvi & Hurme 2001, 74). Jokaisessa haastattelussa tuli kuitenkin lyhyitä keskeytyksiä, koska paikkana terveyskeskus on vilkas ja yksityiset tilat olivat vähissä. Nämä keskeytykset eivät vaikuttaneet merkittävästi haastatteluiden kulkuun.

Haastattelut tapahtuivat englanninkielellä ja kestivät 20 minuutista aina 50 minuuttiin asti. Haastatteluiden alussa kättilöt olivat hieman jännittyneitä mutta huomasivat pian, että voivat vapaasti kertoa minulle kokemuksistaan. Tehtäväni

haastattelijana olikin saada osallistujat rentoutumaan ja saada heidät tuntemaan, että olen kiinnostunut heidän vastauksistaan (Hirsjärvi & Hurme 1995, 97).

Haastattelut rakentuivat kahden pääteeman ympärille, jotka olivat 1) Kätilöiden kokemukset HIV-positiivisen naisen raskauden aikaisesta hoidosta ja 2) Kätilöiden kokemukset HIV-positiivisen naisen synnytyksen aikaisesta hoidosta. Pääteemojen alla oli tarkentavia apukysymyksiä, jotka helpottivat laajan aiheen avaamista. Nauhoitin haastattelut sujuvuuden ja luotettavuuden varmistamiseksi (Hirsjärvi & Hurme 2001, 92).

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksessani aineiston analyysin ensimmäinen vaihe oli haastattelujen kirjoittaminen tekstiksi. Kirjoitin haastattelut auki sanatarkasti, jotta teksti vastaisi mahdollisimman tarkasti todellisuutta. Kirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 44 A4-sivua rivivälillä 1,5. Aukikirjoittaminen vei paljon aikaa, mutta samalla pääsin tarkasti perehtymään aineistoon, mikä auttoi minua myöhemmin aineiston analyysissä. (Kylmä & Juvakka 2012, 110-111.)

Analyysimenetelmänä käytin induktiivista sisällönanalyysia. Induktiivisessa analyysissä aineisto ensin pelkistetään, sitten klusteroidaan eli ryhmitellään ja viimeiseksi abstrahoidaan, eli siitä luodaan teoreettiset käsitteet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-111). Aineiston tiivistämisen ja luokittelun avulla saadaan kuva tutkittavasta ilmiöstä. Tärkeää tässä analyysimuodossa on, että aineiston annetaan puhua. (Kylmä & Juvakka 2012, 113.)

Aineiston pelkistämisenvaiheessa lajittelin kätilöiden ilmaisuja haastatteluteemojen alle, mikä auttoi kokonaisuuden hahmottamisessa. Pelkistämistä kutsutaan myös tiivistämiseksi, sillä tarkoituksena on saada ilmaisujen olennainen sisältö tiivistettyyn muotoon. (Kylmä & Juvakka 2012, 116-117.) Alla on taulukko kätilöiden ilmaisujen pelkistämisestä (Taulukko 1), jossa olen esimerkiksi pelkistänyt kätilön ilmaisun, *I think that we give them the same care*, kahteen sanaan: *Equal care*. Pelkistetty ilmaus kuvaa alkuperäisilmaisua tiivistetyssä muodossa. Tässä vaiheessa en vielä kääntänyt ilmaisuja suomen kielelle.

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<i>I think that we give them the same care..</i>	Equal care
<i>...they receive the same things, but we only add maybe the treatment...the counselling..</i>	Additional treatment and counselling
<i>..She will have maybe more visits than the healthier, according to her needs.</i>	More visits to clinic according to need

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Sisällönanalyysin toisessa vaiheessa ryhmittelin pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi ja nimesin nämä alaluokat yhdistävällä nimityksellä. Alla taulukossa on kuvattuna ryhmittelyvaihetta (Taulukko 2), johon olen esimerkiksi koonnut yhteen kaikki neuvontaan ja ohjaukseen liittyvät pelkistetyt ilmaukset. Näille pelkistetyille ilmauksille olen muodostanut yhteisen kuvaavan alaluokan, joka on tässä tapauksessa Äidin neuvonta. Tarkoituksena on tiivistää tekstiä ryhmittelemällä samankaltaiset, pelkistetyt ilmaukset keskenään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110; Kylmä & Juvakka 2012, 118.) Tässä analyysin vaiheessa käänsin myös alaluokat suomen kielelle.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Counselling about breastfeeding • Counselling about medication • Counselling feeding options • Counselling about postnatal check-ups 	Äidin neuvonta (Counselling mother)
<ul style="list-style-type: none"> • Protection • Precautions with blood • Avoiding contamination • Disinfection 	Varotoimenpiteet veren kanssa (Precautions with blood)
<ul style="list-style-type: none"> • Avoiding prolonged labour • Avoiding infections • Avoiding artificial rupture of membrane • Avoiding invasive procedures 	Varovaisuus synnytyksessä (Carefulness during delivery)

Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Aineiston analyysin viimeistä vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi. Tässä vaiheessa alaluokista muodostetaan yläluokkia ja näistä vielä pääluokkia, jotta saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Alla on kaksi taulukkoa (Taulukko 3 ja 4), joissa on kuvattuna kokonaisuudessaan

yläluokkien muodostaminen HIV-positiivisten naisten raskauden ja synnytyksen aikaisessa hoidossa. Olen sisällyttänyt taulukkoihin myös englanninkieliset lauseet, ettei kääntämisessä häviä niiden alkuperäinen merkitys.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Neuvonta (Counselling) • Hoidon saaminen terveyskeskukselta (Care from health facility) • Lääkinnällinen hoito (Medical care) • Henkinen tuki (Mental support) • Kaikki potilaat samanarvoisia (All patients equal) 	<p>Kattava ja tasapuolinen hoito (Equal and comprehensive care)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • HIV-statusen ilmituominen (Revealing status) • Kumppanin osallisuus (Involvement of partner) • Omahaito (Self-help) 	<p>Naisten oma vastuu hoidosta (Women also carry responsibility in their own care)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Työ tuottaa mielihyvää (Work gives satisfaction) • Suhde potilaaseen (Relationship with patient) • Ennakkoluuloja työstä (Preconceptions about care) • Henkisesti vaikeaa (Difficult emotionally) 	<p>Kättilön ja raskaana olevan HIV-positiivisen naisen suhde (Relationship with pregnant HIV-positive women)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Raskaana olevat naiset ovat välinpitämättömiä hoitoon (Women are indifferent to care) • Tarvikkeiden puute (Lack of supplies) • Syrjintä (Discrimination) • Köyhyys (Poverty) • Naisten henkilökohtaiset esteet (Women's personal hindrances) • Etäisyys terveysasemalle (Distance to health facility) 	<p>Raskauden aikaiseen hoitotyöhön liittyvät haasteet (Challenges in care of pregnant HIV-positive women)</p>

Taulukko 3. Yläluokkien muodostaminen raskauden aikaisesta hoidosta

Yllä olevassa taulukossa (Taulukko 3) olen yhdistänyt kaikki raskauden aikaiseen hoitoon liittyvät samantyyppiset alaluokat yhteen ja muodostanut niille yläluokat. Esimerkiksi alaluokille Neuvonta, Hoidon saaminen terveyskeskukselta, Lääkinnällinen hoito, Henkinen tuki ja Potilaiden samanarvoisuus, muodostin yhden kuvaavan yläluokan, joka on Kattava ja tasapuolinen hoito.

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Pyritään estämään vauvan sairastuminen (Preventing infection to baby) • Varovaisuus synnytyksen hoidossa (Carefulness during delivery) • Varotoimenpiteet veren kanssa (Precautions with blood) • Lisävarovaisuus (Extra caution) 	Varovaisuus synnytyksen hoidossa (Carefulness in managing delivery)
<ul style="list-style-type: none"> • Ammattitaitoiset kätilöt (Qualified midwives) • Kunnan lääkinällinen hoito (Proper medical care) • Samantasoinen hoito kaikille (Same standard of care) 	Laadukas hoito (Quality of care)
<ul style="list-style-type: none"> • Lisäkäyntejä terveystakeskukselle (Additional visits to clinic) • Äidin neuvonta (Counselling mother) • Synnytyksen jälkeinen hoito (Post-delivery care) • HIV-lääkitys (HIV medication) 	HIV-positiivisen synnyttäjän hoidon erityispiirteet (Specific care of HIV-positive women)
<ul style="list-style-type: none"> • Äitien välinpitämättömyys (Women are indifferent) • Komplikaatiot (Complications) • Avun hakeminen liian myöhään (Seeking medical care late) • Stigma perheenjäseniltä (Stigma from relatives) • Tarvikkeiden puute (Lack of supplies) • Kätilöillä infektoriski (Risk of infection to midwife) 	Synnytyksen aikaiseen hoitotyöhön liittyvät haasteet (Challenges in the delivery care of HIV-positive women)

Taulukko 4. Yläluokkien muodostaminen synnytyksen aikaisesta hoidosta

Taulukossa 4 olen yhdistänyt alaluokkia samalla periaatteella synnytyksen aikaisessa hoidossa. Esimerkiksi kaikki alaluokat, jotka kuvaavat varovaisuutta synnytyksen hoidossa, olen liittänyt yhteen ja antanut niille yhden kuvaavan pääluokan, joka on Varovaisuus synnytyksen hoidossa.

Tekstistäni muodostui yhteensä 35 alaluokkaa ja 8 yläluokkaa. Näistä yläluokista muodostui 2 pääluokkaa, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiini. Alla (Taulukko 5) on kuvattuna pääluokkien muodostus. Halusin yhdistää molempien teemojen

yläluokat yhteen ja laatia niistä pääluokat, koska mielestäni yhdistäminen antaa lukijalle selvemmän kuvan kokonaisuudesta. Raskauden ja synnytyksen aikaista hoitoa on kuitenkin vaikea erottaa toisistaan. Taulukossa 5 näkyy, että olen esimerkiksi yhdistänyt kaikki yläluokat, jotka kuvaavat hoidon laatua ja muodostanut niille yhden pääluokan, Laadukas hoito.

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> • Kattava ja tasapuolinen hoito • Naisten oma vastuu hoidosta • Kätilön ja raskaana olevan HIV-positiivisen naisen suhde • Varovaisuus synnytyksen hoidossa • Laadukas hoito • HIV-positiivisen synnyttäjän hoidon erityispiirteet 	Laadukas hoito
<ul style="list-style-type: none"> • Raskauden aikaiseen hoitotyöhön liittyvät haasteet • Synnytyksen aikaiseen hoitotyöhön liittyvät haasteet 	Hoitotyön haasteet

Taulukko 5. Pääluokkien muodostus

5.4 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Laadullinen tutkimus täytyy tehdä eettisesti ja luotettavasti. Tutkimuksen tarkoituksena täytyy olla sen hyöty yhteiskunnalle. Eettisyydessä on tärkeää, ettei osallistujien oikeuksia loukata tutkimuksen missään vaiheessa ja että tutkimus toteutetaan rehellisesti noudattaen kaikkia tieteellisen tutkimuksen vaatimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131-132.)

Pyysin kätilöiden suostumusta haastatteluihin henkilökohtaisella yhteydenotolla sekä virallisella saatekirjeellä (Liite 2). Kätilöille saatekirje tehtiin Saimaan ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan ja siitä tulee ilmi opinnäytetyön tekijä, tutkimuksen tavoite, luottamuksellisuus sekä yhteystieto mahdollista myöhempää yhteydenottoa varten. Tutkimusluvan haastatteluihin anoin opinnäytetyötä varten terveyskeskuksesta Tansaniassa. Aineistonkeruu toteutui Tansaniassa terveyskeskuksessa sen jälkeen, kun tutkimuslupa oli myönnetty.

Kerroin kätilöille ennen haastatteluja, että osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, he voivat keskeyttää haastattelun milloin vain, eikä heidän henkilöllisyyttään pystytä selvittämään. Tutkimuksen eettisyyden kannalta tärkeää onkin juuri

osallistujien vapaaehtoisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Kätilöiden identiteetin suojaamiseksi en myöskään työssäni nimeä terveyskeskusta, missä työskentelin ja missä haastattelut tehtiin.

Aiheena HIV-positiivisten naisten raskauden ja synnytyksen aikainen hoito on sensitiivinen. Aihe on arkaluontoinen myös koska se käsittelee hoitamista ja hoitajien kokemuksia kehitysmaassa. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa olen välttänyt tuomasta Tansaniaa ja sen hallitusta huonoon valoon. Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu ihmisoikeuksien kunnioittaminen, haitan välttäminen, rehellisyys, oikeudenmukaisuus, luottamus ja kunnioitus. (Kylmä & Juvakka 2012, 144-147.)

Tutkimuksen luotettavuudessa keskeistä on, että tutkimuksen tuottama tieto on tarkkaa ja paikkansapitävää. Tutkijana tehtäväni oli varmistaa, että tulokset vastaavat osallistuneiden mielipiteitä. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Tutkimuksessa saatua tietoa ei saa luovuttaa ulkopuolisille eikä tietoa saa käyttää muuhun tarkoitukseen kuin mihin se on kerätty (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131). Haastatteluissa tarkoitukseni oli hankkia keskeistä tietoa aiheesta. Tutkijan roolini oli olla ammattimainen ja puolueeton ja luoda keskusteluihin rento ilmapiiri, niin että osallistujat voivat vapaasti ja luottamuksellisesti kertoa minulle aiheesta. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 77.)

Haastattelujen tulosten luotettavuuteen saattaa vaikuttaa tutkijan tuntemuksen heikkous kohderyhmästä, kulttuurista ja tilanteesta. Omassa tutkimuksessani luotettavuutta vahvisti se, että sain itse olla töissä osallistujien kanssa ja opin ymmärtämään HIV-positiivisten naisten raskauden ja synnytyksen aikaista hoitoa näkemällä kätilöiden käytännön työtä. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Teemahaastatteluiden heikkoutena on aiheen rajaaminen teemoihin, mikä ohjaa haastateltavan vastauksia, sekä tutkijan omat ennakkokäsitykset aiheesta (Vilkkä 2005, 105-113).

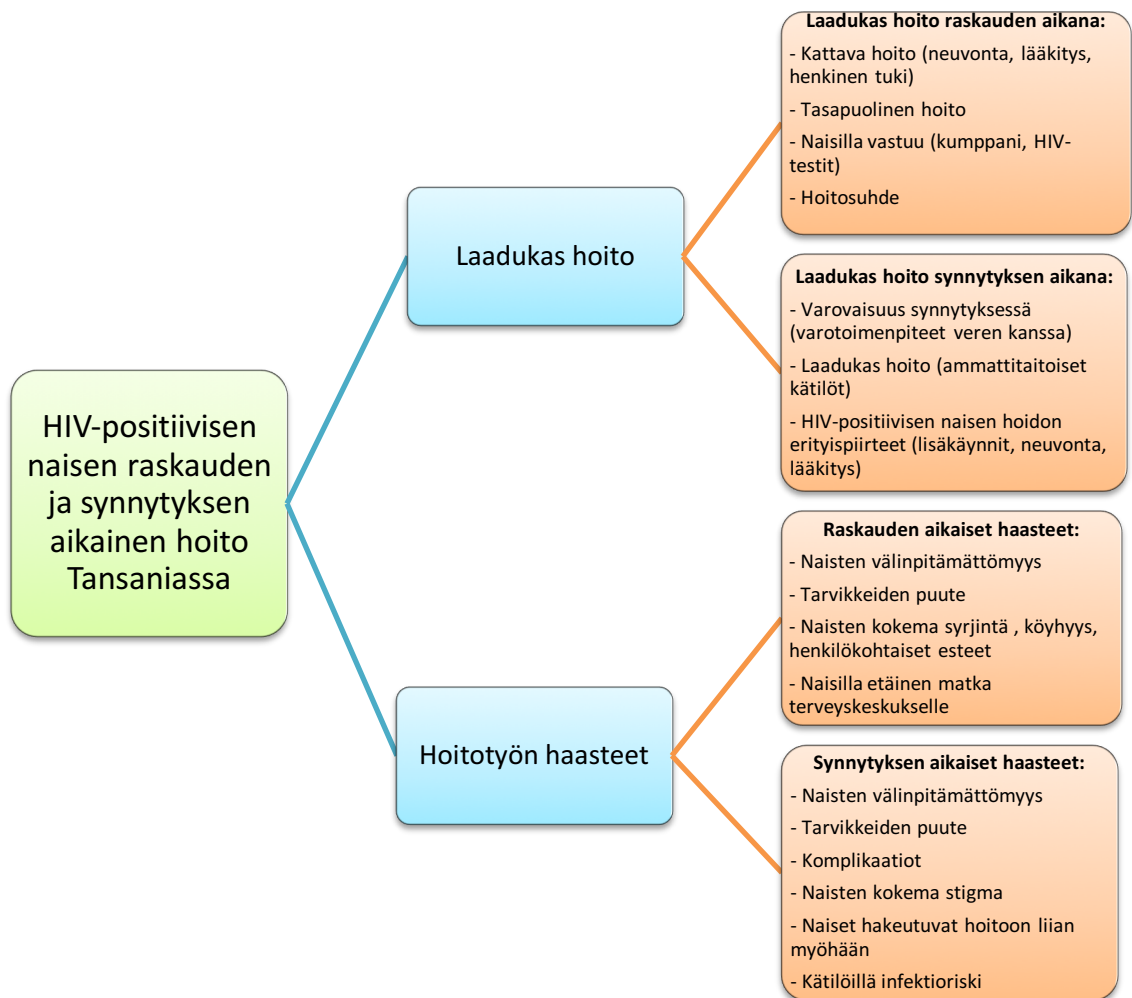
Tutkimuksen luotettavuutta lisää haastattelujen nauhoittaminen. Ilman nauhoittamista tutkija ei pystyisi tallentamaan riittävän tarkasti esimerkiksi haastattelutilanteiden tunnetta, ääniä tai taukoja. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 82.)

Aineiston analysoinnin jälkeen hävitin ja tuhosin nauhoitteet ja auki kirjoitetut tekstit asianmukaisesti.

6 Tutkimustulokset

6.1 Laadukas hoito ja haasteet hoitotyössä

Käyttämällä induktiivista, eli laadullista sisällönanalyysia keräämäni aineiston tulkitsemismenetelmänä, sain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla muodostettua kaksi yhdistävää pääluokkaa, jotka kuvaavat HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen aikaista hoitoa terveyskeskuksessa Tansaniassa. Pääluokat ovat laadukas hoito ja haasteet hoitotyössä. Olen kuvannut pääluokat kuvassa (Kuva 1), josta näkyy, että laadukas hoito on sekä kattavaa että tasapuolista. Siinä korostuvat muun muassa hoitosuhde ja kätilöiden varovaisuus synnytyksen hoidossa. Hoitotyön haasteita ovat esimerkiksi tarvikkeiden puute sekä naisten välinpitämättömyys hoitoon.



Kuva 1. Tutkimuksen pääluokkien sisältö

6.2 Tansanialaisten kätilöiden kokemukset HIV-positiivisen, raskaana olevan naisen hoidosta

Tässä osiossa kuvaan, millaista on HIV-positiivisen raskaana olevan naisen saama laadukas hoito ja hoitotyön haasteet Tansaniassa kätilöiden kertomana. Mukaan olen sisällyttänyt kätilöiden alkuperäisiä ilmauksia haastatteluista tukemaan tulosten esittelyä.

Laadukas hoito raskauden aikana

HIV-positiivisen naisen raskauden aikainen hoito terveyskeskuksessa Tansaniassa on kattavaa ja tasapuolista. Hoitoon sisältyy neuvontaa, lääkinnällistä ja muuta hoitoa sekä henkistä tukea. Kaikki potilaat ovat samanarvoisia. Naisten oma vastuu on hoidossa tärkeää. Naisten ei tulisi salata

sairauttaan ja heidän tulisi sisällyttää kumppaninsa mukaan koko raskauden aikaiseen hoitoon. Raskaana olevalla, HIV-positiivisella naisella ja kättilöllä voi olla tuottoisa ja palkitseva suhde. Työ voi olla kättilölle kuitenkin joskus henkisesti vaikeaa naisten huonon aseman vuoksi.

Kaikki kättilöt kertoivat ohjauksen olevan yksi tärkeimmistä asioista raskaana olevan, HIV-positiivisen naisen hoidossa Tansaniassa. Nainen saa terveyskeskuksessa kattavasti ohjausta HIV-tartunnasta, HIV-testeistä, HIV-lääkityksestä, oikeanlaisesta ravinnosta, synnytyksestä, imetyksestä ja HIV:n tartuttamisvaarasta. Naisia neuvotaan synnyttämään sairaalassa tai klinikalla, eikä kotona. Tärkeää hoidossa on myös kumppanin ohjaaminen ja testaaminen.

When she comes to...for her appointment, the first thing is the counselling on how she's supposed to live, and what time to take medication...and how she should prevent the virus to...maybe to attack the unborn baby.

Ohjauksen kulmakivi on perhesuunnittelu. Perhesuunnittelussa keskeistä on oikean ehkäisymenetelmän valinta. Kättilön tulisi osata mittauttaa CD4-solujen määrä sekä HI-viruksen määrä veressä, jos HIV-positiivinen nainen haluaa tulla raskaaksi. Naisen tulisi harkita raskautta vain, jos arvot ovat kohdillaan.

We should make sure that we encourage these women to make sure they are engaged in family planning.

Seuraavaksi tärkeäksi asiaksi haastatteluissa nousi esiin HIV-positiivisuuden testaaminen. Naisilta testataan myös malaria ja kuppa. Yhden kättilön mukaan Tansaniassa osa HIV-positiivisista naisista tietää sairastavansa HIV:iä ja osa ei. Naiset kyllä tietävät mikä HIV on, koska Tansaniassa aloitetaan terveysvalistus jo ala-asteella, mutta monet kuitenkin ihmettelevät testien positiivista tulosta. Tässäkin kohtaa hoitoa on kumppanin osallisuus tärkeää, sillä myös hän tarvitsee testausta.

And then when it comes to care, we tell them that it's a must that she test for HIV, and if she tests positive, she starts medication soon as she is identified as HIV-positive.

And some they come and even they don't know their status. So after you test, now they are wondering why HIV-positive from the antenatal clinic.

Kätilöiden mielestä on tärkeää, ettei nainen salaa HIV-positiivisuuttaan yhteisöltä ja vaaranna näin ympäröiviä ihmisiä. Olemalla avoin sairaudestaan nainen ei vain suojele muita, vaan hänestä voi tulla myös hyvä opettaja ja neuvonantaja.

When they hide their status, they may transmit to the others by hiding the status. So if she's well known to the community that she is HIV-positive...she will be able to prevent others to get HIV-infection, and she...she will be a good teacher.

Raskauden aikaiseen hoitoon kuuluu kätilöiden mukaan oleellisesti oikean lääkkinnällisen hoidon saaminen terveyskeskukselta tai sairaalasta. Lääkehoito aloitetaan heti, jos testin tulos on positiivinen. Tansanian valtio jakaa sairaaloissa ja terveyskeskuksilla ilmaiseksi lääkkeitä HIV-positiivisille.

They are supposed to start the drug, ARV (antiretroviral) drug, immediately after they recognize that they are HIV-positive and they are pregnant.

When a woman is HIV-positive, she gets her treatment. Maybe if she didn't know that she's HIV-positive – when she's identified, as soon as she is identified, she starts antiretroviral treatment. And if she's a known case she continues with antiretroviral treatment, while attending clinic.

HIV-positiivisen naisen raskauden aikaiseen hoitoon kuuluu kätilöiden mukaan verikokeet. Verestä tarkastetaan CD4-valkosolujen määrä, virussolujen määrä ja hemoglobiini. Naisille tehdään äitiysneuvolassa myös normaalit raskaudenaikaiset tarkastukset, kuten paino ja verenpaine, ja ohjeistetaan imettämisestä. Imetyssuositus Tansaniassa on 6 kuukautta.

HIV-positiivinen nainen saa samantasoista hoitoa raskauden aikana kuin muutkin naiset. HIV-positiivisen naisen hoitoon sisältyy kuitenkin paljon enemmän kirjaamista, lääkkinnällistä hoitoa sekä muuta neuvontaa.

I think that we give them the same care, but a woman with HIV may need additional care, uh...according to her needs. Like they have same visits to clinic what the woman who is healthy – they receive the same things. But, we only add maybe the treatment, maybe the counselling. She will have maybe more visits than the healthier, according to her needs.

Even in the care there is a lot to document, compared with the one who are not affected. Because of drug - she has a lot of drugs, a lot of counselling, a lot of information. You need to know if their partner are involved. So we have a lot of information in order to counsel according to the information provided.

Kätilöiden suhde HIV-positiivisiin naisiin koettiin tavanomaisena ja normaalina, koska HIV on yleinen sairaus Tansaniassa. Hoidettavana on muitakin potilaita, joilla on erityistarpeita. HIV-positiivisten naisten hoidossa keskitytään siihen, ettei vauva saa tartuntaa. Työ saattaa kuitenkin olla joskus henkisesti vaikeaa naisten huonon aseman vuoksi.

It's because it's common nowadays, so it's just another client. It's not anything like, "Oh!, What?". So it's normal. What we do is just take care of them, continue giving them education, giving them support, and also followup visit for both mother and baby at two years.

They are in a very bad situation, most of them. And most of the HIV infected, they are very poor client. They live in a, uh..., how can I say? They are very poor and education, they lack education most of them. So sometimes it happens, one may deliver, but no food, nothing at all. So, it sometimes makes us very emotional.

HIV-positiiviset naiset vaativat hoitajiltaan enemmän, koska tauti koskettaa heitä psyykkisesti. Kätilö antaa neuvonnan kautta naisille toivoa ja rakentaa heidän itsetuntoaan. Kun naisilla on hyvä itsetunto, he pystyvät kohtaamaan ongelmia elämässään. Naisia kannustetaan ja rohkaistaan rakentamaan tulevaisuuttaan. Heille sanotaan, etteivät he ole erilaisia muista ihmisistä.

We give them hope through counselling. Counselling...it's for building the confidence about themselves. When the people have confidence, they might solve so many problems. But when you lack confidence, you might not be able to face any problem.

...to consider themselves...that they are not different from the other's. They should build their hopes that they might fulfill their dreams in the future.

Kätilöillä saattoi olla aluksi ennakkoluuloja työstä HIV-positiivisten naisten parissa. Työstä saatettiin ajatella, että se on vaikeaa tai että hoidossa ei ole yhteisymmärrystä. Pelkona oli myös, että heitä alkaa itseään itkettää. Kätilöt saivat kuitenkin koulutusta naisten neuvonnasta ja huomasivat, että heistä on avuksi naisille. Työstä saatiin iloa, koska naiset luottivat kätilöihin ja halusivat heidän apuaan. Joskus naiset jopa ottivat yhteyttä kätilöihin puhelimitse.

And sometimes when you...you talk to the person and that person understands you...and sometimes she might find you on the phone, that she wants your counselling...you feel good. And you feel that you are very important, and the person knows you very well. So it's good.

Haasteet raskauden aikaisessa hoitotyössä

HIV-positiivisen naisen raskauden aikaisessa hoidossa on kätilöiden kertomana omat haasteensa. Suurimmat haasteet ovat tarvikkeiden puute sekä naisten välinpitämättömyys hoitoon. Haastateltujen kätilöiden mukaan HIV-positiivisilla naisilla on myös haasteita. He kokevat syrjintää, köyhyyttä ja henkilökohtaisia esteitä. Lisäksi lähimmälle terveysasemalle voi olla pitkä matka.

Yhdeksi isoimmaksi haasteeksi raskauden aikaisessa hoitotyössä kätilöt luettelivat tarvikkeiden, kuten käsineiden, essujen ja suojalasien puutteen. Hankalaa hoidon kannalta on myös se, että naiset saattavat salata sairautensa tai he eivät sitoudu hoitoon. He eivät käytä lääkitystä, he eivät käy terveyskeskuksella tarkastuksissa, eivätkä he seuraa ohjeistuksia imetyksestä.

Sometimes it's difficult because we are supposed to have gloves, goggles, apron..and sometimes even no gloves.

The ones who are infected is from the negligence of their mother's. They just give them mixed feeding, they are not attending clinic for viral check-ups, viral load, or they are not taking their medication as scheduled. So that kind of mother's, most of them, infect their babies.

Haasteena hoitotyössä on kätilöiden mukaan myös se, että vaikka naiset saavat neuvontaa perhesuunnittelusta äitiysneuvolassa ovat monet heistä pian synnyttämisen jälkeen taas raskaana. Tansaniassa äideille suositellaan uutta raskautta vasta, kun edellinen lapsi on kolmevuotias.

Despite we are from antenatal counselling them, that you should use also family planning, some, few of them you can find that they have babies within one year.

HIV-positiivisuus voi olla suuri leima tai häpeä naisille. Osa kokee syrjintää, toiset taas erotetaan perheestä sairauden vuoksi. Monet naiset eivät uskalla edes käyttää lääkkeitä koska pelkäävät että heidät nähdään. Naiset voivat jopa kokonaan kieltää sairautensa. Leimaamisen aiheuttaa yleensä omaisten tiedon puute, mutta Tansaniassa tilanne on parantumaan päin

Mostly, I think the challenge is from people around them. I think it's not from the health facility, it's from people around them. Some stigmatize the patients, and all that, but that kind of stigmatization leads to a person not corresponding well to drugs. Some may even fear to come and take drugs because they fear what if someone will see them going, taking those drugs.

The biggest thing is discrimination...and when they are discriminated, they start to think that they are not important in the community...and they might stop to come to take the drugs.

Toinen kättilöiden kertoma haaste naisilla on köyhyys. Naisilla ei ole varaa monipuoliseen ruokavalioon ja he ovat sen vuoksi aliravittuja. Ravinnon puutteen takia naisen rinnoista ei tule maitoa imetyksessä ja myös lapsi on aliravittu. Korvikemaito ei monestikaan ole vaihtoehtoinen ruokintatapa vauvalle, koska se on kallista. Haasteena naisilla on myös pitkä etäisyys lähimpään sairaalaan tai terveyskeskukseen. Naiset voivat yrittää parantaa tilannettaan pitämällä huolta henkilökohtaisesta hygieniasta ja osallistumalla erilaisten järjestöjen ryhmiin, joista heidän on mahdollista saada tukea.

Due to poverty they don't get balanced diet, so milk is very low, so baby ends up with malnutrition sometimes because mother also has malnutrition. Yeah, so that's maybe the factor also for transmitting to baby.

6.3 Tansaniaalaisten kättilöiden kokemukset HIV-positiivisen naisen synnytyksen aikaisesta hoidosta

Tässä osiossa kuvaan, millaista on HIV-positiivisen synnyttäjän saama laadukas hoito Tansaniassa ja hoitotyön haasteet haastattelemieni kättilöiden kertomana.

Laadukas hoito synnytyksen aikana

HIV-positiivisen naisen synnytyksen aikainen hoito terveyskeskuksessa Tansaniassa on huolellista, laadukasta ja tarkkaa. Synnytyksistä on vastuussa ammattitaitoinen kättilö. Hoitotyössä kättilöt käyttävät varotoimenpiteitä, kun ovat kosketuksissa veren kanssa, ja keskeinen tarkoitus on varoa vauvan infektiota. Hoidossa tärkeää on lääkinnällinen hoito.

Kuten HIV-positiivisen raskauden aikaisessa hoidossa, myös synnytyksen aikaisessa hoidossa kaikkien naisten hoito on samanarvoista. Synnyttävän HIV-positiivisen naisen hoidossa on kuitenkin erityispiirteitä. Naiset tarvitsevat HIV-lääkityksen ja he tarvitsevat erityisneuvontaa. Lisäksi he tarvitsevat synnytyksen jälkeen lisäkäyntejä terveyskeskukseen.

Tärkeimmiksi asioiksi HIV-positiivisen naisen synnytyksen hoidossa Tansaniassa nousivat kättilöiden haastatteluissa kunnon lääkinnällinen hoito sekä varovaisuus,

ettei vauva saa tartuntaa. Lähes yhtä tärkeää synnytyksen hoidossa on varotoimenpiteet veren kanssa. Muita keskeisiä asioita ovat oikeanlainen neuvonta ja synnytyksenjälkeinen hoito. Jos HIV-positiivinen nainen on tullut synnyttämään, eikä hän ole ottanut HIV-lääkitystä, annetaan hänelle sellainen.

The protection starts from when the woman is pregnant. During delivery and during breastfeeding...yes. The mother has to take ART:s (antiretroviral therapy).

During labour, when the mother is coming in labour and she is HIV-positive, we continue counselling the mother that she's supposed to have a drug. If she has forgotten, we give the drug.

Äideille neuvotaan menemään sairaalaan heti synnytyksen käynnistyttyä. Kotona synnytystä ei suositella, koska hoito siellä on huonoa ja vauva voi joutua pitkittyneeseen kosketukseen veren kanssa. Synnytyksen tulisi aina hoitaa koulutuksen saanut kätilö.

We advice them from the antenatal clinic, that they should not deliver at home. They should come to the clinic immediately after they start labour or in few days, because we tell them the expected date of delivery, so they should come very early to the hospital. And even if they see any rupture of membrane at home, they should come immediately.

Naisille kerrotaan vaaranmerkeistä, jotka ovat aikainen lapsivedenmeno sekä verenvuoto. Nämä voivat altistaa vauvan infektioille. Synnytyksestä voi tulla vaikea, jos lapsivesi puhkeaa liian aikaisin. Lapsella on lisäksi riski saada vaurio. Kätilöt kertoivat synnytyksen aikana välttävänsä sikiökalvojen tahallista puhkaisemista, sillä puhkaisu voi altistaa vauvan infektioille.

Sometimes we rupture the membrane artificially, but we do not do that to a woman who is in labour, who is HIV-positive, because the baby may get infected.

When she is in labour, we do those specific things like make sure that she doesn't have a very prolonged labour, we do not rupture membrane earlier, and when she's experiencing any difficult labour – we take emergency precautions. Like, going straight for C-section.

Synnytyksen aikana ei pystytä täysin välttämään vauvan ja äidin verikontaktia, mutta kätilöt pyrkivät varomaan kaikkia invasiivisia toimenpiteitä, kuten imukuppisynnytyksiä tai pihtisynnytyksiä. HIV-positiivisen naisen synnytyksessä on erittäin tärkeää, että vauvalle ei käytetä samoja instrumentteja kuin äidille.

There's no way of minimizing blood contact, just we make sure it's not that invasive, because in other deliveries we may use vacuum extraction and maybe forceps and all that. We make sure that when a baby is born, that the instrument that are used for the mother, are not used for the baby.

Also cutting the episiotomy – we use different scissors for the cord.

Kätilöiden mukaan HIV-positiivisten naisten kohdalla vauvan synnytyksen jälkeinen hoito on erittäin tärkeää. Vastasyntynyt kuivataan ja puhdistetaan huolellisesti. Kaikki vaateliinat, jotka ovat saastuneet äidin verestä tai eritteistä, liotetaan 0,5% kloorissa. Vauvalle annetaan 24 tunnin sisällä syntymästä antiretroviraalinen lääkitys, joka toimii profylaksina HIV-tartunnalle. Lääkettä annetaan painon mukaan 6 viikon ajan syntymän jälkeen. Naiset saavat synnytyksen jälkeen myös tetanusrokotteen ja foolihappoa.

Also immediate newborn care. You have to dry, clean, you remove from the contaminated situation. And also giving nevirapine as soon as the baby is out. Nevirapine syrup it's uh..the antiretroviral medicine for baby. We give them for six weeks, every day. It's a prophylaxis to the baby, because the baby is exposed to mother.

Kättilöt kertoivat, että vauvat tulevat terveystieteiden keskukselle arvioitavaksi 7, 28 ja 42 päivän ikäisinä. Heidät rokotetaan ja he saavat lääkitystä, kuten cotrimoxazole-antibioottia, jota käytetään useimmiten HIV-positiivisilla estämään keuhkokuumetta ja muita bakteeritulehduksia (AIDSmap 2017b). Vauvoilta otetaan myös verikoe, dried blood sample (eng.) (DBS), kuukauden iässä, jolla tarkistetaan onko vauva saanut tartunnan. Näyte on 5 tippaa verta ja se otetaan vauvan kantapäädästä.

So we continue assessing them every month and also giving them medication, like cotrimoxazole.

When the baby is 28 days, we usually take the blood for dry spot. We call it uh...as DBS, dry spot...in order to recognize if the baby is affected or not. We usually prepare the baby and we remove the blood from the heel of the baby. We take about 5 dry spots...drops. And..uh, we have also a principle that the blood should dry for three hours, and then should be packed and we send to a bigger hospital.

Äidit saavat käynneillä myös neuvontaa ja tukea, koska he kohtaavat paljon syrjintää sukulaisilta. Naisia ohjeistetaan imettämään vauvaa 6 kuukautta. Tänä aikana vauvan ei tulisi saada mitään muuta ruokaa tai juomaa. Naisia neuvotaan

varomaan rintojen haavaumia, koska niistä vauva voi saada tartunnan. Lapsen tulisi olla antiretroviraalisella lääkityksellä. Kätilöt neuvovat äitejä lisäämään ruokavalionsa hedelmiä immuunitason nostamiseksi.

So we continue assessing them, and giving education, emotional support, because most of them get stigma from their relatives. So they need a lot of support and what we are doing is giving them support.

We also counsel the feeding options. If she cannot afford to buy the formula milk, you tell them to breastfeed exclusively for 6 months. Yeah, but she should avoid the breast abscess and mastitis.

We encourage that she is using maybe...I can say...fruits, and encourage on a diet in order to make sure the immune status is rising.

Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi, että jokainen synnyttämään tullut nainen saa Tansaniassa samanlaista hoitoa, riippumatta HIV-statuksesta. HIV-positiivisen naisen synnytyksessä noudatetaan kuitenkin erityistä varovaisuutta.

The standard of delivery is the same. You have to take every woman as infectious. Not that you wear goggles, mask to this other client and when you want to attend the PMTCT one, you have to wear extra. No! Just you protect yourself as in every woman. But delivery is the same. Protection is the same.

You have to be very careful in delivering the HIV-positive, regarding infection to the mother. But the package of care is the same to every woman.

Haasteet synnytyksen aikaisessa hoitotyössä

HIV-positiivisen synnyttäjän hoidossa on samanlaisia haasteita kuin raskauden aikaisessakin hoidossa. Kätilöiden työtä haittaa tarvikkeiden puute, ja monet naiset ovat tässäkin vaiheessa välinpitämättömiä hoidostaan. Työtä hankaloittavat myös komplikaatiot ja se, että naiset hakevat apua synnytyksiin terveyskeskukselta joskus liian myöhään. Kätilöillä on vaarana synnytyksiä hoitaessaan lisänä infektioriski. Naisten haasteena on stigma perheenjäseniltä.

Yksi suurin haaste synnytyksen aikaisessa hoitotyössä Tansaniassa on kätilöiden mukaan HIV-positiivisten naisten kokema syrjintä ja leimaaminen. Naiset kohtaavat syrjintää ennen kaikkea omaisilta ja omaiset saattavat neuvoa naisia synnyttämään kotona. Tämä johtuu tietämättömyydestä sekä koulutuksen puutteesta.

But those with stigma at home, they sometimes advice to deliver at home. It's lack of education to other relatives. There are not more than just a few of them who come in that situation.

Hankalaa on usein myös se, että naiset tulevat terveyskeskukseen synnyttämään liian myöhäisessä vaiheessa. Vauva saattaa olla jo pitkällä synnytyskanavassa, eikä voida tietää milloin synnytys on alkanut. Vauva saattaa olla myös perätilassa, mikä vaatii yleensä keisarinleikkauksen.

Some of them they come very late, they come in second stage sometimes, and some they come with malpresentations, like the breach presentation. The baby is already in the perineum and you cannot know at what time the labour started. Yeah, so prolonged labour and delay to report to the hospital are the most common challenges.

HIV-positiivisilla naisilla on useimmiten pitkittynyt synnytys, joka voi johtaa infektioihin. Äidin ja sikiön vointia monitoroidaan heti synnytyksen käynnistettyä. Tärkeää on tunnistaa heikossa kunnossa oleva nainen ja tarvittaessa lähettää hänet isompaan sairaalaan keisarinleikkaukseen. Kätilöt antavat heikossa kunnossa olevalle naiselle suonensisäistä nesteytystä, antibiootteja ja kannustusta. Jos naisen kohdunsuu on auki yli 6 cm ja synnytys etenee hyvin, voidaan synnytystä nopeuttaa antamalla naiselle supistuksia lisäävää lääkettä, oksitosiinia.

Most of them end up with prolonged labour. But what you have to do is to identify them early using patograph. So you can identify is she is weak, so you have to rehydrate and encourage. And if she is in labour above 6 cm, and everything is good like the descent of the head, the size, the dilation, the cervix is soft and so you have to add oxytocin to fasten the second stage.

Suojautuminen eritteiltä ja vereltä on tärkeää kätilön hoitotyössä. Kätilö ei vain pyri suojaamaan vauvaa tartunnalta, mutta myös itseään. Suojautuminen on samanlaista kaikkien synnytysten kohdalla, eikä erotusta tehdä HIV-positiivisten naisten ja muiden naisten välillä. Vaikka naisen HIV-testi näyttäisi negatiivista voi nainen silti olla HIV-positiivinen, koska meneillään voi olla taudin niin sanottu window period (eng.). Tämä tarkoittaa aikaa tartuntahetkestä siihen, kunnes virus näkyy testeissä. Kätilö suojaa itsensä kaksoiskäsineillä, saappailla, essuilla ja suojalaseilla. Haasteena Tansaniassa on kuitenkin usein tarvikkeiden puute.

We have protective personal equipments, like gloves, you know...boots, aprons, yeah...all those.

We are supposed to have the mask, goggles to every woman, but sometimes you don't have the protective equipment, so but we try.

Toinen haaste kätilöiden mukaan on se, että naiset tulevat synnyttämään ilman neuvolakorttia. He valehtelevat, että kortti on hävinnyt salatakseen kätilöiltä HIV-positiivisuuden. Tämä johtuu naisten kokemasta stigmasta. Haastatteluissa tuli ilmi, että kerran klinikalla oli ollut kuukauden sisällä kaksi naista, jotka olivat salanneet sairautensa. Kätilöt tekevät näille naisille aina uuden HIV-testin ennen synnytystä, jos HIV-positiivisuus ei ole tiedossa.

We test during antenatal and when she comes in labour, we say, "Bring the card". If she says, "No, I don't have...I've forgotten", or she has lost, we say, "We have something we don't know in your blood". We test. Even the last report here of December. We had two mother's who said, "We have lost the card", so we test and we find both of them as positive.

Hankalaa on kätilöiden mukaan joskus se, että naiset eivät sitoudu synnytyksen jälkeiseen hoitoon. He eivät käytä lääkkeitä, eivätkä käy säännöllisesti terveyskeskuksessa tarkastuksissa. He eivät sitoudu hoidon saamiseen yhdestä paikasta, vaan hakevat hoitoa useammasta paikasta.

She was not using drug, she was not going to clinic. So she was moving here and there in the clinic. Today she is here, tomorrow she said to go to CCP.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tansanialaisten kätilöiden kokemuksia HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen hoidosta. Tutkimuksen tuloksena selvisi, että HIV-positiiviset naiset saavat Tansaniassa kattavaa ja laatuun pyrkivää hoitoa. Hoito on lisäksi samantasoista muihin naisiin nähden. Tutkimuksessa selvisi, että HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen hoitoon liittyy haasteita, sekä kätilöille että hoidettaville naisille. Kätilöiden työtä haittaa muun muassa tarvikkeiden puute sekä hoidettavien naisten sitoutumattomuus hoitoon. HIV-positiiviset naiset kärsivät eniten syrjinnästä ja köyhyydestä.

Kätilöiden suhde HIV-positiivisiin naisiin oli sekä palkitsevaa että joskus henkisesti vaikeaa naisten huonon aseman vuoksi. Tutkimuksessa tuli esiin se, että HIV on yleinen sairaus Tansaniassa, ja sen vuoksi HIV-positiivisiin naisiin ei suhtauduta erikoisemmin kuin muihin naisiin. Naiset tarvitsevat kuitenkin paljon henkistä tukea stigmatisaation vuoksi.

Haastatteluissa tuli ilmi, että kätilöiden antama hoito terveyskeskuksessa vastaa Tansanian kansallisia ohjeistuksia HIV-positiivisten naisten hoidosta raskauden ja synnytyksen aikana. Kätilöt ohjeistivat naisia käyttämään oikeanlaista ehkäisymenetelmää välttääkseen tahattomia raskauksia ja HIV:n leviämistä. Terveyskeskuksessa painotetaan myös HIV:n ja muiden sukupuolitautilien aikaista testaamista sekä hoitoa. (National Guidelines for the Management of HIV and AIDS 2008.)

Synnytyksen aikainen hoito terveyskeskuksessa vastaa myös Tansanian kansallisia ohjeistuksia. Kätilöt tekevät kaikille naisille HIV-testin ennen synnytystä, jos sellainen ei ole vielä tehty. He itse noudattavat suojaohjeistuksia ja välttävät synnytyksessä invasiivisia toimenpiteitä synnyttäjälle. Synnytyksen jälkeen vauva saa HIV-profylaksian ja naisia ohjeistetaan imettämässä. (National Guidelines for the Management of HIV and AIDS 2008.)

Opinnäytetyön tulokset ovat läheisesti verrattavissa muutamaa aiempaan tutkimukseen hoitotyön piirteistä ja naispotilaiden kohtelusta Tansaniassa. Esimerkiksi tutkimustulokset vuonna 2008-2009 tehdyssä tutkimuksessa hoitajien ja potilaiden kanssakäymisestä HIV-ennaltaehkäisyohjelmassa maalais-Tansaniassa, vastaavat läheisesti omia havaintojani sekä myös kätilöiden vastauksia haastatteluissa. (Våga ym. 2012, 1045.)

Tutkimuksessa HIV-ennaltaehkäisyohjelmassa kävi ilmi, että HIV-positiiviset naiset saivat hoitajilta eurooppalaiseen mittasuhteen nähden holhoavaa ja auktoritaarista hoitoa. Tansanialaiset hoitajat sitoutuivat naisten hoitoon kuitenkin henkilökohtaisesti ja hoivaavasti. Tehdyssä tutkimuksessa tätä hoitajan ja potilaan välistä hierarkista suhdetta selitetään kehitysmaiden kantaväestön ja varsinkin HIV-positiivisten naisten huonolla sosiaalisella ja taloudellisella asemalla. Hoitajilla on enemmän tietoa ja valtaa kuin hoidettavilla naisilla ja sen

vuoksi he katsovat naisia ylhäältä päin. Hoitamista täytyykin arvoida siinä kulttuurisessa kontekstissa, missä sitä harjoitetaan. (Våga ym. 2012, 1045.)

Hoitotyötä tulisi ohjata inhimilliset arvot, kuten hyvä tahto, ihmisystävällisyys, humanisuus, lempeys ja empatia (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 18). Omaan havainnointiini perustuen kätilöiden antama ohjeistus työskentelemässäni terveyskeskuksessa oli usein hyvin yksisuuntaista ja suoraa, esimerkiksi perhesuunnittelussa ja HIV-neuvonnassa. Keskusteluissa naiset olivat kuuntelijan asemassa, eikä heille jätetty sijaa vastaväitteille. Toisaalta, kuten haastatteluissani käy ilmi, kätilöiden suhde HIV-positiivisiin naisiin oli joskus hyvinkin henkilökohtainen.

Toisessa Tansaniassa tehdyssä tutkimuksessa, jossa tarkastellaan naispotilaiden saamaa kohtelua itsenäisen kätilövastaanoton ja kuntasairaalan välillä maalais-Tansaniassa, selvisi että itsenäisellä kätilövastaanotolla toimivat kätilöt huolehtivat naisista inhimillisesti ja sensitiivisesti, kun taas isossa kuntasairaalassa johtuen valtavasta potilasmäärästä, naiset saivat osakseen huonoa kohtelua. (Miller & McLoughlin 2014, 808.)

Terveyskeskus, missä työskentelin, on mielestäni enemmän verrattavissa edellä mainitun tutkimuksen itsenäiseen kätilövastaanottoon kuin isompaan kuntasairaalaan. Työskentelemälläni terveyskeskuksella on potilaita huomattavasti vähemmän kuin isommissa kuntasairaaloissa, minkä vuoksi synnyttämään tulleita naisia saatetaan kohdella inhimillisemmin. Välillä olisin kuitenkin toivonut kätilöiden huomioivan enemmän naisten yksityisyyttä ja ihmisarvoa (Rautava-Nurmi ym. 2014, 20). Tutkimuksessani ei tullut esiin monia eettisiä asioita, kuten esimerkiksi sitä, että synnyttävät naiset eivät saa Tansaniassa minkäänlaista kivunlievitystä.

7.2 Tulosten luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että sain itse työskennellä terveyskeskuksessa kätilöiden kanssa neljä viikkoa ja osallistua heidän kanssaan HIV-positiivisten naisten raskauden ja synnytyksen aikaiseen hoitoon. Näin itse konkreettisesti tarvikkeiden, kuten käsineiden ja lääkkeiden puutteen. Näin miten jotkut HIV-positiiviset naiset eivät sitoutuneet lääkehoitoon ja vaaransivat

toiminnalla vauvansa. Näin myös köyhyyden ja aliravitsemuksen. Uskon, että osallisuuteni työhön lisäsi kätilöiden avoimuutta ja luottamusta minua kohtaan haastatteluissa.

Yksi työni kohokohta oli, kun sain olla avustamassa HIV-positiivisen naisen synnytyksessä. Synnytyksessä suojautuminen oli tärkeää ja kaksoiskäsineiden pitämisestä hoitava kätilö muistutti minua useamman kerran. Tärkeää oli äidin suonensisäinen nesteytys, sillä hän oli heikossa kunnossa. Synnytyksessä kätilö oli huolellinen vauvan ja äidin verikontaktin kanssa. Napanuora leikattiin käyttämällä steriilejä saksia. Synnytyksen jälkeen sain antaa vauvalle HIV-profylaksina antiretroviraalista lääkitystä. Vauvan vointia ja vitaaleja seurattiin tarkasti syntymän jälkeen. Myös äidin ravinnonsaannista pidettiin huolta.

Havainnoimalla kätilöiden toimintaa terveyskeskuksessa sain hankittua paljon tietoa ympäristöstä ja todellisista tilanteista. Voiko kuitenkin ajatella, että länsimaalaisen opiskelijan läsnäololla saattoi olla vaikutusta hoitajien toimintaan? Voiko olla, että terveyskeskuksessa kehitysmaassa halutaan asioiden näyttävän paremmalta kuin miten ne todellisuudessa ovat? (Sinivuo, Koivula & Kylmä 2012, 291.)

Tutkimustulosten luotettavuuteen saattaa vaikuttaa myös se, että haastattelut tehtiin englanninkielellä, mikä ei ole kätilöiden äidinkieli. Huomasin monesti haastatteluissa, että kätilöiden oli vaikeaa ilmaista itseään minulle tai löytää oikeita sanoja. Myös minun oli joskus vaikea ymmärtää heitä. Vastasivatko kätilöt suppeammin kysymyksiin, koska eivät hallinneet hyvin englanninkielen sanastoa? Olisiko tulkin käyttäminen lisännyt vastausten skaalaa? Tutkijana minun täytyy pohtia myös sitä, vastasivatko kätilöt joissain kohdissa kysymyksiin tavalla jonka ajattelivat miellyttävän minua.

Tutkimuksessa ei haastateltu HIV-positiivisia naisia saamastaan hoidosta raskauden ja synnytyksen aikana. Voi olla kyllä luotettavaa sanoa, että kätilöiden kertomukset naisiin kohdistuvasta syrjinnästä ja heidän köyhyydestä pitäävät paikkansa kätilöiden kokemuksen vuoksi. Kertoisivatko naiset kuitenkin erilaisen tarinan esimerkiksi hoidon kattavuudesta tai saamastaan kohtelusta?

Opinnäytetyössä ei myöskään haastateltu miespuolisia kättilöitä. Terveyskeskus jossa työskentelin, oli töissä miespuolisia kättilö-sairaanhoitajia, mutta haastatteluihin valikoitui kuitenkin vain naispuolisia osallistujia. Tähän vaikutti naiskättilöiden enemmistö ja myös naiskättilöiden asema sekä kokemus HIV-positiivisten naisten hoidossa. Miehillä olisi saattanut olla erilaisia näkemyksiä hoidosta.

Jatkotutkimusaiheina voisikin olla HIV-positiivisten naispotilaiden ja mieskättilöiden kokemukset hoitotyöstä. Voisin uskoa, että HIV-positiivisilla naisilla olisi huomattavasti erilainen tarina kerrottavanaan saamastaan hoidosta tai sen merkityksestä kuin kättilöillä. Tutkimuksessa korostuisi varmasti naisten huono sosiaalinen asema ja varallisuus. Tutkimus mieskättilöiden kokemuksista voisi olla myös mielenkiintoinen näkökulma hoitotyöhön Afrikassa. Miten he kokevat hoitamisen ja suhteen huonossa asemassa oleviin naispotilaisiin?

7.3 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyö prosessina oli paikoittain haastava ja tekeminen vaati pitkäjänteisyyttä. Syksyllä 2016 minulla oli vaikeuksia saada tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten terveyskeskuksesta Tansaniasta, mutta lupa myönnettiin minulle lopulta henkilökohtaisesti paikan päällä. Luvan saatuaani haastattelut sujuivat ongelmitta, eikä opinnäytetyön loppuun saattamiseen enää tullut esteitä vastaan.

Työskentely terveyskeskuksessa kasvatti varmuuttani hoitotyössä. Työ oli joskus kuitenkin henkisesti uuvuttavaa ja työtä hankaloitti kielimuuri. Äidit tulivat kysymään minulta swahilinkielellä asioita, enkä osannut vastata heille ilman tulkkia. Hankalaa oli nähdä myös tarvikkeiden puute. Kuka päättää kenelle raskaana olevalle naiselle annetaan foolihappoa ja kenelle ei, kun tabletteja on rajoitetusti? Mitä tehdä, kun hyllyssä on yksi kanyyli ja synnyttämään tulee jatkuvasti suonensisäistä nesteytystä tarvitsevia naisia?

Vaikka työssä kohtasin paljon haasteita, oli se myös hyvin palkitsevaa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa sosiaali- ja terveysalalle lisää tietoa HIV-positiivisen naisen raskauden ja synnytyksen hoidosta Tansaniassa. Mielestäni opin aiheesta ehkä kuitenkin eniten itse. Terveyskeskuksessa pelkäsin aluksi

likaa, verikontaktia ja HIV-infektiota, mutta muutaman päivän jälkeen HIV:n vaarallisuuden merkitys häveni minulle. En enää ajatellut, kuka potilaista on HIV-positiivinen ja kuka ei. Tärkeintä minulle oli potilaan auttaminen.

Tansanialaisista kätilöistä muovautui minulle henkilökohtaisia sankareita. Heidän taitonsa hoitotyössä on vertaansa vailla. Katselin joskus ihmeissäni, kun he taidokkaasti elvyttivät elottomia vauvoja ja hoitivat synnytyksiä ja muita toimenpiteitä kännykän taskulampun valossa, koska sähköt olivat pois. He toimivat monesti ääri rajoilla resurssien puutteessa ja tekivät työtä usein hyvinkin epätsekkäästi. Kohdatessani Suomessa hoitotyössä niin sanottuja haasteita, palautan aina mieleeni tansanialaiset kätilöt, pysähdyn hetkeksi, hymyilen ja jatkan matkaani.

Kuvat

Kuva 1. Tutkimuksen pääluokkien sisältö, s. 25

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä, s. 19

Taulukko 2. Esimerkki aineiston ryhmittelystä, s. 19

Taulukko 3. Yläluokkien muodostaminen raskauden aikaisesta hoidosta, s. 20

Taulukko 4. Yläluokkien muodostaminen synnytyksen aikaisesta hoidosta, s. 21

Taulukko 5. Pääluokkien muodostus, s. 22

Lähteet

Afnan-Holmes, H., Magoma, M., John, T., Levira, F., Msemo, G., Armstrong, C. E., Martínez-Álvarez, M., Kerber, K., Kihinga, C., Makuwani, A., Rusibamayila, N., Hussein, A. & Lawn, J. E. 2015. Tanzania's Countdown to 2015: an analysis of two decades of progress and gaps for reproductive, maternal, newborn, and child health, to inform priorities for post-2015. *Lancet Glob Health* 2015; 3: e396-409. http://ezproxy.saimia.fi:2314/S2214109X15000595/1-s2.0-S2214109X15000595-main.pdf?_tid=40f0a34e-8560-11e6-8245-00000aab0f6c&acdnat=1475056093_9493e61f055bee6990cf712e956b5984. Luettu 28.9.2016

AIDSmap 2017a. Mother-to-child transmission. <http://www.aidsmap.com/Mother-to-child-transmission/page/1321388/>. Luettu 19.04.2017

AIDSmap 2017b. HIV treatments directory. Cotrimoxazole (Septrin). <http://www.aidsmap.com/Cotrimoxazole-iSeptrini/page/1731332/>. Luettu 07.05.2017

Avert 2017. HIV and AIDS in Tanzania. <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/tanzania>. Luettu 10.05.2017

Balira, B., Mabey, D., Ross, D. A., Chagalucha, J. & Watson-Jones, D. 2015. The need for further integration of services to prevent mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Mwanza City, Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 130 (2015): s51-s57. http://ezproxy.saimia.fi:2314/S0020729215002131/1-s2.0-S0020729215002131-main.pdf?_tid=1e0852c4-8564-11e6-b3a9-00000aacb360&acdnat=1475057753_6009b7d8848ed53a8ec2802af04e7f76. Luettu 28.9.2016

Foster, I. R. & Lasser, J. 2011. *Professional Ethics in Midwifery Practice*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers International

Gill, G. V. & Beeching, N. J. 2004. *Tropical Medicine. HIV infection and disease in the tropics*. Massachusetts: Blackwell Publishing

Globalis 2016. Tanzania. <http://www.globalis.fi/Maat/Tansania>. Luettu 28.9.2016

Hannuksela-Svahn, A. 2014. HIV-infektio, AIDS. *Lääkärikirja Duodecim*. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00421. Luettu 27.9.2016

Hanson, C., Cox, J., Mbaruku, G., Manzi, F., Gabrysch, S., Schellenberg, D., Tanner, M., Ronsmans, C. & Schellenberg, J. 2015. Maternal mortality and distance to facility-based obstetric care in rural southern Tanzania: a secondary analysis of cross-sectional census data in 226 000 households. *Lancet Glob Health* 2015; 3(5): e387-395.

http://ezproxy.saimia.fi:2314/S2214109X15000480/1-s2.0-S2214109X15000480-main.pdf?_tid=90042ee2-8560-11e6-afb0-0000aacb35f&acdnat=1475056226_1cc5c8603ff9e4d8b70f87c191fa108c.
Luettu 28.9.2016

Heikinheimo, O., Lehtovirta, P., Skogberg, K., Ristola, M. & Ämmälä, P. 2002. HIV-positiivinen synnyttävä. *Duodecim* 118, 1405-1409.
<http://ezproxy.saimia.fi:2055/xmedia/duo/duo93044.pdf>. Luettu 28.9.2016

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

HIV-tukikeskus. 2017. HIV perheessä. http://www.hivtukikeskus.fi/wp-content/uploads/2012/10/hiv_perheessa_netti.pdf. Luettu 19.04.2017

Horiuchi, S., Shimpuku, Y., Iida, M., Nagamatsu, Y., Eto, H. & Leshabari, S. 2015. Humanized childbirth awareness-raising program among Tanzanian midwives and nurses: A mixed-methods study. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 5 (2016): 9-16.

http://ezproxy.saimia.fi:2314/S2214139116300269/1-s2.0-S2214139116300269-main.pdf?_tid=a7ad3684-8564-11e6-9f9c-0000aab0f27&acdnat=1475057984_1eb2a6ea0f9e12ceb6b93679dddef548.
Luettu 28.9.2016

Juntunen, A. 2001. Professional and lay care in the Tanzanian village of Ilem-bula. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja

Järvinen, S. & Kaukiainen, J. 2009. Hoitokulttuurit kohtaavat: Suomi-Tansania. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4478/Jarvinen_Satu_ ja_Kaukiainen_Jenni.pdf?sequence=2. Luettu 15.10.2016

Kokkonen, E. R. & Kokkonen, J. 1987. Kehitysmaasairaalan potilaat IV Savanni synnyttää. *Suomen Lääkärilehti* 16/87 vsk. 42: 1537-1644

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen Terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy

Lahti, N., Matela, N. & Matilainen, P. 2011. Erityispiirteet afrikkalaisen naisen kohtaamiseen suomalaisessa hoitotyössä – kirjallisuuskatsaus. Laure – ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/24937/Lahti_Matela_Matilainen.pdf?sequence=1. Luettu 15.10.2016

Li, N., Matchi, E., Spiegelman, D., Chalamilla, G., Hertz-Mank, E., Sando, D., Sando, M. M., Liu, E., Muya, A. & Fawzi, W. 2013. Maternal mortality among

HIV-infected pregnant women in Tanzania. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 93 (2014): 463-468.
<http://ezproxy.saimia.fi:2299/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=6e0bb2a5-0b94-4c0b-95fd-de5e8b07e170%40sessionmgr107&hid=102>. Luettu 28.9.2016

Liitsola, K. 2016. Maahanmuuton vaikutukset Suomen HIV-epidemiaan. Teoksessa Keronen, J. & Pietilä, V. (toim.). *Tietoa, tukea & tunnetta – HIV-tukikeskus 30 vuotta*. Lahti: Aldus. 102 – 113

Maro, E. W., Mosha, N. R., Mahande, M. J., Obure, J. & Masenga, G. 2016. Ten years trend in maternal mortality at Kilimanjaro Christian Medical Center Tanzania, 2003-2012: A descriptive retrospective tertiary hospital based study. *Asian Pacific Journal of Reproduction* 2016; 5(3): 214-220.
http://ezproxy.saimia.fi:2314/S230505001630046X/1-s2.0-S230505001630046X-main.pdf?_tid=dc5a95f0-8561-11e6-9605-00000aacb361&acdnat=1475056783_a8430d570a398112200973f8753f0205. Luettu 28.9.2016

Mbaruku, G., Msambichaka, B., Galeo, S., Rockers, P. C. & Kruk, M. E. 2009. Dissatisfaction with traditional birth attendants in rural Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107 (2009), 8-11.
http://ezproxy.saimia.fi:2314/S0020729209002604/1-s2.0-S0020729209002604-main.pdf?_tid=e68db07e-8562-11e6-a349-00000aab0f26&acdnat=1475057230_688ec1c1ad627824370e4ee9a458011e. Luettu 28.9.2016

Miller, K. & McLoughlin, M. 2014. Comparison Between an Independent Midwifery Program and a District Hospital in Rural Tanzania: Observations Regarding the Treatment of Female Patients. *Health Care for Women International* 35 (7-9), 808-817.
<http://ezproxy.saimia.fi:2299/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=6e0bb2a5-0b94-4c0b-95fd-de5e8b07e170%40sessionmgr107&hid=102>. Luettu 28.9.2016

National Guidelines for the Management of HIV and AIDS. 2008. National AIDS Control Programme. Government of Tanzania.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/tanzania_art.pdf. Luettu 10.05.2017

Owiredu, M. N., Newman, L., Nzomo, T., Kafando, G. C., Sanni, S., Shaffer, N., Bucagu, M., Peeling, R., Mark. & Toure, I. D. 2015. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis: A dual approach in the African Region to improve quality of antenatal care and integrated disease control. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 130, s27-31.
http://ezproxy.saimia.fi:2314/S0020729215002076/1-s2.0-S0020729215002076-main.pdf?_tid=00aaa7c2-855f-11e6-b689-00000aab0f02&acdnat=1475055556_06f1873a6cb167035a694057dd641175. Luettu 28.9.2016

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Sinivuo, R., Koivula, M. & Kylmä, J. 2012. Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä kliinisessä ympäristössä. *Hoitotiede* 24 (4), 291-301. <http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/24/4/havainno.pdf>. Luettu 12.05.2017

Stal, B. S., Pallangyo, P., van Elteren, M., van den Akker, T., van Roosmalen, J. & Nyamtema, A. 2015. Women's perceptions of the quality of emergency obstetric care in a referral hospital in rural Tanzania. *Tropical Medicine and International Health* 20 (7), 934-940. <http://ezproxy.saimia.fi:2299/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=6e0bb2a5-0b94-4c0b-95fd-de5e8b07e170%40sessionmgr107&hid=102>. Luettu 23.9.2016

Suomen Kätilöliitto 2017. Kätilöt Suomessa. Kätilön määritelmä. <http://www.suomenkatiloliitto.fi>. Luettu 11.04.2017

Suomen Punainen Risti 2016. HIV ja AIDS. <https://www.punainenristi.fi/tutustu-punaiseen-ristiin/tyomme-maailmalla/avun-muodot/terveystyo/taudit/hiv aids>. Luettu 16.10.2016

Sutinen, J. 2016. HIV-hoidon muutokset ja niiden vaikutus hoitotyöhön. Teoksessa Keronen, J. & Pietilä, V. (toim.). *Tietoa, tukea & tunnetta – HIV-tukikeskus 30 vuotta*. Lahti: Aldus. 22-27

Tampereen ammattikorkeakoulu. 2016. Kätilökoulutus. <http://www.tamk.fi/katilo-paiva>. Luettu 13.04.2017

Tanzania Nursing and Midwifery Council 2014. Scope of practice for nurses and midwives in Tanzania. <http://www.tnmc.go.tz/data/Download/Scope%20of%20Practice%20for%20Nurses%20and%20Midwives%20in%20Tanzania.pdf>. Luettu 11.04.2017

Tilastokeskus 2016. Ulkomaan kansalaiset. <http://tilastokeskus.fi/tup/maahanmuutto/index.html/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomaan-kansalaiset>. Luettu 16.10.2016

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi

UNAIDS 2017. AIDSinfo. People living with HIV. <http://aidsinfo.unaids.org>. Luettu 10.05.2017

Van Rijsbergen, B. & D'exelle, B. 2012. Delivery Care in Tanzania: A Comparative Analysis of Use and Preferences. *World Development* 43 (2013): 276-287. http://ezproxy.saimia.fi:2314/S0305750X12002471/1-s2.0-S0305750X12002471-main.pdf?_tid=7f9749e2-8563-11e6-9821-00000aab0f6c&acdnat=1475057487_50410d15c54418ef9b09f7d0499be678. Luettu 28.9.2016

Villka, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi

Vuento, M. 2016. Virukset näkymättömät viholliset. Helsinki: Gaudeamus

Våga, B., Moland, K. M., Evjen-Olsen, B., Leshabari, S. C. & Blystad, A. 2012. Rethinking nursing care: An ethnographic approach to nurse-patient interaction in the context of a HIV prevention programme in rural Tanzania. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013), 1045-1053.

[http://ezproxy.saimia.fi:2314/S0020748912004270/1-s2.0-](http://ezproxy.saimia.fi:2314/S0020748912004270/1-s2.0-S0020748912004270-main.pdf?_tid=db4cf850-855d-11e6-bde0-00000aacb35d&acdnat=1475055064_6438695aa871cd9c9d7736fe1bdb702f)

[S0020748912004270-main.pdf?_tid=db4cf850-855d-11e6-bde0-](http://ezproxy.saimia.fi:2314/S0020748912004270-main.pdf?_tid=db4cf850-855d-11e6-bde0-00000aacb35d&acdnat=1475055064_6438695aa871cd9c9d7736fe1bdb702f)

[00000aacb35d&acdnat=1475055064_6438695aa871cd9c9d7736fe1bdb702f.](http://ezproxy.saimia.fi:2314/S0020748912004270-main.pdf?_tid=db4cf850-855d-11e6-bde0-00000aacb35d&acdnat=1475055064_6438695aa871cd9c9d7736fe1bdb702f)

Luettu 23.9.2016

World Health Organization 2015. United Republic of Tanzania: WHO statistical profile. <http://www.who.int/gho/countries/tza.pdf?ua=1>. Luettu 16.10.2016

World Health Organization. 2017a. HIV/AIDS. Mother-to-child transmission of HIV. <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/about/en/>. Luettu 19.04.2017

World Health Organization. 2017b. HIV/AIDS. Treatment and care. <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/>. Luettu 10.05.2017

Interview form

A. Background

1. Age
2. Education and work history

B. Experiences regarding the care of HIV-positive women during delivery

1. What factors constitute the care of pregnant HIV-positive women in Tanzania?
2. What challenges are there in the care fo HIV-positive women in Tanzania?
3. Describe the relationship between a healthcare worker and an HIV-positive pregnant woman.
4. What factors determine this relationship and how is it formed?
5. Tell about your own strengths in the care of pregnant HIV-positive women.

C. Experiences regarding the obstetric care of HIV-positive women

1. What factors constitute the obstetric care of HIV-positive women in Tanzania?
2. What challenges do you face in obstetric care of HIV-positive women in Tanzania?
3. Describe a few problematic situations and how you have dealt with them.
4. How does the obstetric care of HIV-positive women differ from the care of healthy pregnant women?
5. Tell about protection against HIV.

Healthcare and social services

Degree Programme in Nursing

Lappeenranta, Finland

Dear Midwife,

I am a third year nursing student from Saimaa University of Applied Sciences in Finland. I am doing my elective training period in Tanzania during which I am collecting data for my bachelor's thesis. The intent of the thesis is to describe the experiences of Tanzanian midwives regarding the care of HIV-positive women during pregnancy and delivery. The objective of the research is to bring new knowledge about the obstetric and pregnancy care of HIV-positive women in Africa for Finnish social- and healthcare students, and advance their understanding of the African nursing culture. The bachelor's thesis will be published in www.theseus.fi.

For the research I will be interviewing midwives with experience in the care of HIV-positive women. I hope that you would participate in this interview. The questions are about your personal experiences and views, so there are no right or wrong answers. The interview is voluntary and you may discontinue it at any time if you wish.

The interview will last approximately 45 minutes to one hour and will be recorded for authenticity. The recordings will be adequately disposed of after data analysis. Your identity will not be revealed.

Sincerely,

Annielina Rouhiainen

annelina.rouhiainen@student.saimia.fi