



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Saman er ein mindre aleine  
- Hiv-positive kvinner i Zambia

**Natalie Refvik & Kamilla Solheim**  
**Førde**

Bachelorutdanning i sjukepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitskap/institutt for helse-  
og omsorgsvitskap/ Sjukepleie Førde  
Rettleiar: Aud Berit Fossøy  
Innleveringsdato: 01.06.2018

Vi stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, §10*

## Samandrag

**Tittel:** Saman er ein mindre aleine, hiv positive kvinner i Zambia

**Bakgrunn for val av tema:** Ei kvinne fekk påvist humant immunsviktvirus (hiv) for 11 år sidan, men valte å halde det skjult for dei rundt seg. Sjukdomen var komen for langt og fekk beskjed om at det ikkje var noko håp. Det kom som eit sjokk og enda med at ho prøvde å ta sitt eiga liv. Bakgrunnen for val av tema er på grunn av historier som denne og andre liknande situasjonar vi har møtt på i praksis. Vi ønsker å finne ut korleis vi kan ivareta kvinner for å unngå utfallet som er nemnt ovanfor.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiarar ivareta kvinner som lever med hiv i Zambia?

**Framgangsmåte:** I oppgåva er det utført litteraturstudie. Ved søk i databasane Ebscohost, Cinahl og Academic Search Elite fant vi fram til åtte forskingsartiklar, der fire var relevante for oppgåva. Vi har tatt i bruk sjølvalt litteratur, pensum litteratur og andre pålitelege kjelder. Samstundes har vi lagt vekt på eigne erfaringar i frå praksis i Zambia.

**Oppsummering:** Økonomi, kultur og stigmatisering er faktorar som er med på å påverke pasienten sin oppleving av sjukdom. Gjennom omsorg og støtte kan sjukepleiarar vere den som kvinna tiltrur seg til med det ho syns er vanskeleg. Ein kan bidra til at behandling og oppfølging blir oppretthaldt slik at det blir enklare å takle sjukdomen, dette kan gjere til at kvinner får motivasjon og håp om ein betre livssituasjon.

**Nøkkelord:** Ivareta, Zambia og kvinner

# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEIING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA.....	1
1.2 AVGRENSING OG PRESISERING AV OPPGÅVA .....	2
1.3 ETIKK OG VÅR POSISJON .....	3
1.4 OPPGÅVAS OPPBYGGING.....	3
<b>2. METODE</b> .....	<b>3</b>
2.1 VAL AV METODE .....	3
2.2 SØKEPROSESSEN .....	4
2.3 KJELDEKRITIKK.....	5
<b>3. TEORI</b> .....	<b>6</b>
3.1 IVARETAKANDE SJUKEPLEIE .....	6
3.2 SJUKEPLEIEFAGLEG PERSPEKTIV .....	6
3.2.1 Sjukepleiaren sine mellommenneskelege aspektar .....	7
3.2.2 Sjukepleiaren sin funksjon .....	7
3.3 SJUKEPLEIAREN SIN PEDAGOGISKE FUNKSJON .....	8
3.4 ZAMBIA .....	9
3.5 KULTUR.....	9
3.6 HIV/AIDS.....	10
3.7 STIGMA.....	12
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
4.1 ARTIKKEL 1 .....	12
4.2 ARTIKKEL 2 .....	13
4.3 ARTIKKEL 3 .....	14
4.4 ARTIKKEL 4 .....	14
<b>5. DRØFTING</b> .....	<b>16</b>
5.1 KULTUR OG STIGMA .....	16
5.2 ØKONOMI .....	18
5.3 SJUKEPLEIEROLLA.....	19
<b>6. KONKLUSJON</b> .....	<b>22</b>
<b>REFERANSAR</b> .....	<b>24</b>

# 1 Innleiing

Ei kvinne sit på eit lite rom på psykiatrisk avdeling, tårene renn nedover kinna. Når ein ser nærare kan ein sjå tre djupe kutt på halsen. Dette er ei kvinne med ei sterk historie. Ho er i frå ein liten landsby, der alle kjenner alle. Kvinna fekk påvist humant immunsviktvirus (hiv) for 11 år sidan, men valte å halde det skjult for dei rundt seg. Tidlegare i år fekk ho ulike helseplager og måtte oppsøke lege. Kvinna hadde fått beskjed om at sjukdomen var komen så langt at det ikkje var noko håp. Denne beskjeden kom som et sjokk på ho, og enda med at ho prøvde å ta sitt eiga liv.

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Historia ovanfor er både dramatisk og alvorleg. Dette er dessverre realiteten til mange kvinner i Zambia. Denne hendinga fekk oss til å tenkje og var ein utløysande årsak til at vi valte å ta føre oss temaet hiv og kvinner i oppgåva. Kvinner er spesielt viktige fordi dei har hovudansvaret for barn og familie. Det er defor endå viktigare at kvinner kan leve vidare med hiv, utan at det utviklar seg til aids.

I 2016 hadde Zambia 59 000 nye hiv-infeksjonar og 21 000 nye aidsrealterte dødsfall. Det var 1 200 000 personar som levde med hiv dette året i Zambia (UNAIDS, Udatert). For å møte dette lanserte Zambia ein strategi; "AIDS Response Fast-Track Strategy 2017-2021". Dette er meint som eit vegkart for å oppnå den globale førebygginga og 90-90-90 målet. Det går ut på at 90 prosent av dei som lev med hiv skal kjenne til sin status og 90 prosent av dei som kjenner til sin status skal få tilgang til behandling. Det siste er at 90 prosent av dei som er på behandling, skal ha effekt av behandlinga, det betyr at infeksjonen blir redusert. Strategien har som formål å sikre tilgang til blant anna behandling og omsorgstenestar og forhåpentlegvis forbetre moglegheita til hiv testing (UNAIDS, 2017). Dette viser at dei zambiske styresmaktene ønsker å ta dette på alvor, at dei som lev med hiv skal kjenne sin status og ivaretakast med behandling. Sjukepleiarar får dermed ei viktig rolle i dette arbeidet.

Som nemnt har hiv vore og er framleis eit stort helseproblem i Zambia. Vi ønsker derfor å auke kunnskapen vår om denne sjukdomen, og finne ut korleis ein som sjukepleiar kan ivareta kvinner som lever med hiv. Hiv er ikkje like utbreia i Noreg og vi har derfor svært lite erfaring og kunnskap om denne sjukdomen. For å ta ei samanlikning var det registrert 6277 hiv-positive personar i Noreg i 2017 (HivNorge, 2017).

I løpet av praksisperioden i Noreg har vi ikkje møtt pasientar med sjukdomen, og det er noko av grunnen til at vi ønsker å ta føre oss dette temaet. Forskjellen mellom Noreg og Zambia er stor, vi må derfor ha ein del kulturkunnskap for å kunne forstå og ivareta pasientar på best mogleg måte. Utan kulturkunnskap kan det føre til at ein har ei oppfatning om at eigen kultur er den beste og mest rette, dette blir kalla etnosentrisme (Dahl, 2013, s. 73). Florence Nightingale var den første vi kjenner til som skreiv noko om kva sjukepleie er og hevda at sjukepleie er retta mot pasienten sin oppleving av sjukdom. Hovudfokuset er derfor ikkje på sjølve sjukdomen men på korleis sjukepleiarar kan hjelpe pasienten med deira reaksjonar på å få ein sjukdom (Holter, 2015, s. 110). På bakgrunn av dette har vi valt problemstillinga;

**”Korleis kan sjukepleiarar ivareta kvinner som lever med hiv i Zambia?”.**

## 1.2 Avgrensing og presisering av oppgåva

Problemstillinga er avgrensa til kvinner, her vil vi i tillegg avgrense til kvinner som har ein vaksenrolle i det zambiske samfunnet. I praksis betyr det frå 17 års alderen og opptil om lag 40 år. Hiv er forstadiet til den frykta aids sjukdomen. Med regelmessig medisinar og oppfølging kan menneske med ein hiv-positiv diagnose leve og fungere som normalt. Oppfølging og ivaretaking av pasientar med hiv er ein sentral oppgåve for zambiske sjukepleiarar. I følgje heiverden er det større fattigdom i landsbyar. Det kjem fram at ein av tre lever i fattigdom i byane, og tre av fire i landsbyane (Heiverden, Udatert).

Vi skil ikkje mellom byar og landsbyar sidan kvinner med hiv-smitte finst i heile Zambia. Etter erfaring er det ulike utfordringar å leve med hiv i byar og landsbyar.

Ernæring er ein sentral del av hiv-behandlinga i Zambia, men dette var noko vi ikkje tok del i sidan det var ernæringsfysiolog som hadde ansvaret, vi vel derfor ikkje å legge vekt på dette i oppgåva.

I følgje norsk sjukepleiar forbund er sjukepleie å fremje helse og hjelpe personar som har eller kan bli utsett for sjukdom og helsesvikt med å ivareta pasienten sine grunnleggjande behov (Norsk sykepleierforbund, Udatert) Ivareta er eit sentralt omgrep innan sjukepleie, det tyder: ”ta hand om, ta seg av eller ta vare på” (Språkrådet, 2017). Oppgåva omhandlar korleis ein kan ivareta kvinner som lever med humant immunsviktvirus, vi vel å bruke forkortinga ”hiv”.

## 1.3 Etikk og vår posisjon

Vi er to norske sjukepleiarstudentar som var tre månadar på utveksling til Zambia. Vi har vår utdanning og vår måte å forstå verda på ut i frå vår norske kultur. I møte med zambisk kultur og samfunnsliv kan vi ikkje automatisk legge bort vårt norske og faren for etnosentrisme er stor. For å forstå zambisk samfunnsliv og sjukepleiar sin situasjon må vi forstå kulturelle forhold. Vi ønsker å finne ut av og forstå dei zambiske rutineane ut i frå ein zambisk kontekst og vil etterstreve ein kulturell relativistisk tilnærming.

## 1.4 Oppgåvas oppbygging

Oppgåva består av seks kapittel. I første del blir tema og problemstilling presentert, etterfølgt av metodekapittelet. Her blir val av metode, framgangsmåten for litteratursøk og kjeldekritikk skildra. I teoridelen blir relevant teori presentert, dette er henta frå pensum og sjølvvalt litteratur, deretter kjem presentasjon av forskingsartiklar som blir brukt i oppgåva. Dette er utgangspunktet for å drøfte problemstillinga. I det femte kapittelet drøftast problemstillinga i lys av teori og forskning som er presentert. Til slutt kjem det ei oppsummering av oppgåva i konklusjonen. Oppgåva følger retningslinjene for oppgåveskriving av Høgskulen på Vestlandet.

## 2. Metode

### 2.1 Val av metode

Sosiologen Vilhelm Aubert uttrykte at;” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Sitert i Dalland, 2012, s. 110). Vi har valt litteraturstudie som metode, kombinert med teori og erfaringar.

Vi valte å bruke forskning som er basert på både kvalitative og kvantitative metodar i oppgåva. Dei kvantitative metodane har den fordelen at dei gir data i form av målbare einingar, til dømes for å få kunnskap om førekomsten av hiv. Dei kvalitative metodane tar sikte på å fange opp mening og opplevingar som ikkje lar seg talfeste eller måle, til dømes for å få oversikt over kva som kjenneteiknar gruppa av hiv- smitta personar i Zambia. Grunngevinga for å velje ein bestemt metode er at vi meina den vil gi oss gode data. I tillegg til å sette i lys spørsmålet vårt på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2012, ss. 111-112). Vi meina at ein får gode data og materiale, ved å bruke studiar med begge metodane. I tillegg til å bruke relevant litteratur, tar vi inn eigne erfaringar og

observasjonar frå praksis i oppgåva. I Zambia hadde vi ein akademisk diskusjon rundt teamet hiv, saman med zambiske sjukepleiarar og lærarar. Kunnskap og opplysningar frå denne dagen blir også brukt i oppgåva og blir særleg relevant i drøftinga. Kvaliteten av våre eigne observasjonar avhenger av mange faktorar, ein må derfor vere oppmerksom på dei feilkjeldene det kan innebære (Dalland, 2012, s. 203).

## 2.2 Søkeprosessen

Søket etter forskning vart utført i februar 2018. Ønske var å finne ulik forskning generelt om hiv og om kvinner som lever med hiv i Zambia. For å finne forskingsartiklar som passar til problemstillinga har vi nytta databasane Ebscohost med Cinahl og Academic Search Elite. Sidan oppgåva har disposisjon internasjonalt, vart søkeorda skrivne på engelsk. Vi hadde ein gjennomgang av totalt åtte forskingsartiklar, der fire av dei var relevant for oppgåva. I databasen Ebscohost vart to artiklar funne og tatt i bruk i oppgåva. Søkeorda "Hiv/Aids", "adults" og "Africa" vart brukt. Søkeordet "adults" valte vi for å korte ned på søket då det kom opp mange artiklar om barn, men fokuset er retta mot vaksne. Det kom opp 127 treff der ein av dei første artiklane; "Stigma as experienced by patients in an Hiv/Aids clinic in Johannesburg, South Africa" (Gilbert & Walker, 2010) var relevant. For å finne den neste forskingsartikkelen vart søkeorda "Zambia", "Adults" og "Hiv/Aids" brukt. Søket vart korta ned til fulltekst og vaksne i alderen 19-44 år. Det gav åtte resultat der "The Epidemiology of HIV infection in Zambia" (Kandala, Cappuccio, & Stones, 2008) var relevant.

Svært få artiklar tok for seg spesifikt om Zambia, derfor endra vi søket til land sør for Sahara. I databasen Academic Search Elite brukte vi søkeorda "Hiv/aids", "South Africa" og "Care". Det gav 480 treff der artikkelen "Barriers to care among people living with HIV in South Africa: Contrasts between patient and healthcare provider perspectives" (Bogart, et al., 2013) var relevant. I databasen Cinahl vart søkeorda "Hiv/Aids", "South Africa" og "Women" brukt. Det var totalt 394 treff på dette søket og ein artikkel var relevant; "Women's experience of HIV as a chronic illness in South Africa: hard-earned lives, biographical disruption and moral career" (Wouters & De Wet, 2016). Sjukepleie er eit fag som oppdaterer seg kontinuerleg, av den grunn vart søket korta ned til år 2000-2018.

Vi har brukt fagkunnskap frå pensum, og sjølvvalt litteratur. "Metode og oppgaveskriving" (Dalland, 2012) har vore ei sentral bok i forhold til oppgaveskriving og struktur. "Sosiologi i sykepleie og helsearbeid" (Ingstad, 2013), "Global forståelse" (Bergersen, 2017) og "Møter mellom mennesker" (Dahl, 2013) har vore relevant litteratur om blant anna kultur, kjønn og identitet. Frå boka

”pedagogikk i sykepleiepraksis” (Tveiten, 2008) har vi henta litteratur som omhandlar blant anna viktigheita av informasjon og rettleiing. Fagkunnskap om hiv og aids er henta frå blant anna ”Aids Epidemien” (Frøland, 2014), ”Dette bør du vite om hiv og aids” (Connolly & Borge, 2003) og «hiv og aids» (Pratt, 2003). Dei omhandlar ufordringar og behandlingar av sjukdomen. ”Sykepleieteorier” (Kirkevold, 1998) og ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” (Travelbee & Thorbjørnsen, 1999) har gitt litteratur om mellommenneskelege aspekt og om sjukepleiaren sin funksjon. ”Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie” (Groven & Holter, 2015) og ”Grunnleggende behov” (Stordalen, Grasaas, & Hovland, 2005) har gitt oss relevant litteratur som blant anna går ut på utøving av sjukepleie og møte med pasientar.

## 2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er dei metodane som brukast for å fastslå om ein kjelde er sann. Det er å vurdere og karakterisere dei kjeldane som nyttast. Det er to sider ved kjeldekritikk. Den første handlar om hjelp til å finne fram til den litteraturen som på best mogleg måte kan lyse opp ei problemstilling, det kallar ein litteratursøking. Den andre handlar om å gjere greie for den litteraturen ein har anvendt i oppgåva (Dalland & Trygstad, 2012, ss. 67-68). ”Kjeldekritikken skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen” (Dalland & Trygstad, 2012, s. 72). Dei databasane vi har valt å nytte oss av er databaser som høgskulen har anbefalt. Vi stolar på at skulen anbefala pålitelege og sikre kjelde, men vi har samtidig vore kritisk til dei artikkane vi har funne.

Vi har tatt føre oss fire forskingsartiklar i oppgåva som vi meina er relevante. ”The Epidemiology of HIV infection in Zambia” er i frå år 2008. Forskingsartikkelen ”Stigma as experienced by patients in an HIV/AIDS clinic in Johannesburg, South Africa” er i frå år 2010. Ein svakheit kan vere at sjukepleie er eit fag som stadig er i endring, og desse artikkane kan derfor vere utdaterte. Men vi vel å bruke dei sidan teori og våre egne erfaringar stemmer over eins med funna i forskingsartikkane. ”Barriers to care among people living with HIV in South Africa: Contrasts between patient and healthcare provider perspectives” og ”Women’s experience of HIV as a chronic illness in South Africa: hard-earned lives, biographical disruption and moral career” er i frå år 2013 og 2016. Arenaen for dei tre siste artikkane er sør for Sahara, hovudsakleg tatt utgangspunkt i Sør-Afrika. Vi har likevel valt å bruke desse, då vi meina dei har ein overføringsverdi til vårt tema.

Litteraturen vi brukar er hovudsakleg på norsk, sjølv om tema for oppgåva handlar om sjukepleie i Zambia. Vi vel å bruke norsk litteratur og kunnskap om hiv/aids i internasjonal sjukepleie etter dei



etiske retningslinjene for sjukepleiarar. Vi har valt å ta føre oss bøker av eldre årstal, til dømes «Sykepleieteorier» og «hiv & aids». Saman med nyare litteratur ser vi at det stemmer overeins med anna teori, forskning og erfaringar og meina derfor at det er relevante opplysningar for vår oppgåve.

## 3. Teori

### 3.1 Ivaretakande sjukepleie

For at ein som sjukepleiar skal kunne gi god pleie og omsorg til ein pasient, er det viktig at ein ser heile menneske. Med det meina ein at ein er nøydt å ta omsyn til den enkelte menneske basert på dei fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelege sidene. I tillegg burde ein sjå pasienten sine sosiale og helsemessige problem i samanheng med samfunnsmessige faktorar av både politisk og økonomisk karakter (Stordalen, Grasaas, & Hovland, 2005, s. 15). I følgje Kyrkje-, utdannings og forskingsdepartementet kjem det fram at ein ikkje kan forstå eit menneske dersom ein ikkje ser at ulike dimensjonar og behov påverkar kvarandre gjensidig. For å gi god pleie og omsorg til den sjuke, må sjukepleiar ha forståing for sjukdommen sine årsaka og konsekvensar og ha ein evne til å leve seg inn i pasienten sin situasjon. Vidare skal ein sjukepleier rettleie menneske til å vere i stand til å førebyggje sjukdom og meistre konsekvensar av sjukdom (Stordalen, Grasaas, & Hovland, 2005, s. 16).

Det kjem fram i yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar at sjukepleie sitt grunnlag beskriv det etiske fundament for all sjukepleie. Sjukepleiefaget sin grunngeving er mennesket sjølv og respekten for det enkelte mennesket sitt liv og ibuande verdigheit skal prege praksis. Sjukepleie skal framleis baserast på barm-hjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettigheitane. Sjukepleie sin fundamentale plikt er å fremme helse, førebygge sjukdom, lindre liding og sikre ein verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2016).

### 3.2 Sjukepleiefagleg Perspektiv

Verdigheita som er knytt til relasjonar og identitet, vil gi ei betre meining dersom den blir forstått i kontekst. Opplevinga i kva som er ivaretakande eller krenkande, avhenger av konteksten til den enkelte. I den vestlege verda er verdigheit i stor grad knytt til autonomi og fridom. I deler av verden der et meir kollektivistisk menneskesyn er rådande, vil menneske sin fridom og autonomi ikkje bli like godt vektlagt i like stor grad når det gjeld ivaretaking av verdigheita. Her vil kanskje sosial status og posisjoner vektleggast i større grad (Heggstad, 2016, s. 28). Per Fugelli hevdar at krenking av

verdighet kan bidra til å gjere menneske sjukare, medan ivaretaking av verdigheita vil bidra til å fremme helse (Sitert i Heggstad, 2016, s. 27).

### 3.2.1 Sjukepleiaren sine mellommenneskelege aspektar

I Følgje Travelbee sin teori må ein å forstå kva sjukepleie er og burde vere. Ein må også ha ein viss forståing av kva forhold ein som sjukepleiar skal ha med pasienten. Travelbee sine idear er samanfatta i hennar definisjon av sjukepleie: «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee & Thorbjørnsen, 1999, s. 29).

Travelbee hevdar at personen sin oppleving av sjukdom og liding er viktigare enn diagnosen. Menneske reagerer forskjellig på liding. Det er derfor viktig at ein som sjukepleiar kan etablere eit menneske-til-menneske forhold, slik at behova pasienten har kan bli best mogleg oppfylt. Sjukepleiaren står ansvarleg for å etablere og oppretthalde forholdet, så langt pasienten ønsker det (Sitert i Kirkevold, 1998, s. 116).

Ho fortel at ein person trenger sjukepleie når vedkommande søker hjelp fordi ein opplev å ha eit problem, eller ein krisesituasjon. Det blir blant anna trekt fram at personar som ikkje er i stand til å meistre sjukdom og lidingar, eller som ikkje finner ein felles meining i desse situasjonane, treng sjukepleie. Travelbee hevdar at alt som forstyrrar personen sin helse og velvære, er også eit problem for sjukepleiaren. Ho nemnar lite om omgivnadane til pasienten, men at kulturen vedkommande er en del av, fargar kva oppfatning vedkommande har over eiga sjukdom og liding (Sitert i Kirkevold, 1998, s. 121).

### 3.2.2 Sjukepleiaren sin funksjon

Virginia Henderson erfarte at pasientane ikkje berre bestod av ein kropp, men hadde også et sinn med tankar, kjensle, ønsker og behov. Tida ho hadde på Teachers College bidrog til å avklare søket ho hadde etter ein skildring av sjukepleiarens eigenart. Ho vart oppmerksom på korleis pasientane ofte vart fråteken sin menneskeheit og verdighet, i den forstand at søkelyset i hovudsak vart satt på sjukdomen og ikkje på det sjuke mennesket. Ho erfarte at hjelp kunne utførast på ein meir menneskeverdig måte (Sitert i Mathisen, 2015, ss. 124-125).

Henderson omtaler den som mottar profesjonell sjukepleie som pasienten. Ho forklarte at "pasienten er en person som ikke har tilstrekkelig styrke, vilje eller kunnskap til selv å utføre aktiviteter som er nødvendige for å opprettholde helsen, bli frisk fra sykdom eller få en fredfull død. Hadde pasienten selv hatt disse ressursene, ville han selv ha sørget for det." Det var viktig for ho å poengtere at god sjukepleie er å hjelpe pasienten der han er, med dei helseutfordringane personen ikkje klara på eigenhand. Menneske er eit vesen som blir på ein eller anna måte påverka av sine sosiale omgivadar. Ho peikar på at sjukepleiaren alltid må oppfatte sin pasient som eit menneske som både har ein psykisk, fysisk, sosial og åndeleg dimensjon (Sitert i Mathisen, 2015, s. 127).

Sjukepleiaren sitt ansvars område går blant anna ut på at i situasjonar der individet ikkje er i stand til å ivareta det helsefremmande og behovstilfredstillande livsmønsteret, kan sjukepleiar kome inn med både støttande og erstattande tiltak. Henderson peikar på at dette kan vere sentralt når pasienten på grunn av manglande krefter, kunnskap eller vilje hemmar mennesket sin helse (Sitert i Kirkevold, 1998, s. 105).

### 3.3 Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon

Dei fleste menneske vil i samanheng med sjukdom og lidingar hos seg sjølv eller nærstående ha behov for å vite, forstå og meistre symptom og behandling. I tillegg til konsekvensar som kan kome av symptom og behandling. Også for at ein pasient skal kunne ivareta eigenomsorg er informasjon og undervisning relevant. Dei fleste pasientane treng kontinuerleg undervisning og rettleiing, på denne måten kan dei meistre sjukdomen best mogleg og klare seg best mogleg sjølv. Det er viktig å sette seg inn i kva pasienten sjølv tenker om sin situasjon, og kva pasienten allereie veit om eigen sjukdom (Tveiten, 2008, s. 157)

Pasientar kan komme til avtalt møte med sjukepleiar og har allereie lest seg opp eller høyrte ting om sin eigen tilstand. Dette kan vere med på å bidra til at pasienten har ein annleis oppfatning eller feil informasjon om sin situasjon. Når ein spør pasienten om dette bidreg ein til brukarmedverknad, samt ein får eit bilete av kva pasienten veit om denne sjukdomen og kor forberedt han er (Tveiten, 2008, s. 158). Dei fleste menneske set pris på at dei får informasjon og undervisning om det som angår dei, deira eigen helse og livssituasjon. Det er viktig at ein kan tileigne seg kunnskap, forståing og ferdigheitar om sin eigen tilstand. Som sjukepleiar har ein god moglegheit for å bli kjend med pasienten, legge til rette for ein individuell undervisning og rettleiing. Det vil og gjere det mogleg å ivareta brukarmedverknad og autonomi (Tveiten, 2008, s. 159). Sosial- og helsedepartementet viser

til at det er viktig at pasienten har nok informasjon slik at han/ho kan ta egne val som er best for deira eigen helse (sitert i Tveiten, 2008, s. 159).

### 3.4 Zambia

Zambia er ein innlandsstat som er dobbelt så stort som Noreg, både i folketal og areal. Det ligger i den sørlege delen av Afrika, og er delt inn i 9 provinsar. Landet sin befolkning består stort sett av afrikanske folkegrupper, der den afrikanske majoriteten består av over 70 forskjellige stammer og etniske grupper (Heiverden, 2017).

I 2015 stagnerte Zambia sin økonomi, veksten i brutto nasjonal produkt per innbyggjar var nær null i 2016. Den viktigaste eksporten til Zambia, kobbar hadde eit raskt fall i priser. I tillegg har endrande skattereglar og budsjettoverskridingar svekka valutaen. Stor befolkningsvekst gjer til at det er vanskeleg å bygge nok skular og skape arbeidsplassar til nok personar (Norad, 2017). Landet er prega av få utdanna helsearbeiderar og lite ressursar, som påverkar helsesystemet. I tillegg til store avstandar er det problematisk å nå ut til alle med helsetenestar som det er behov for (LHL Internasjonal, Udatert).

I følgje kyrkens nødhjelp er landet et av dei fattigaste i verden og vald mot kvinner er utbredt. I distrikta utgjer kvinner fleirtalet av dei fattige og det er vanskeleg som kvinne i Zambia å delta på ulike nasjonale og lokale prosesser som omhandlar blant anna utvikling og politiske prosesser. Det er derfor ei utfordring å gjere val om sine egne liv og moglegheita til å bli høyrte. (Kirkens nødhjelp, Udatert). Rettighetane og posisjonen til kvinner i Zambia blir langsamt styrka (Norad, 2017).

### 3.5 Kultur

Omgrepet kultur kan tydst på fleire måtar. Ein forklaring kan vere at det er arv og minner. Det vil sei tradisjonar, kulturlandskap, kystkultur og kulturgjenstandar. Dette vil vere ein del av identiteten til eit menneske. Det kan vere ein måte å leve på eller å vere på. Kultur kan tydst som meningsfellesskap, som for eksempel verdiar, kodar, idear og normer (Dahl, 2013, s. 34). Ordet verdi kan definerast som ein klar haldning eller oppfatning vi har av korleis noko burde vere på eit bestemt område. At noko har verdi kan innebere at det er til nytte for nokon (Bergersen, 2017, s. 17). Det er noko som er viktig for individet sin eksistens og som gjer livet betre eller rikare (Bergersen, 2017, s. 18)

Dominerande verdiar i eit samfunn er noko som bevisst eller ubevisst blir sett på som viktige for fleirtalet i ei gruppe. I tillegg har ein individuelle verdiar som kvart enkelt individ vektlegg som viktige eller mindre viktige. Vår personleg verdi er ofte påverka av dei dominerande kulturelle verdiane vi er oppvaks med (Bøhn og Dypedal sitert i Bergersen, 2017, s. 18)

Helsepersonellet må ha ein kulturell kompetanse for å gjer det mogleg å tilpasse sitt arbeid til pasientar i frå ulike kulturar. Helsearbeidaren må derfor vise forståing til menneske sine ulike erfaringar og reaksjonar ut i frå deira kultur, religion, etnisitet og bakgrunn. Ein er nøydtt til å ha kjennskap til at kulturelle forskjellar kan påverke menneske sine reaksjonar (Ingstad, 2013, s. 116). Det er viktig at helsepersonellet har ein kulturell bevisstheit. Dette går ut på at ein er bevisst på eigen kultur. Ein utforskar sin egne normer og verdigrunnlag, dette vil gjer det lettare å legge merke til sine egne haldningar og fordommar for andre kulturar. Blant anna for å forstå pasienten sin kontekst, noko som vil bidra til at ein ser pasientane ut i frå deira perspektiv (Ingstad, 2013, s. 117). Ein er nøydtt til å opparbeide seg ein mellommenneskeleg relasjon til pasienten, dette inneberer at ein er villig til å akseptere, erkjenne og respektere kulturelle forskjellar, og at ein behandlar pasientane som unike individa, med unike behov (Ingstad, 2013, s. 118).

Det er ikkje alltid like lett å forstå andre sin kultur, og ein kan lett samanlikne sin eigen kultur med andre. Dette kan medføre at ein ser på andre sin kultur som feilaktige. Det kan ha ein negativ vending, fordi ein kan feiltolke, lage fordommar og konfliktrar. For helsepersonell kan dette medføre at ein diskriminera og undertrykkjer andre sin kultur, dette er også kaldt etnosentrisme (Ingstad, 2013, s. 115-116). Kjønn er noko som konstruerast i samhandling mellom menneske, og kjønnsforskjellar gjer seg gjeldande på fleire område. Ulikheitar kan ein sjå blant anna når det gjeld inntekt, arbeidstid og helse. Ein helsearbeidar må forhalde seg til både kvinner og menn når det gjeld pasientar og kollegaer, og det er derfor viktig å ha ein forståing av problemstillingane som er knytt til kjønn. Sosialt kjønn inneberer dei sosiale og kulturelle forventningane vi har til dei to kjønna. Det er dei samfunnsmessige fortolkningane og forskjellane mellom kvinner og menn (Ingstad, 2013, s. 82). Det finnes forskjellar mellom kvinner og menn i samfunnet. Kvinner sitt generelt med mindre økonomisk, politisk og symbolsk makt i samfunnslivet enn menn (Ingstad, 2013, s. 89).

### 3.6 HIV/AIDS

Viruset finnes i nesten alle organ og kroppsvev, og i større eller mindre grad i alle kroppsvæsker hos ein hiv-positiv person. Det er bare blod, sæd, sekret frå livmorhals og vagina i tillegg til analsex

som er av betydning når det kjem til smittesamanheng. Det er tre dominerande former for overføring av smitte. Den første er overføring ved seksuell kontakt, den andre er overføring med blod eller blodprodukt og det tredje er overføring frå mor til barn (Frøland, 2014, s. 33).

I hovudsak vil ubehandla hiv-infeksjon ha det same sjukdomsforløpet hos menn som hos kvinner. Derfor er det interessant at kvinner kjem gjennomgåande betre ut enn menn i overlevingsstudiar. Derimot har kvinner ein større tendens til å droppe ut av behandling. Det kan skuldast at kvinner har meir biverknadar av enkelte medikament, men det kan også skuldast sosiale og økonomiske årsaka (Frøland, 2014, ss. 128-129). Hos dei aller fleste pasientar fører ubehandla hiv- infeksjon til ein øydelegging av immunsystemet over tid. Aids-omgrepet er ein samlebetegnelse for ei rekke alvorlege sjukdomskomplikasjonar knytt til immunsvikt. Desse er vanlege i den siste fasen av hiv- infeksjonen sitt forløp, og sjukdomsbildet blir kalla aids (Frøland, 2014, ss. 86-87).

Antiretroviral terapi (ART) er den medikamentelle behandlinga ved hiv. Medikamenta verkar mot retrovirus og bremser eller stansar viruset frå å formeire seg inne i kroppens immunceller (Norsk Helseinformatikk, 2013). Fleire og fleire pasientar som lever med ein hiv-sjukdom, lever eit liv med god livskvalitet samanlikna med tidligare år. Dette er takka vere utviklinga av ART. Det forutset derimot at pasientar held seg til behandlingsregime, her har helsepersonell ei avgjerande rolle til å støtte pasientar for å oppretthalde behandlinga til kvar enkelt (Pratt, 2003, s. 376). Det er ein viktig sjukepleieoppgåve sidan legemiddelet må takast på rett måte, til rett tid og rett dose for at hensikta med behandlinga skal lykkast. (HivNorge, 2017) Den medisinske behandlinga kan føre til plager og biverknadar som kvalme, oppkast og krampe. Når ein har desse biverknadane kan det vere vanskeleg å følge det som legen har angitt i forhold til medikamenta. Det skal takast til nøyaktig same tid, nokre medisinar skal takast på tom mage, andre må svelgast med feit mat og dette er ikkje alltid like enkelt (Connolly & Borge, 2003, s. 45).

Det kan vere ei stor påkjenning å få beskjed om at ein er hiv-positiv. Det kan blant anna få konsekvensar for ulike forhold som til dømes arbeidsplassen, venner, familie og andre sider ved kvardagen. Derfor er det så viktig at ein legg til rette forholda slik at pasientane kan få ein så normal livssituasjon som mogleg. Det er vist at hiv-smitta personar som får støtte og medkjensle taklar sjukdomen betre enn dei som blir utsett for stress og isolasjon. Støttegrupper for dei som lev med hiv kan ivareta personar slik at dei ikkje følar seg einsame. Mange pasientar fortel at den største byrden er å føle seg aleine (Connolly & Borge, 2003, s. 43).

## 3.7 Stigma

Hiv- infeksjon og aids har sidan det vart erkjent i 1981 vore knytt til stigmatisering og diskriminering (Frøland, 2014, s. 230). Det er mange årsaka til dette, og det kan vises i forskjellige ytringsformer. Det kan bli vist negativ åtferd og haldningar mot den hiv smitta, eller gjennom sosial eksklusjon og diskriminerande handlingar (Frøland, 2014, s. 235). Når vi i tillegg gir personar negative kjenneteikn utset vi personar for stigmatisering eller stemping. Personen blir ikkje sett på som eit menneske med positive og negative eigenskapar, men får i staden ein "merkelapp", til dømes som den hiv-positive. Slik stemping kan bidra til ei forsterkande åtferd, der forventningar blir knytt til stempelet og forsterkar dette (Garsjø, 2001, s. 171). Det er derfor ikkje uvanleg at det kan gå ut over den psykiske helsa til personar som er hiv-positive. Alle desse negative haldningane til sjukdomen kan føre til skuldkjensle og lavt sjølvbilete. I eit forhold kan dette skade relasjonen ein har til sin seksualpartner, på grunn av frykt for den reaksjonen som kan kome. Dette kan resultere i at ein ikkje informerer om sin hiv-status og involverer seg i usikker sex. Stigmatiseringa har ført til problem på to område. For det første svekker det hiv-pasienten sin livskvalitet og for det andre skaper det alvorlege problem for å redusere spreiding av hiv (Frøland, 2014, s. 236).

I tillegg kan stigmatiseringa føre til at pasientar ikkje tar medisinar regelmessig under hiv-behandlinga fordi dei er redd for å bli avslørt. Særleg gjeld dette afrikanske land, der ein kanskje ikkje aktivt oppsøker helsevesenet for testing. Dette er på grunn av at det er stor frykt for stigmatisering og utstøytning. Følgene av stigmatiseringa fører til at det er lettare å spreie hiv- viruset og det får store følger for den enkelte på grunn av udiagnostisert infeksjon eller utilfredsstillande behandling (Frøland, 2014, s. 237).

## 4. Resultat

### 4.1 Artikkel 1

"Women's experience of HIV as a chronic illness in South Africa: hard-earned lives, biographical disruption and moral career" (Wouters & De Wet, 2016). Studien vart godkjent av Utanriksdepartementets etikk komité og av frihetsdepartementet for helse.

Artikkelen er skrevet av Edwin Wouters og Katinka De Wet. Det er utført ein kvalitativ studie, med 48 dybdeintervjuer. Deltakerane bestod av tolv kvinner i ein alder mellom 25-58 år. Kvinnene var informert om forskinga, mogleg risiko og fordelar for deira deltaking og det er motteken informert samtykke frå alle deltakarane. Studien gjekk ut på å utforske opplevinga av å leve med hiv som ein

kronisk sjukdom i Sør-Afrika. Dei fleste deltakarane begynte behandling i 2007, dei har derfor vært på behandling i nesten fem år når studien vart utført.

Funna peikar på at hiv har ein innverknad på kvinner sin seksuelle, reproduktive og personlege liv. Nesten alle deltakarane såg på livslang behandling som ein ny sjanse til livet, og var derfor svært motivert til å overhalde retningslinjene for behandling. Det vart derfor sett på som ein viktig del av den hiv positive diagnosen. Deltakarane indikerte at dei ikkje ser på hiv for å vere ein så alvorleg tilstand, og at på grunn av ART føler dei at hiv ikkje fysisk svekka deira daglege funksjon. Funna peiker også på at deltakarane ikkje nødvendigvis har mange helsemessige problem, men heller økonomiske problem. Alle deltakarane vaks opp under apartheid som har vore en faktor der dei har opplevd vald og tap. Mange av dei har mista nære relasjonar grunna hiv/aids eller andre unaturlege årsaker. Dette har ført til at mange av deltakarane har måtte ta seg av barna til dei etterkomne. Det har gått ut over den økonomiske situasjonen fordi dei må støtte dei økonomiske og kjenslemessige behova til den utvida familien. Ein deltakar sa at normale roller ikkje kan avsluttast for å gå inn i ein rolle som sjuk, dette fordi dei har eit omfattande ansvar for sine egne og andre sitt barn.

Diagnosen har gjort til at nokre av kvinnene har dårlegare sjølvtilitt, mykje på grunn av at sjukdomen er forbunde med umoralsk oppførsel.

Deltakarane måtte også fullføre eit bestemt utdanningsprogram. Dei var einige i at den kunnskapen dei fekk gjennom programmet var avgjerande for å overvinne det første sjokket av å vere hiv positiv. Emne som vart tatt opp var blant anna stigmatisering og diskriminering, juridiske problemstillingar, sunn livsstil, ernæring og det grunnleggande om hiv/aids. I tillegg til å bli undervist om ART og biverknadane det kan ha.

## 4.2 Artikkel 2

”Stigma as experienced by patients in an Hiv/Aids clinic in Johannesburg, South Africa.” (Gilbert & Walker, 2010). Vi valte denne artikkelen fordi vi meina den er relevant for oppgåva. For at vi som sjukepleiarar skal kunne ivareta eit menneske med diagnosen hiv, er det viktig at vi set oss inn i kva utfordringar stigma kan ha for pasienten. Artikkelen er skrevet av Leah Gilbert og Liz Walker. Det ble brukt en kvalitativ metode. Intervjua vart held mellom Juni og November, der 44 pasientar deltok frå en HIV/AIDS klinikk i Johannesburg. Studien inneheld blant anna korleis menneske med hiv/aids opplev stigmatisering blant familie og samfunnet. Alle som deltok i studien går på ART behandling, og er tilknytt klinikken i Johannesburg.



Dei fleste pasientane hadde tilbod om ART behandling på sin heimstad, men valte å kome til klinikken i Johannesburg fordi dei ikkje ønska å møte på nokon dei kjente. Dei var redde for at nokon skulle finne ut av hiv/aids diagnosen. Resultata frå studien tyder på at frykt for stigma spelar ein viktig rolle i pasienten sin oppleving av sjukdomen. Pasientane opplevde at hiv-diagnosen gav store utfordringar i kvardagen og at stigmatisering framleis er eit stort problem. Det kom også fram at det har ein innverknad på deira intime seksuelle erfaringar.

### 4.3 Artikkel 3

”The Epidemiology of HIV infection in Zambia” (Kandala, Cappuccio, & Stones, 2008) er skrevet av N-b. Kandala, C Ji, P.F. Cappuccio og R.W. Stones. Det er brukt ein kvantitativ metode. Det er blitt gjort ein tilfeldig sannsynlegheitsprøve av kvinner i alderen 15-49 år, og menn i alderen 15-59 år. Omtrent 2500 menn, og eit tilsvarande antal kvinner vart bedne om å gi blod for syfilis og hiv- testing. 2073 kvinner og 1877 menn vart testa for hiv. Data som var samla inn blei brukt for å undersøke forhold mellom hiv stauts, kjønn, alder og bustad for å betre folkehelse politikk.

Resultata viste at 54% av dei som var hiv positiv var kvinner, og gjennomsnittsalderen ved undersøkingsdiagnosane av hiv-zero positiv for kvinner var 27,7. Utbreiinga av hiv infeksjon var høgare blant kvinner samanlikna med menn. (16,6 % mot 11,7%). I undersøkinga syntes det at kvinner har høgare risiko for å være smitta med hiv enn menn i alle aldersgruppe. Aldersgruppa på 20-24 år viste det største gapet i risikoen for hiv infeksjon mellom menn og kvinner. Det kjem blant anna fram at kvinner har mindre tilgang til utdanning enn menn og derfor blir dei ofte avhengige av eldre menn med god økonomi. Det blir trekt fram at mannen ofte har deltidsjobb ein anna plass i Afrika og at dei kan ha fleire seksuelle partnarar. Det kom også fram anna resultat om kor i Afrika det er mest ramma av sjukdommen hiv, samt forskjellar ifrå byar og landsbyar. Vi vel å ikkje legge vekt på resten av funna, på grunn av det ikkje er relevant for oppgåva.

### 4.4 Artikkel 4

”Barriers to care among people living with HIV in South Africa: Contrasts between patient and healthcare provider perspectives” (Bogart, et al., 2013). I studien vart det samla inn kvalitative data, som hadde som mål å identifisere barrierar for tilknytning til omsorg blant menneske som lever med hiv i Sør-Afrika. Ti pasientar og elleve helsepersonell vart intervjuet i strukturerte intervju, i tillegg vart det utført åtte fokusgruppe intervju med 41 pasientar. For å vere kvalifisert måtte dei vere over 18 år, i omsorg utan å ha starta på ART og vere engelsk eller zulu-talande. Pasientane hadde som sagt ikkje

starta på ART, og var dermed tideleg i sjukdomsfasen. Studien vart starta i januar og avslutta i mars 2010 på McCord Hospital i Durban, KwaZulu-Natal.

Funna peikar på at pasientane uttrykte frustrasjon når det gjaldt klinikkopplevinga og kvaliteten på omsorg. Dette inkluderte lange køar, lang ventetid for behandling og testresultat. I tillegg stengte ofte klinikken før alle pasientane var betent. Nokre av helsepersonalet bekrefta lange køar og manglande evne til å betene det store volumet av pasientar effektivt. Pasientane følte også at helsepersonell kunne ha ein meir omsorgsfull tilnærming. Pasientane hadde behov for empati og omsorg, men følte ofte at dei vart møtt utan respekt. Generelt var helsepersonell fortelingane fråverande på dette temaet, noko som kan tyde på manglande bevissthet eller undervurdering av pasientane sine utfordringar. Pasientane diskuterte sjokk og fornektning som dei første reaksjonane på hiv-diagnosen. Dei følte frykt for at andre skulle finne ut om det og diskriminere dei. Dette var noko av grunnen til at dei følte for å halde det skjult for nærmaste familie og ofte valte å lide aleine, i staden for å søke støtte hos andre. Frå pasientane si side skildra dei stigma som utanfor deira kontroll og dei fokuserte heller på utfordringar som stammar frå stigmatisering. Til dømes at dei unngikk å avsløre sin status til arbeidsgivar, i frykt for konsekvensar som kunne kome.

Pasientane og helsepersonellet fortalte om forskjellen mellom offentlege klinikkar som var gratis og klinikkar der pasientane betalte avgift for visse tenesta. Pasientane føretrekte å delta på klinikkar som dei betalte for, der ventetida var kortare og kvaliteten på omsorg vart oppfatta som høgare. I tillegg var desse klinikkane ofte lokalisert i byområda, der det var mindre sannsynleg og møte på menneske dei kjente. Til tross for desse fordelane fortalte pasientane om hindringa som oppstod ved å betale for tenestane. Pasientar som måtte ta seg fri frå jobb, frykta å miste lønn eller bli sagt opp som ein konsekvens. Helsepersonalet anerkjente pasientane sine økonomiske vanskar og sysselsettingsproblematikk, og var einige om at offentlege klinikkar hadde lange køar og var mindre effektive. Fordi offentlege klinikkar tilbydde fri behandling og gav tenesta til dei fleste lokalsamfunn, reduserte helsepersonalet slike barrierar. Helsepersonalet peikte på at slike barrierar ofte var ein følge av stigma, og at pasientane burde overvinne frykta for å bli sett på klinikkar i sine lokalsamfunn og fortelle sin arbeidsgivar om situasjonen. I tillegg fortalte pasientane om tilsette som tok hyppige pausar, føretok personlege samtalar i løpet av arbeidstida eller sosialiserte seg med andre medan pasientane venta.

Svakheita ved forkinga kan vere at den vart gjennomført på ein klinikk i Durban. Den er ikkje meint å vere generalisert, men heller for å få fram ein rekke faktorar som kan bidra til å forstå problemet. Funna er eit utgangspunkt for framtidig forskning, men er relevant for oppgåva fordi den ser på viktige

barrierar for omsorg blant pasientar som har fått påvist hiv. Betre kommunikasjon og forståing mellom pasientar og helsepersonell er nødvendig for å takle utfordringar og finne potensielle løysningar. Dette kan gi større pasienttilfredshet.

## 5. Drøfting

I drøftingsdelen skal vi ta føre oss ulike tema som vi sett i lys av problemstillinga «Korleis kan ein sjukepleiar ivareta menneske som lev med hiv i Zambia». For å finne svar på den skal vi reflektere over det som har kome fram i forskning og teori, satt opp mot egne erfaringar, samt hendinga som er presentert i innleiinga.

### 5.1 Kultur og stigma

Læraren i frå Noreg organiserte ein «Workshop» i samarbeid med sjukepleiarar og lærarar i frå Livingstone School Of Nursing. Der hadde vi ein moglegheit til å ha ein akademisk diskusjon rundt temaet hiv. Vi hadde på førehand forberedt spørsmål som var relatert til kva utfordringa kvinner som lever med hiv har i Zambia. Dette gjorde til at vi kunne stille frittgåande spørsmål som vi kanskje ikkje hadde hatt moglegheita til å spørje om på sjukehuset eller andre stader. I diskusjonen kom det blant anna fram at kvinner er meir utsett for å få hiv enn menn. Dei fortel at menn har større seksuelle behov enn kvinner og kan derfor ha fleire kjærestar. Dette er noko som også kjem fram i forskingsartikkelen "The Epidemiology of HIV infection in Zambia". Det blir trekt fram at kvinner har auka risiko for å bli smitta av hiv av forskjellige årsaka. Som blant anna at kvinner har sitt første samleie med eldre menn, som tidlegare har hatt andre seksuelle partnarar. Det kjem og fram at kvinner er gift med menn som jobbar over lengre periodar andre stader, som til dømes lastebilsjåfør. Det er noko som kan bidra til at menn har samleie med andre kvinner når dei reiser (Kandala, Cappuccio, & Stones, 2008).

Det finst forskjellar mellom kvinner og menn i samfunnet. Blant anna sitt kvinner generelt med mindre symbolsk makt i samfunnslivet enn menn (Ingstad, 2013, s. 89) . Kvinner har ein utfordring når det gjeld å ta hand om sitt eiga liv og moglegheita til å bli høyrte (Kirkens nødhjelp, Udatert). Forsking viser at kvinner er prega av å vere hiv-positiv, blant anna på grunn av at diagnosen er forbundet med umoralsk oppførsel. Kultur kan vere ein måte å leve på eller å vere på. Det er eit meningsfellesskap som til dømes verdiar, koder, idear og normer (Dahl, 2013, s. 34). Travelbee nemnar lite om omgivnadane til pasienten, men peikar på at kulturen vedkommande er en del av, fargar kva oppfatning vedkommande har over eiga sjukdom og liding (Kirkevold, 1998, s. 121). Dette

kan ha betydning i forhold til at kvinna føler skuld over sin hiv-status. Det er viktig å få fram at umoralsk oppførsel ikkje berre kan vere forbundet til kvinner, sjølv om kanskje kulturen er lagt opp slik.

I følge teori er dominerande verdiar i eit samfunn som bevisst eller ubevisst oppfattast som viktige for fleirtal i ei gruppe. Kvart enkelt menneske sin personlege verdi er ofte påverka av dei dominerande kulturelle verdiane vi er oppvaks med. Etter eigne erfaringar opplevde vi at kulturen og samfunnet i Zambia var lagt opp til at kvinner hadde større utfordring med å takle det å vere hiv-positiv. Vi oppfatta at for å ivareta kvinner som lever med hiv, må vi ha ein forståing for utfordringar dei møter på i samfunnet. I følge teorien må ein sjukepleiar ha kulturell kunnskap i arbeid med menneske. Dette vil bidra til at ein ser pasientane ut i frå deira perspektiv (Ingstad, 2013, s. 117). I følge kyrkje-, utdannings og forskingsdepartementet kjem det fram at for at ein som sjukepleiar skal kunne gi god pleie og omsorg til pasienten, må ein har forståing for kva årsak og konsekvens sjukdomen har. Sjukepleiar må ha ein evne til å leve seg inn i pasienten sin situasjon (Stordalen, Grasaas, & Hovland, 2005, s. 16). Dette støttar opp mot det Henderson hevdar. Ho meina at god sjukepleie er å hjelpe pasienten der ein er (Mathisen, 2015, s. 127).

Vi erfarte at ein av dei største utfordringane kvinna har er stigmatisering. Ein kan blant anna dra fram situasjonen som vart introdusert i innleiinga. Kvinna som kom i frå ein liten landsby valte å halde hiv-diagnosen skjult for alle. Dette førte til ein dramatisk hending, der kvinna prøvde å ta sitt eiga liv. Det var vanskeleg å forstå kvifor eit så stort helseproblem er så tabubelagt at ein ikkje kan fortelle det til familie eller venner. I følge teori kan det bli vist negativ åtferd og haldningar mot den hiv-smitta, eller gjennom sosial eksklusjon og diskriminerande handlingar (Frøland, 2014, s. 235). Stigmatisering kan ha ein rekkje konsekvensar for kvinna, det kan vere med på å svekke livskvaliteten. Dei negative haldningane til sjukdomen kan føre til skuldkjensle og lavt sjølvbilete. Det kan bidra til at kvinna ikkje fortel om sin hiv-status i frykt for den reaksjonen som kan kome (Frøland, 2014, s. 236). Dette støttar opp mot forskning, der pasientane fortel at dei fryktar at andre skal finne ut om hiv-statusen og diskriminere dei. Dette var ein av grunnane til kvifor dei valde å halde det skjult for nærmaste familie og lide aleine, i staden for å søke støtte hos andre (Bogart, et al., 2013).

Garsjø hevdar at når ein gir personar negative kjenneteikn utsett ein personar for stigmatisering, eller rettare sagt stempling. Dette vil sei at kvinna ikkje blir sett på som eit menneske med positive og negative eigenskapar, men heller blir sett på som den hiv-positive. Dette kan bidra til ein forsterkande åtferd (Garsjø, 2001, s. 171). Etter eigne erfaringar har stigmatisering hatt ein konsekvens for oppfølging av kvinner som er hiv-smitta. Når vi var på hiv-klikken i Livingstone var det

fleire kvinner som hadde reist langt for å kome til klinikken. Dei hadde tilbod om andre hiv-klinikkar som var nærmare der dei budde, men var redd for å møte på nokon dei kjente. Dette kjem også fram i to av forskingsartiklane vi har tatt føre oss. Fleire av pasientane valte å reise til storbyar, fordi det var mindre risiko for at dei møtte nokon dei kjente der (Bogart, et al., 2013). Dette resultatet tyder på at frykt for stigma spelar ein viktig rolle i pasienten sin oppleving av sjukdomen (Gilbert & Walker, 2010). Sjukepleiar kan legge til rette for at verdigheita til kvinna blir ivaretatt. Teori nemnar at opplevinga i kva som er ivaretagande eller krenkande, avhenger av konteksten til den enkelte. Til dømes kan sosial status vektleggast i større grad, enn fridom og autonomi (Heggestad, 2016, s. 28). Per Fugelli hevdar at ivaretaking av verdighet kan bidra til å fremme helse (Heggestad, 2016, s. 27).

Ein kan tenke seg at det er ein stor påkjenning for kvinner å reise lange avstandar kvar gong ein skal på eit sjukehusbesøk. Dette kan mogleg påverke motivasjonen og meistringa over eigen sjukdom over lengre tid. Travelbee hevdar at alt som forstyrrar personen sin helse og velvære, er også eit problem for sjukepleiaren (Kirkevold, 1998, s. 121). Dette er i samsvar med det Henderson peikar på. Ho trekk blant anna fram at sjukepleiaren sitt ansvarsområde går ut på situasjonar der individet ikkje er i stand til å ivareta helsefremmande og behovstilfredstillande livsmønster. Sjukepleiar kan kome med både støttande og erstattande tiltak. Dette kan vere sentralt når pasienten på grunnlag av manglande krefter, kunnskap eller vilje hemmar pasientens helse (Kirkevold, 1998, s. 105). Den hiv-smitta som får støtte og medkjensle vil kunne takle sin sjukdom betre (Connolly & Borge, 2003, s. 43).

## 5.2 Økonomi

Zambia er eit fattig land og ein legg spesielt merke til dette ut i distrikta, der kvinner utgjer fleirtalet av dei fattige (Kirkens nødhjelp, Udatert). Store avstandar gjer det utfordrande å nå ut til alle med helsetenestar. Det påverkar også helsesystemet i den grad at det er lite ressursar og få helsearbeiderar (LHL Internasjonal, Udatert). I løpet av vår tid i praksis var vi ei veke på eit sjukehus ute i landsbygda. Her erfarte vi forskjellen på det å bu i byane i forhold til ute på landsbygda. Det offentlege sjukehuset utgjorde lange køar og ofte måtte pasientane vente lenge for å få den behandlinga dei kom for. Dette støttar opp mot forskning der pasientane uttrykte frustrasjon med som sagt kø, ventetid og kvalitet på omsorg. Dei fleste pasientane føretrekte klinikkar som dei betalte for sidan dei opplevde kvaliteten på tenestane som høgare, sjølv om desse ofte var lokalisert i by områda. Dei fleste av kvinnene som var busett i område rundt sjukehuset var fattig og måtte benytte seg av det offentlege sjukehuset. Pasientar som hadde råd til å betale for tenestar hadde utfordring knytt til konsekvensar for å ta seg fri frå arbeid. Det kunne innebære å miste lønn eller å bli

sagt opp (Bogart, et al., 2013). Vi erfarte også at den økonomiske situasjonen til kvinna var utfordrande i landsbyen fordi dei hadde fått eit større omsorgsansvar. Dette kjem også frem i forkinga der kvinnene måtte støtte dei økonomiske og kjenslemessige behova til den utvida familien, som dei hadde måtte ta seg av (Wouters & De Wet, 2016).

Når ein har denne kunnskapen som bakgrunn kan det vere enklare å forstå at økonomi har ein innverknad på kvinnene sitt liv. Forskjell på kjønn gjer seg gjeldande på fleire område, og ulikheitar kan ein sjå blant anna når det gjeld inntekt, arbeidstid og helse. Teorien nemnar at det er viktig å ha ein forståing av dei problemstillingane som er knytt til kjønn (Ingstad, 2013, s. 82). Uavhengig om ein bur i by eller landsby er det utfordringar knytt til det å være hiv-positiv og økonomi spillar ein sentral rolle. Sjukepleiar skal kunne gi god omsorg til pasientar men då er det ein føresetnad at ein må sjå heile mennesket. Ein må sjå samanhengen mellom pasientane sine sosiale og helsemessige problem i tillegg til samfunnsmessige faktorar som både er av politisk og økonomisk karakter (Stordalen, Grasaas, & Hovland, 2005, s. 15).

Travelbee hevdar at menneske reagerer forskjellig på lidning. Som sjukepleiar kan ein etablere eit menneske-til-menneske forhold, som kan gjere til at behova pasienten har kan bli best mogleg oppfylt (Kirkevold, 1998, s. 116). Situasjonane og utfordringane som er nemnt ovanfor er sentralt for sjukepleiar å vere klar over. Det kan vere ei stor påkjenning å få beskjeden om at ein er hiv-positiv i tillegg til å ha dei belastningane økonomi kan dra med seg. Eit tiltak som sjukepleiar kan bidra med for å lette på desse utfordringane kan vere å opprette støttegrupper for hiv-ramma kvinner. Dette kan vere ein trygg arena, der dei kan få snakke ut med andre som er i same situasjon. Kanskje er den økonomiske situasjonen tung å bære på aleine og sjukepleiar kan då komme med råd og støtte slik at kvinna finn motivasjon til å takle sjukdomen, sjølv med alt det andre som er på tankane. Teori har vist at hiv-smitta personar som får støtte og medkjensle taklar sjukdomen betre enn dei som blir utsett for stress og isolasjon. Støttegrupper kan bidra til å ivareta personar slik at dei ikkje følar seg einsame. (Connolly & Borge, 2003, s. 43).

### 5.3 Sjukepleierolla

I løpet av vår praksisperiode i Zambia fekk vi erfart korleis hiv-klinikken er og korleis sjukepleiarar, legar, ernæringsfysiologar og apotek jobbar tverrfagleg saman. Pasientane kom til klinikken tidleg på morgonen og brukte store delar av dagen der. I samheng med sjukdom og lidningar, har dei fleste menneske behov for å forstå, vite og meistre det som angår sjukdomen. Enten om det er hos seg sjølv eller nærstående vil dei ha kunnskap og informasjon om symptom, behandling og konsekvensar

(Tveiten, 2008, s. 157). På klinikken observerte vi at dei fleste pasientar hadde lite kunnskap om den medisinske behandlinga, og var utrygg på spørsmål som blei stilt angående hiv-sjukdomen. For at ein som sjukepleiar skal kunne ivareta kvinner som lever med hiv er det grunnleggjande at både vi som helsepersonell har kunnskap om sjukdomen, og at vi kan formidle det vidare til pasientane. For at ein pasient skal kunne klare å ivareta eigen omsorg er informasjon og undervisning svært relevant (Tveiten, 2008, s. 157)

Opplevinga vår med klinikken var at sjukepleiarane hadde mykje kunnskap og at dei var opptatt med å formidle informasjon til pasientane. Samstundes var dagen lagt opp på den måten at kvar pasient skulle innom både sjukepleiar, lege, ernæringsfysiolog og apotek på ein dag. Teori seier noko om at det er viktig at ein kan tileigne seg kunnskap, forståing og ferdigheit om eigen tilstand (Tveiten, 2008, s. 159). Vi valte å følge ein kvinneleg pasient frå første møte med sjukepleiar til den siste oppfølginga som var å hente ut medisin på apoteket. Observasjonane som vart gjort var at kvinna verka tryggare på si eiga helse og var meir forberedt på korleis ho skulle handtere det på slutten av dagen enn på byrjinga. Dette støtter opp mot forskinga "Women's experience of HIV as a chronic illness in South Africa: hard-earned lives, biographical disruption and moral career". Der måtte deltakarane fullføre eit utdanningsprogram som handla om blant anna stigmatisering, livsstil, ernæring og det grunnleggjande om sjukdomen hiv. Deltakarane var einige om at kunnskapen dei fekk gjennom dette programmet var ein avgjerande faktor for å overvinne sjokket om det å være hiv-positiv (Wouters & De Wet, 2016).

Sjukepleiar kan legge til rette for kvar enkelt pasient, og tilpasse informasjon og kunnskap til kvar enkelt. Dette kan gjerast ved at ein blir kjent med pasienten, og finne ut kva som er den største utfordringa og kva behov pasienten har. Henderson erfarte at pasientane bestod av eit sinn med både tankar, kjensler, ønsker og behov og ikkje berre ein kropp. Søkelyset vart ofte satt på sjukdomen i staden for på det sjuke mennesket (Mathisen, 2015, ss. 124-125). Som sjukepleiar er det viktig å sjå heile mennesket, då fokuset på sjukdomen kan bli stort og informasjon om den kan bli overveldande. Sjukepleiar har ein god moglegheit til å bli kjend med pasienten og legge til rette for ein individuell undervisning og rettleiing, dette kan vere med på å ivareta brukarmedverknad og autonomi. Når pasientane er klar over fordelane med behandling kan det vere lettare for dei å ta eigne val som gir den beste gevinst i form av eiga helse. (Tveiten, 2008, s. 159).

Antiretroviral terapi (ART) er den medikamentelle behandlinga ved hiv. Medikamenta verka mot retrovirus og bremser eller stansar viruset i å formeire seg inne i kroppens immunceller (Norsk Helseinformatikk, 2013). Men dette forutser at pasientar held seg til behandlingsregime (Pratt, 2003,

s. 376). Ubehandla hiv-infeksjon førar til hos dei aller fleste ein øydelegging av immunsystemet over tid (Frøland, 2014, ss. 86-87). Det vil i hovudsak ha det same forlaupet hos menn som hos kvinner, men kvinner har ein større tendens til å droppe ut av behandling. Det kan til dømes skyldast at kvinner har meir biverknadar av enkelte medikament (Frøland, 2014, ss. 128-129). Vanlege biverknadar som kjem av den medikamentelle behandlinga kan vere kvalme, oppkast og krampe (Connolly & Borge, 2003, s. 45). Ein kan anta at når ein får desse plagene av behandlinga, vil det vere vanskeleg å fungere i det daglege livet. Dette vil kunne påverke motivasjonen til å fortsette behandling. Her har sjukepleiar ei avgjerande rolle til å støtte pasientar for å oppretthalde behandlinga til kvar enkelt (Pratt, 2003, s. 376). Då er det viktig med god oppfølging og informasjon om sjukdom og behandling til hiv-positive kvinner. Klinikken i Livingstone, Zambia tar sikte på dette og tilbyr gratis ART- behandling. Pasientar har fortalt at dei såg på livslang behandling, som ein ny sjanse til livet og var derfor svært motiverte til å overhalde retningslinjer for behandling. ART var sett på som ein viktig del av den hiv-positive diagnosen (Wouters & De Wet, 2016).

På hiv klinikken opplevde vi at pasientane vart sendt rundt til forskjellige helsepersonell, på ein måte som kunne kjennast som eit "rulleband". Sjukepleiar hadde samtale med pasientar, med fokus på behandling. Det var sjeldan sjukepleiaren spurde om korleis pasienten hadde det og tankar ho måtte ha angående utfordringar sjukdomen bar med seg. Dette blir også poengtert i forskingsartikkelen "Barriers to care among people living with HIV in South Africa: Contrasts between patient and healthcare provider perspectives", der pasientane følte at helsepersonell kunne ha ein meir omsorgsfull tilnærming. Dei fortalte at dei hadde behov for empati og omsorg (Bogart, et al., 2013). I praksis på klinikken synes vi at sjukepleiarane var grundige i å snakke om sjukdomen og behandlinga, men opplevde at pasientane ikkje hadde nokon å snakke med eller nokon som dei kunne opne seg til. I følgje yrkesetiske retningslinjer kjem det blant anna fram at all sjukepleie skal ha fokus på sjøve menneske og respekt for den enkelte menneske sitt liv og verdigheit i praksis. Sjukepleie skal framleis baserast på barm-hjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettigheit. Den fundamentale plikta til sjukepleiar er å fremme helse, førebygge sjukdom og lindre liding (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Sjukepleiar kan ivareta pasienten i form av støtte, der dei kan fortelle om utfordringar og tankar dei kanskje ikkje kan snakke med andre om. I artikkelen nemner pasientane at dei ikkje ønska å fortelle det til dei nære rundt, i frykt for å bli diskriminert. Dette gjorde til at dei heller ville lide aleine, og ikkje søke støtte hos andre. Det må være tungt å bære på mange spørsmål, og usikkerheit rundt sjukdomen, utan å ha nokon å fortelle det til. Det kjem fram i artikkelen at det kunne tyde på at helsepersonalet undervurderte pasientane sine utfordringar rundt sjukdomen (Bogart, et al., 2013). Henderson peikar på at sjukepleiaren alltid må oppfatte sin pasient som eit menneske som både har



ein psykisk, fysisk, sosial og åndeleg dimensjon (Mathisen, 2015, s. 127). Om ein kan betre kommunikasjonen og forståing mellom sjukepleiar og pasient, kan det mogleg vere med på at ein saman finner løysningar og pasienten meistra utfordringane i kvardagen betre.

## 6. Konklusjon

Hensikta vår med denne oppgåva var å finne ut korleis ein sjukepleiar kan ivareta kvinner som lever med hiv i Zambia. Vi meina at for å gi god omsorg må ein ha evna til å sjå heile mennesket og ikkje berre sjukdomen. Det inneberer både sosiale og helsemessige problem i tillegg til samfunnsmessige faktorar. Ved å forstå utfordringar knytt til det å ha ein hiv-positiv diagnose, kan det bidra til at ein forstår pasienten sin situasjon betre. Gjennom teori, forskning og eigne erfaringar hevdar vi at økonomi, kultur og stigmatisering er faktorar som er med på å påverke pasienten sin oppleving av sjukdom.

Sjukepleiarar kan bruke kunnskap til å formidle informasjon om sjukdomen og gi rettleiing om antiretroviral behandling (ART). Ein kan bidra til at behandling og oppfølging blir oppretthaldt slik at det blir enklare å takle sjukdomen, det kan gjere til at kvinner får motivasjon og håp om ein betre livssituasjon. Det kjem fram at det kan vere vanskeleg for kvinna å komme ut med sin sjukdom, spesielt til nære og kjente på grunn av blant anna stigmatisering. Dette kan medføre at kvinner føler seg aleine om sjukdomen og har ingen å snakke med om sin hiv-status og utfordringar rundt dette. Kvinner kan leve i konstant frykt for at hiv-diagnosen skal kome ut, fordi dei er redde for å bli ekskludert og diskriminert av sine nære, samt av samfunnet. Vi hevdar at sjukepleiar har ei sentral rolle for å møte kvinna med dette. Gjennom omsorg og støtte kan sjukepleiarar vere den som kvinna tiltrur seg til med det ho syns er vanskeleg. På denne måten kan kvinna ha nokon å støtte seg til, i staden for å stå i det aleine. Sjukepleiar kan derfor bidra til at kvinner får ei oppleving av mening med livet, til tross for dei utfordringane som sjukdomen dreg med seg. Slik kan ein bidra til at kvinna føler seg ivaretatt.

Etnosentrisme var noko vi følte kom til å bli ein utfordring i denne oppgåva. Vi er sjølv oppvaksne i norsk kultur og har våre verdiar og normer. Det er derfor lett å sjå på kulturelle forskjellar som feil og galt. Etter mange veker i praksis i Zambia, lærte vi etter kvart å forstå dei ulike kulturelle forskjellane og andre måtar å tenke på. Ut i frå dei erfaringane vi fått etter Afrika har vi prøvd å sikte oppgåva vår mest mogleg kulturrelativistisk.

Før vi reiste på utveksling hadde vi lite kunnskap om sjukdomen hiv, på grunn av lite undervisning om dette i utdanninga. Ein av grunnane til at ein slik sjukdom er så stigmatisert, kan vere på grunn av for lite kunnskap. Vi meina derfor at dette er ein sjukdom sjukepleiarar burde ha meir kunnskap om, og synes at ein kan legge meir vekt på denne sjukdomen i utdanningsprogrammet. Spesielt retta mot dei som skal på utveksling. Dette kan gjere til at sjukepleiarstudentar er meir forberedt på kva som møter dei og kva dei kan gjere for å ivareta kvinner som lever med hiv.

## Referansar

Bergersen, A. (2017). *Global forståelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Bogart, L. M., Chetty, S., Giddy, J., Sypek, A., Sticklor, L., Walensky, R. P., & Bassett, I. V. (2013). Barriers to care among people living with HIV in South Africa: contrasts between patient and healthcare provider perspectives. *AIDS care*, 25(7), 843-853. doi:10.1080/09540121.2012.729808

Connolly, S, & Borge, R. (2003). *Dette bør du vite om HIV og AIDS*. Risør: Esstess-forlaget.

Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker: innføring i interkulturell kommunikasjon (2.utg)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter (5. utg)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O., & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter (5. utg)*. (ss. 62-81). Oslo: Gyldendal akademisk.

Frøland, S. (2014). *Aids Epidemien*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Garsjø, O. (2001). *Sosiologisk tenkemåte*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Gilbert, L., & Walker, L. (2010). 'My biggest fear was that people would reject me once they knew my status...': stigma as experienced by patients in an HIV/AIDS clinic in Johannesburg, South Africa. *Health & social care in the community*, 18(2), 139-146. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00881.x

Grov, E. K., & Holter, I. M, (Red.). (2015). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie : sykepleieboken 1*. Oslo: Cappelen damm.

Heggestad, A. K. (2016). Verdighet som fenomen i sykepleien. I A. T. Heggestad, & U. Knutstad, (Red.). *Sentrale begrepet og fenomener i klinisk sykepleie: sykepleieboken 2*. (4. utg). (ss. 23-39). Oslo: Cappelen damm.

Heiverden. (2017, 10. August). *Bli kjent med Zambia*. Henta i frå  
<https://www.heiverden.no/undervisningsmaterieell/zambia/zambia-bokmaal/bli-kjent-med-zambia>

HivNorge. (2017, 23. September). *Behandling*. Henta 26 April 2018 i frå  
<https://hivnorge.no/post/behandling-3>

HivNorge. (2017, 23. September). *Statistikk*. Henta 26 April 2018 i frå  
<https://hivnorge.no/post/statistikk>

Holter, I. M. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov, & I. M. Holter, (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1*. (5. utg). (ss. 107-117). Oslo: Cappelen damm.

Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal .

Kandala, N. B., Ji, C., Cappuccio, P. F., & Stones, R. W. (2008). The epidemiology of HIV infection in Zambia. *AIDS care*, 20(7), 812-819. doi:10.1080/09540120701742292

Kirkens nødhjelp. (Udatert). *Zambia*. Henta 26 .April 2018 i frå  
<https://www.kirkensnodhjelp.no/her-jobber-vi/zambia/>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

LHL Internasjonal. (Udatert). *Zambia* . Henta 6. Mai 2018 i frå  
<https://www.lhl.no/lhl-internasjonalt/vart-arbeid/zambia/>

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov, & I. M. Holter, (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken* . (5. utg). (ss. 119-141). Oslo: Cappelen damm.

Norad. (2017, 12. Januar). *Zambia* Henta 6. Mai 2018 i frå  
<https://www.norad.no/landsider/afrika/zambia/>

Norsk Helseinformatikk. (2013, 21 . September). *Behandling av hiv-infeksjon*. Henta i frå:  
<https://nhi.no/sykdommer/blod/hiv-og-aids/hiv-infeksjon-behandling/>.

Norsk sykepleierforbund. (2016, 23 Mai). *Yrkesetiske retningslinjer*. Henta 28. Mai 2018 i frå  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norsk sykepleierforbund. (Udatert). *Sykepleie: et selvstendig og allsidig fag*. Henta 20 mai 2018 i frå  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>).

Pratt, R. J. (2003). *Hiv & aids; A foundation for nursing and healthcare practice*. (5th ed.). London: Arnold.

Språkrådet. (2017, 13. November). *Administativ ordliste bokmål-nynorsk*. Henta 6. Mai 2018 i frå  
<http://www.sprakradet.no/sprakhjelp/skriverad/ordlister/synonymliste-bokmaal-nynorsk/>

Stordalen, J., Grasaas, K. K., & Hovland, O. J. (2005). *Grunnleggende behov*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Travelbee, J., Thorbjørnsen, K.M. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.

UNAIDS. (2017, 23. August). *Zambia charts a road map to achieve bold Fast-Track commitments*  
Henta 28. Februar 2018 i frå  
[http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/august/20170823\\_zambia](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/august/20170823_zambia)

UNAIDS. (Udatert). *Country Zambia*. Henta 17. Mars 2018 i frå  
<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/zambia>

Wouters, E., & De Wet, K. (2016). Women's experience of HIV as a chronic illness in South Africa: hard-earned lives, biographical disruption and moral career. *Sociology of health & illness*, 38(4), 521-542. doi:10.1111/1467-9566.12377