



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **BACHELOROPPGAVE**

## **På lag med den HIV-positive**

Hvordan kan sykepleiere støtte mennesker som lever med  
HIV-diagnose i Zambia?

**SK152 – Bacheloroppgave i sykepleie**

**Campus Førde/Avdeling for helsefag**

**Innleveringsdato: 02.06.17**

**Antall ord: 9999**

**Jim Roger Edvardsen Johansen & Sigrid Elisabeth Arnesen**

**Veileder: Aud Berit Fossøy**

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studier og eksamen ved Høgskolen i Bergen, § 9-1.

# Sammendrag

## Tittel

På lag med den HIV-positive

## Bakgrunn

Vi er to sykepleierstudenter som har hatt praksis i Zambia, hvor vi oppfattet HIV som en tabubelagt sykdom. HIV er et utbredt og velkjent problem i hele verden. I 2015 døde 1,1 millioner på grunn av AIDS-relaterte sykdommer. Sykepleiere spiller her en sentral rolle i behandlingen av HIV-positive pasienter ved å støtte pasienten gjennom opplevd stigma, medisinsk behandling og ernæringsstatusen.

## Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere støtte mennesker som lever med HIV-diagnose i Zambia?

## Fremgangsmåte

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie. Dette for å finne ut hva forskning og annen litteratur sier om støtte til HIV-pasienter. Det er også brukt egne erfaringer for å få inn eget perspektiv på problemstillingen.

## Oppsummering

Dette litteraturstudiet beskriver hvordan støtte kan virke inn på behandlingen hos en person som lever med en HIV-diagnose. Det har vist seg at ved å øke kunnskap, både hos pasienten selv og i samfunnet, kan man minske stigmatiseringen, øke etterlevelsen til den medisinske behandlingen og bedre ernæringsstatusen. Andre viktige faktorer som virker inn på behandlingen til en HIV-positiv i Zambia inkluderer religion, kultur, familie og bosted. Vi har sett i denne oppgaven at behandlingen til HIV-positive pasienter er komplisert og krever et bredt fokus.

## Nøkkelord

- HIV
- Stigma
- Medisinsk behandling
- Ernæring

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning av problemstilling.....	2
1.4 Innhold og oppbygging.....	3
2 Metode.....	3
2.1 Valg av metode.....	3
2.2 Søkeprosess etter forskningsartikler.....	4
2.3 Søkeprosess etter annen litteratur.....	4
2.4 Kildekritikk.....	5
2.5 Forskningsartikler.....	6
2.5.1 Artikkel 1.....	6
2.5.2 Artikkel 2.....	6
2.5.3 Artikkel 3.....	7
2.5.4 Artikkel 4.....	7
2.5.5 Artikkel 5.....	8
3 Teoretisk og faglig grunnlag.....	9
3.1 HIV/AIDS.....	9
3.2 HIV-behandling.....	10
3.3 Ernæring.....	11
3.4 Sykepleierollen.....	11
3.5 Stigma.....	12
3.6 Kultur.....	13
3.7 Zambia.....	14
4 Drøfting.....	14
4.1 Kultur og stigma.....	14
4.2 Medisinsk behandling.....	17
4.3 Ernæring.....	20
5 Oppsummering og konklusjon.....	22
BIBLIOGRAFI.....	24

# 1 Innledning

Det er tidlig fredag morgen og HIV-klinikken er tom for pasienter. Sykepleierne henter frem skjemaer, vekt, høydemåler og ber en bønn før dagen starter; en helt vanlig arbeidsdag på sykehuset i Zambia. Snart fylles hele den avsidesliggende avdelingen opp med pasienter over 16 år, i dag er avdelingen satt av til voksne. Det er stille, som i ethvert venterom, og en etter en går pasientene fra post til post på avdelingen. Først må de opp på vekten, mange er undervektige. Videre har de mulighet for samtale med frivillige, de fleste pasientene sier veldig lite og ser ned i gulvet. Så går de til legen, der de får informasjon om spredning av HIV, hva de kan forvente seg når de har HIV og hva som er viktig angående medisiner. Til slutt blir de tatt til avdelingens private apotek, hvor de bare har antiretrovirale legemidler, da slipper de å gå på det vanlige apoteket med alle de andre pasientene. Dette er helt vanlige folk man møter i gaten, men her inne er de pasienter med en livsvarig, skambelagt sykdom.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleierstudenter som har hatt praksis på et sykehus i Livingstone, Zambia, og har valgt å skrive om noe relatert til zambisk kontekst. Da kommer problematikk rundt HIV/AIDS raskt opp i tankene, og når man søker fritt på nett om helseproblematikk i Zambia, er HIV/AIDS noe av det første som dukker opp. Vi opplever HIV som en tabubelagt sykdom både i Norge og i Zambia, og stiller oss undrende til dette når vi vet at det er et så utbredt og velkjent problem i verden.

Gjennom vår praksis fikk vi ta del i de lokale sykepleierne sin arbeidsdag. Sykepleierne er de som ser pasientene oftest og har derfor god mulighet til å skape relasjoner med dem. Gjennom besøkene får sykepleierne muligheten til å observere symptomer på underernæring og eventuelle problem til etterlevelse av behandling, og har derfor en viktig rolle med å si ifra og sette i gang tiltak (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s. 88).

Hiv er en epidemi som har tatt mange liv. Dødsfall på grunn av AIDS-relaterte sykdommer nådde en topp i 2005 på ca. 2 millioner mennesker, men i 2015 er tallet nede på 1,1 millioner på verdensbasis (UNAIDS, 2016). Verdens Helseorganisasjon har fulgt utviklingen av HIV-epidemien hos voksne mellom 15 og 49 år i Zambia gjennom Global Health Observatory; antallet har gått ned fra 14,1% i 2005 til 12,9% i 2015 (World Health Organization, 2017). Dette er store tall å fordøye, men viser litt av alvorligheten i epidemien som kom til syne på 80-tallet i USA. De som sliter mest med epidemien nå er fattige utviklingsland (Pratt, 2003, s. 8). "I enkelte land i Afrika sør for Sahara har epidemien redusert

befolkningens gjennomsnittlige levealder med opptil 20 år” (Moi og Maltau, 2013, s. 192). Ved bruk av ART (Antiretroviral therapy) medisiner kan man nå bremse utviklingen av AIDS hos HIV-positive, og de kan leve relativt normale liv (Pratt, 2003, s. 363).

Vi har valgt å fokusere på sykepleierens rolle i å støtte HIV-positive pasienter, både i møte med pasienten selv og i samfunnet. Fokuset kommer til å være på hvordan de kan bruke sin posisjon til å minske stigmatisering, øke etterlevelsen i den medisinske behandlingen og informere HIV-positive om viktigheten med et variert kosthold.

## 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere støtte mennesker som lever med HIV-diagnose i Zambia?

## 1.3 Avgrensning av problemstilling

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til voksne med HIV, og ikke barn. Grunnen til at vi velger å gjøre det slik er fordi barn har en annen fysiologi og sykdomsutvikling og det ofte er egne studier spesifikt for barn. Vi har også gjennom et raskt litteratursøk sett at det allerede er skrevet en del om barn og HIV, og synes derfor det var litt mer spennende å fokusere på en annen pasientgruppe, voksne over 18 år. Vi har i tillegg valgt å utelukke pasienter som er gravide eller har andre sykdommer i tillegg, da dette påvirker sykdomsprosessen annerledes og de har ofte et annet behandlingsforløp.

Zambia er et stort land, med store variasjoner både i miljø og i kultur (Taylor, 2006). Vi vil derfor prøve å avgrense så mye som mulig inn mot hvor vi var i praksis, både sentralsykehuset i Livingstone og på “outreach” i Mwandia.

Ut ifra egne erfaringer har vi observert en forskjell mellom de pasientene som har råd til privat helsehjelp og dem som er avhengig av offentlig hjelp. På sykehuset var det egne avdelinger for dem som kunne betale litt mer, der det var private rom, færre pasienter og raskere tilgang til hjelp. Det var dermed lett å se et skille. Da vi var i praksis på sykehuset var det i hovedsak de “offentlige” avdelingene vi var i, og har derfor flere observasjoner derfra. Vi har derfor valgt å fokusere på dem som ikke har så god økonomi og må få hjelp fra den offentlige helsesektoren.

Fokuset kommer til å være på hvordan sykepleiere kan bruke støtte til å hjelpe med stigma, medisinsk behandling og ernæring, da vi har forstått at dette kan ha størst påvirkning på livet til en HIV-positiv (Pratt, 2003; Frøland, 2014; UNAIDS, 2014). Dette er flere store tema, men de er alle en viktig del av sykdommen. Sykepleiere jobber med hele mennesket og bør da ha et helhetsperspektiv på hvordan det er å leve med HIV (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2014, s. 28). Vi kommer dermed ikke til å gå i dybden i de ulike temaene, til tross for en fare for at det kan bli overfladisk.

## 1.4 Innhold og oppbygging

I metodekapittelet blir det presentert hvilke metoder som er blitt brukt. Det blir også lagt frem kildekritikk og troverdigheten til litteraturen blir vurdert. Videre blir forskningsartiklene presentert sammen med hvordan vi søkte oss frem til de ulike artiklene. I tillegg til forskning trenger vi også annen teori for å gi en mer fullstendig drøfting. Videre i kapittel 3, Teori, blir det lagt frem flere punkter som er relevante til temaet og problemstillingen. Vi har valgt å legge frem teori om HIV generelt og HIV-behandling, ernæring, sykepleierrollen, stigma, kultur og til slutt litt om Zambia. I lys av valgt teori, forskning og egne erfaringer skal vi drøfte problemstillingen under kapittel 4, Drøfting. Helt til slutt vil vi prøve å komme med en konklusjon i kapittel 5.

## 2 Metode

### 2.1 Valg av metode

Metode er en fremgangsmåte som kan frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2015, s. 114).

I denne oppgaven vil det bli brukt litteraturstudie som metode. Litteraturstudier har først som mål å danne seg et bilde av hva som allerede er skrevet om temaet som er valgt i problemstillingen. Med å være åpen for nye idéer kan man se nye perspektiver i denne delen av studien (Dalland, 2012, s. 68). Vi har brukt både kvantitative og kvalitative studier. Kvantitative studier går ut på målbare enheter, der tall blir brukt til å foreta regneoperasjoner. På den andre siden prøver kvalitative studier å fange opp opplevelser og meninger som ikke kan måles i tall (Dalland, 2012, s. 112).

I tillegg til litteratur så kommer vi til å bruke våre egne erfaringer fra praksis som utgangspunkt for drøfting. Observasjonene våre er objektive, en kan derfor stille seg spørsmål om gyldigheten (Dalland, 2015, s. 203-205), men observasjonene kommer til å være tillegg og eksempler til faglitteraturen, og det er ikke ment at våre observasjoner er det eneste riktige. Det er ikke innhentet noe samtykke, da det er kun korte dialoger og situasjoner som har spontant oppstått i praksisperioden. Observasjonene kommer til å bli brukt til å drøfte rutiner og systemet på sykehuset i Livingstone. Enkeltindividens atferd og handlinger kommer ikke til å bli omtalt, da det hadde krevd informert samtykke (Dalland, 2015, s. 105). Når vi bruker egne erfaringer i denne oppgaven kommer de til å være anonymiserte.

## 2.2 Søkeprosess etter forskningsartikler

For å finne relevant litteratur har vi søkt systematisk i databasene Cinahl, Medline og Academic Search Elite. Vi brukte hovedsakelig engelske søkeord; "HIV", "AIDS", "adults", "nurse interventions" og "knowledge". Grunnen til at vi har valgt å bruke engelske søkeord er fordi vi ønsket å finne internasjonal forskning og for å få opp flere resultater som er relevant til vår oppgave. Vi ønsket flest artikler som omhandlet situasjonen i Afrika, mer spesifikt Zambia, men vi ønsket også å ha litteratur fra Norge, som vi kan bruke for å sammenligne eventuelle forskjeller mellom Zambia og Norge. Dette er ganske generelle ord som vi mente var relevante til vår problemstilling. Alle søkene har inkludert årene 2000-2017, dermed er artikler fra før år 2000 ekskludert. Dette er for å forsikre seg om at forskningen ikke er for gammel og dermed kanskje utdatert. Søkeprosessen ble utført i januar, 2017.

## 2.3 Søkeprosess etter annen litteratur

Utenom forskningsartiklene har vi funnet annen litteratur som er nødvendig for å drøfte problemstillingen. Vi startet først med å kartlegge relevante bøker ut fra pensumlister, i tillegg har vi fått råd fra veileder og medstudenter. Vi så gjennom alle emner vi har hatt i sykepleiestudiet for å sikre oss at vi fikk med så mange aspekter ved sykepleie som mulig, som samtidig var relevant for problemstillingen.

Vi har søkt på nettet for å få oppdatert informasjon fra store kjente organisasjoner som Verdens Helseorganisasjon og UNAIDS, samt deres samarbeidspartnere. Vi valgte også å bruke andre kjente organisasjoner og oppslagsverk som Hei Verden, Store Norske Leksikon og ICN, da vi anser dette som troverdige kilder. For å finne annen relevant litteratur har vi søkt gjennom ORIA, hvor vi har brukt søkeord som blant annet HIV og AIDS og sykepleieteori.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk brukes for å fastslå om en kilde er sann, altså å vurdere og karakterisere de kildene som brukes (Dalland, 2012, s. 67). Alle artikler vi har søkt på har vært gjennom troverdige databaser anbefalt av høgskolen, i tillegg har vi søkt på peer-reviewed (fagfellevurderte) artikler og mener derfor at artiklene har gode utgangspunkter for bruk i oppgaven vår.

Vi har valgt å bruke forskningsartikler som følger IMRAD systemet. Dette er en oppskrift som følges av de fleste vitenskapelige artikler og starter med å forklare bakgrunn for studien samt hvordan den skal utføres, etterfulgt av resultat i studien samt en diskusjon av de funn som er gjort (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinar, 2012, s. 69-71). Ofte presenteres et abstrakt innledningsvis og vi har brukt disse sammendragene for å tidlig identifisere artikler som er relevante til vår problemstilling.

I et fagfelt som vokser raskt, slik som sykepleie, kan litteraturen fort bli utdatert, og en bør ta stilling til dette i kildekritikk (Dalland, 2012, s. 73). I utgangspunktet søkte vi på forskning som var fra etter 2000-tallet, og det meste vi fant var under fem år gammelt, noe vi vurderer som tilstrekkelig oppdatert. Artikkel nr. 1 var fra 2005, men fremstår fortsatt som relevant for vår problemstilling. Når det gjelder forskning rundt HIV i Norge er det relativt lite forskning, og vi så oss nødt til å velge en eldre artikkel, men mener fortsatt den er relevant, da den ser på helsevesenet i Norge.

Forskningen vi har valgt å bruke og noe av teorien vi har funnet var skrevet på engelsk. Og boken *Stigma* av Goffman (2009), er skrevet på dansk. Vi måtte selv oversette teksten, noe som innebærer en risiko for mistolkning eller overført betydning (Dalland, 2012, s. 73).

Vi har også valgt å bruke en annen litteraturstudie i vår oppgave, som tok for seg 10 forskjellige artikler for å finne en overordnet vurdering, dette er da sekundærlitteratur og har et annet perspektiv enn de opprinnelige artiklene (Dalland, 2012, s. 73). Forskningen og resultatene var relevante i forhold til problemstillingen og vi valgte derfor å bruke den til tross for at det er sekundærlitteratur. Ellers har vi forsøkt å forholde oss til primærlitteratur og siste utgaver av bøker.



## 2.5 Forskningsartikler

### 2.5.1 Artikkel 1

“Nurse-delivered Antiretroviral Treatment Adherence Intervention for People With Low Literacy Skills and Living With HIV/AIDS” (Kalichman, Cherry, & Cain, 2005). I Medline ble det brukt to søkeord; “AIDS” og “nurse interventions”. Søket ble avgrenset til år 2000-2017, for å utelukke eldre artikler som kanskje er utdaterte. Dette gav 20 resultat. Vi valgte da å bruke nr. 3, da denne virket relevant til problemstillingen.

Artikkelen ble skrevet av S. C. Kalichman, J. Cherry og D. Cain. Dette er en kvalitativ studie utført i USA som har som mål å belyse hvordan rådgiving fra sykepleiere kan påvirke pasienters etterlevelse og helseutfall. Forfatterne laget og testet et enkelt HIV-behandlingstiltak som innebærer rådgiving for å forbedre etterlevelsen av behandlingen. Testen ble utført på 30 HIV-positive kvinner og menn med lave helsevitenskapelige ferdigheter. Resultatet var at pasientene fikk mer kunnskap om HIV/AIDS, noe som videre økte viljen og mestring til å fortsette med medisiner. Dette førte altså til at det var lavere frafall fra behandlingen, mindre tapte tabletter og medisin ble oftere tatt på riktig tidspunkt

Resultatene virker veldig positive, men det ble ikke utført kontrollstudier på grunn av metoden deres. Det argumenteres med at en da ikke vet helt sikkert om de positive resultatene var på grunn av testen, men at det kan også være andre ukjente faktorer. I tillegg var det relativt få pasienter med i studien og resultatene var basert på pasienters egne erfaringer etter 3 dager å tenke tilbake på. På bakgrunn av dette diskuteres det om det burde vært utført en randomisert kontroll studie (RCT) av den samme testen for å få mer sikre resultat (Kalichman et al., 2005).

### 2.5.2 Artikkel 2

““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” (Gilbert & Walker, 2009). Vi søkte på Cinahl med søkeordene “AIDS”, “Knowledge”, “Adults”, “Africa” og “Stigma”. Deretter begrenset vi søket til artikler fra 2000-2017. Det ble 21 resultat, vi valgte å gå videre med artikkel nr. 4.

Studien ble utført og skrevet av L. Gilbert og L. Walker. Dette er en kvalitativ studie som ble utført i en offentlig HIV/AIDS klinikk i Johannesburg, Sør-Afrika. Metoden som ble benyttet går ut på ansikt til ansikt intervju, hvor de gikk inn i dybden på om pasienter føler og opplever stigma og hvordan det

påvirker deres oppfatning og forståelse for epidemien. 44 tilfeldig valgte pasienter fra klinikken ble intervjuet i en periode mellom juni og november 2007. I studien kom det frem at pasientene følte mye stigma og at det påvirket alle aspekter ved å leve med HIV/AIDS, spesielt å komme ut om sin egen tilstand og den medisinske behandlingen. Og at intensiteten av HIV/AIDS relatert stigma kan svekke verdien av ART-behandling, og dermed påvirke dagliglivet til mennesker som lever med denne diagnosen. Denne studien mener at etter tre tiår med denne epidemien, er stigmatisering fortsatt en sentral faktor i pasienters erfaring med HIV/AIDS (Gilbert & Walker, 2009).

### 2.5.3 Artikkel 3

“Retention and risk factors for attrition among adults in antiretroviral treatment programmes in Tanzania, Uganda and Zambia” (Koole, et al., 2014). Denne artikkelen fant vi ved å søke på databasen Academic Search Elite, hvor vi brukte søkeordene “Follow up”, “HIV”, “Zambia” og “Adult”. I tillegg begrenset vi søket til artikler fra 2006-2017 og til å bare inneholde fulltekst fagfelleverderte artikler. Artikkelen vi valgte var nr. 3 av 14 i søkeresultatet.

Denne kvantitative studien er en kohortstudie med mål å vurdere hva som fikk pasienter til å etterleve behandlingstilbudet på ART-klinikker i Tanzania, Uganda og Zambia. Det ble valgt ut seks helsefasiliteter i hvert av landene de undersøkte og tilfeldig valgte 250 pasienter fra hver fasilitet. Pasientene måtte være over 18 år gamle når de begynte på ART som igjen måtte være et gratis tilbud, i tillegg måtte de ha begynt ART 6 måneder før studien begynte. Pasienter som deltok i andre studier var ekskludert. Noen av risikofaktorene for frafall var ung alder, hvilket stadie man er i sykdommen, vekt-tap og funksjonsstatus. Forfatterne konkluderer med at ART-programmer i de forskjellige samfunnene kan redusere frafallet. Videre mener forfatterne at funnene i studiene stadfester behovet for å starte ART så tidlig som mulig hos HIV-positive pasienter.

Denne artikkelen baserer seg på statlige fasiliteter, og måler ikke effekter hos tro-baserte eller ikke-statlige organisasjoner, som igjen kan ha andre bemanningsløsninger eller midler tilgjengelige. Ellers var ikke klinikkene tilfeldig valgte, noe som kan medføre en partisk utvelgelse. I studien ble det derimot brukt de samme datasamling verktøyene på alle klinikkene, som skal gjøre målingene pålitelige.

### 2.5.4 Artikkel 4

“Nutrition education and counselling as strategic interventions to improve health outcomes in adult outpatients with HIV: a literature review” (Kaye & Moreno-Leguizamon, 2016). Vi fant denne artikkelen gjennom søk i databasen Academic Search Elite; her søkte vi først på “health education”, “HIV” og

“adult”, spesifikt peer-reviewed artikler mellom 2006-2017. Vi fikk da opp mange treff og valgte videre å utdype søket til “nutrition”. Da fikk vi opp 12 resultater og valgte nr. 1.

I denne litteraturstudien har forskerne søkt opp kvalitative og kvantitative studier som evaluerer ernæringsrådgivning som tiltak til HIV-pasienter. De endte opp med fem kvantitative og fem kvalitative studier som var innenfor kriteriene fastsatt før studien ble utført; artikler som undersøker voksne HIV-pasienter og studier etter 1998 (etter HAART-behandling ble innført). I tillegg så de bort fra studier om barn, gravide mødre og studier om mor-til-barn HIV-smitte, samt studier som så på total par-enteral eller enteral ernæringstiltak.

Artikkelen diskuterer hvordan opplæring om ernæring fungerer som en intervensjon for å bedre livsforløpet til voksne med HIV. I artikkelen kommer det frem at informasjon og veiledning kan bedre helsetilstanden til HIV-positive og at det trengs mer forskning innen dette temaet, spesielt fra Afrika. Noe litteratur som er representert i denne artikkelen sier derimot at det ikke er noe sterke bevis på at opplæring innen ernæring kan effektivt redusere/øke dødeligheten. Artikkelen ser på mangel på forskning som et problem siden de fikk selv relativt få studier å sammenligne mellom, ut fra dette er forskerne forsiktig med å konkludere i studien sin (Kaye & Moreno-Leguizamon, 2016).

#### 2.5.5 Artikkel 5

“Symptom management for HIV-positive persons in Norway” (Bunch, 2004). Artikkelen ble funnet gjennom søk i CINAHL. Søkeordene som ble brukt var “Norway” og “HIV/AIDS”, og vi avgrenset til fagfelleverderte artikler fra 2000-2017. Søket gav 9 resultat, vi valgte å bruke nr. 3.

Forskningen ble utført av E. H. Bunch og hadde som mål å registrere symptomer HIV-positive personer opplever, hvordan symptomene påvirker dagliglivet og beskrive nyttige strategier for egenomsorg. Det er en kvalitativ studie der HIV-positive pasienter svarer på spørsmål gjennom mail, ansikt til ansikt eller over internett. Det ble samlet inn svar fra USA, der det var 422 som deltok, og Norge, med 22 deltakere.

Resultatet var at pasientene fra Norge hadde mindre angst og depresjon sammenlignet med pasientene fra USA. Og de fleste av egenomsorg strategiene var lært gjennom å prøve og feile. Det blir antatt at deltakerne fra Norge opplevde mindre symptomer enn de i USA på grunn av strukturen i Norges helse-system, der behandlinger, medisiner og andre sosiale tjenester er tilgjengelige for alle uten kostnader. Det blir videre anbefalt at helsepersonell bør ha mer kunnskap om symptomene pasientene opplever og hvordan dette påvirker livene deres (Bunch, 2004).

## 3 Teoretisk og faglig grunnlag

I dette kapittelet tar vi for oss teori som legger grunnlag for drøftingen. Først forklarer vi HIV/AIDS, hvordan tilstanden påvirker kroppen, og hvilke behandlinger som er tilgjengelig. Videre tar vi for oss begrepene ernæring, sykepleierrollen, stigma og kultur. Avslutningsvis vil vi forklare generelt om Zambia for å få en forståelse for deres situasjon.

### 3.1 HIV/AIDS

HIV er en forkortelse for humant immunsvikt virus. Dette er et virus som angriper kroppens immunforsvar ved å trenge seg inn i CD4-T-lymfocytter, en av de aller viktigste cellene i vårt immunforsvar. Cellene blir så ødelagt og dør etter hvert som viruset formerer seg. Mangel på CD4-T-lymfocytter fører til at immunforsvaret svekkes og den HIV-positive har økt risiko for å bli smittet av bakterier og sopp (Frøland, 2014, s. 40-57).

Hiv-viruset smitter via blod. En kan derfor bli smittet ved ubeskyttet sex, via blod og fra mor til barn under svangerskapet, fødsel og amming. Viruset kan også spres via blodtransfusjon og ved gjenbruk av sprøyter. De fleste smitteoverføringene skjer i de første månedene etter en person har blitt smittet (Moi og Maltau, 2013, s. 193).

Flertallet av HIV-smittede får et akutt sykdomsbilde noen uker etter de blir smittet. Pasienten kan få akutt feber, hovne lymfeknuter, sår hals og utslett, men symptomene er ikke like for alle. Noen kan oppleve det som influensa, mens andre kan få mer alvorlige symptomer som kan minne om hjernehinnebetennelse. Etter kort tid kan symptomene forsvinne og pasienten er symptomfri over en lengre periode. Symptomer som kan komme senere i forløpet er ulike infeksjoner i fordøyelseskana-len, noe som kan føre til kronisk diaré og vektnedgang, hudplager og andre infeksjoner (Frøland, 2014, s. 86-93).

I den siste fasen av HIV-infeksjonens forløp oppstår det en rekke alvorlige sykdomskomplikasjoner, samlebetegnelsen for disse komplikasjonene er AIDS. Pasienten kan også bli rammet av andre komplikasjoner utenfor AIDS-listen, som er like alvorlige og livstruende, uten å fylle kravene til AIDS-diagnosen (Frøland, 2014, s. 87).

## 3.2 HIV-behandling

Noen sykepleiere kan føle på lav selvtillit i møte med en HIV-pasient som har et komplekst sykdomsbilde. En sykepleier kan lett tenke seg at en krever spesielle ferdigheter for å kunne pleie en HIV-pasient, men i realiteten skal en HIV-pasient behandles som enhver pasient med en kronisk sykdom (Pratt, Stephens & Gibson 2003, s. 264).

I dagens HIV-behandling er pleien individualisert for å møte de forskjellige problemene hver person opplever. En lager derfor en individuell plan som forteller om pasientens behov og mulighet for å hjelpe seg selv. I tillegg ser man på problem knyttet til pasientens sosiale, psykiske, fysiske og medisinske situasjon, og mer spesifikt hvilke sykdommer som plager pasienten. Behandling og forebygging av opportunistiske sykdommer står veldig sentralt for å bedre livskvaliteten til pasienten (Pratt et al., 2003, s. 265). Man må også involvere andre profesjoner inn i behandlingen, som har mer spesifikk kunnskap; lege, fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog. Da får man den bredden som trengs hos alle kronisk syke pasienter (Pratt et al., 2003, s. 266).

Den medisinske behandlingen består av ART (Antiretroviral therapy), som er flere typer medisiner kombinert. Hovedmålet med ART er å redusere utviklingen av HIV så fort som mulig til så lite utvikling som mulig. Det utvikles ny medisin kontinuerlig, men de som er tilgjengelig nå sikter seg inn på enzymer som tillater viruset å multiplisere seg (Pratt, 2003, s. 363). Dette er en veldig effektiv strategi men er ofte toksisk for pasienten og medisinene har gjerne uheldige effekter på hverandre (Pratt, 2003, s. 366). ART har strenge krav til etterlevelse, bivirkningene kan være tunge og en må ha symptomer samt målinger som viser at de trenger en slik sterk behandling. Det finnes flere ulike bivirkninger til de ulike medisinene, men noen av de vanligste er kvalme, hodepine, diare, fatigue og nevropati. Videre kan en utvikle psykologiske komplikasjoner når en knytter seg til en så komplisert livslang behandling (Pratt, 2003, s. 373). På en annen side har pasienter som går på ART mindre sannsynlighet for å produsere virus som er immune mot behandling. For eksempel om et virus skaper en mutasjon som er immun mot én type medisin, så er det ikke nødvendigvis immun mot de 2-3 andre typer medisin som angriper viruset (Pratt, 2003, s. 375).

I Zambia tilbys det samme medisinske behandlingen som i andre land. Den medisinske behandlingen er gratis, og landet har i over et tiår hatt en effektiv respons på denne behandlingen (Hivpolicywatch, 2013).

### 3.3 Ernæring

Når man snakker om ernæring må man ta i bruk begreper som energibehov og energiomsetning. Energibehov er den energien kroppen må produsere for å opprettholde basale kroppsfunksjoner. For at kroppen skal produsere energi, må den forbrenne næringsstoffer, dette kalles for metabolisme (Aagard & Bjerkreim, 2014, s. 162-163). Faktorer som kan påvirke metabolismen er blant annet sykdommer. En kronisk syk pasient kan også bli tynn og avmagret uten at matinntaket er dårlig. Pasienter som har alvorlig eller langvarig sykdom er utsatt for underernæring fordi behovet for energi og proteiner øker som følge av metabolsk stress (Aagard & Bjerkreim, 2014, s. 182-183).

Vekttap finner man hos de fleste HIV-pasienter. Vekttapet blir kraftigere i takt med sykdomsutviklingen, det er vanlig å se redusert metabolisme, mangel på næringsstoffer, vitaminer og mineraler hos HIV-pasienter. Denne feilernæringen har en negativ rolle i immunsystemet og gir høyere dødelighet, i tillegg til at medisiner kan ha redusert effekt ved feilernæring (Pratt, 2003, s. 320). Wasting er et begrep som forbindes med HIV-positive i utviklingsland, hvor pasienten har hatt vekttap over kort tid og langvarig diaré, og bør behandles som andre opportunistiske sykdommer og symptomer (Pratt, 2003, s. 424-425).

### 3.4 Sykepleierollen

Sykepleiere har flere oppgaver som kunne vært aktuelle til dette temaet, men på grunn av omfang har vi valgt å fokusere på helsefremmende arbeid, kunnskapsformidling og hvordan sykepleieren har en rolle i å skape et støttende miljø.

Helsefremmende arbeid er en viktig del av sykepleieryrket. Helsefremmende arbeid defineres som "en prosess som skal bidra til at folk skal være i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen (Sletteland & Donovan, 2012, s.96). I følge Ottawacharteret er det flere strategier for helsefremmende arbeid. En av dem er "mobilisering til at mennesker selv settes i stand til å ivareta egen helse", dette kalles også for "enabling", og innebærer å skape empowerment gjennom mobilisering av mennesker og materielle ressurser. Ressurser kan være for eksempel lokalsamfunnets enkeltpersoner, skolehelsetjenesten, kirken eller å styrke kunnskap (Sletteland & Donovan, 2012, s. 97-100). Sykepleieteoretiker Dorothea Orem legger vekt på pasientens evner til egenomsorg, og hvordan sykepleier kan være med å styrke disse evnene. Ifølge Orem omfatter sykepleierens arbeid å finne pasienters egenomsorgssvikt, pasientens forutsetninger for god egenomsorg, og å overta den delen av egenomsorgen pasienten eller pårørende selv ikke kan utføre. Videre er målet å opprettholde menneskets integritet, velvære og utvikling gjennom livet, men mer konkret er målet at pasienten selv

står for sin egenomsorg så langt det lar seg gjøre. Hovedtanken bak dette er at personer i stor grad er i stand til å stå for egne behov og kun unntaksvis har behov for profesjonell hjelp (Kirkevold, 2013, s. 139-149). Sykepleiere skal simpelthen kompensere for den manglende egenomsorgen.

En av de mest grunnleggende verdiene i helsetjenesten, er retten til å bestemme over sin egen behandling og pleie. Autonomi forutsetter at personen har bestemte egenskaper, slik at han/hun kan ta velbegrunnede, gjennomtenkte og rasjonelle valg på sine egne vegne (Nortvedt, 2014, s. 132-136). I følge de internasjonale etiske retningslinjene for sykepleie skal pasienten få tilstrekkelig med informasjon for å kunne ta et velbegrunnet valg, og de må få tid til å bearbeide og forstå informasjonen de har fått (ICN, 2012). Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som fokuserer på det mellommenneskelige i sykepleie, det som skjer mellom pasient og sykepleier. Kommunikasjon mellom disse partene er ansett av Travelbee som et viktig redskap for "å hjelpe pasienten til å klare eller mestre sykdom og lidelse, og finne mening i disse erfaringene". Formålet med kommunikasjon er å lære pasienten å kjenne, avdekke og imøtekomme hans behov, og krever at en bevisst prøver å etablere relasjoner mellom sykepleier og pasient (Kirkevold, 2013, s. 122-129). Hun mener at en relasjon er en prosess og et middel for å imøtekomme pasientens pleiebehov. Sykepleieren har derfor et ansvar for å bygge og opprettholde dette forholdet, som bygges etter fem faser; det innledende møtet, å tydeliggjøre personlige identiteter, empati, sympati og gjensidig forståelse og kontakt (Kirkevold, 2013, s. 126-128).

Ifølge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren et ansvar overfor samfunnet. Det står blant annet at sykepleieren skal aktivt delta i den offentlige debatt og bidra til at faglige og etiske normer skal være grunnlaget for sosial- og helsepolitiske beslutninger. Videre sier retningslinjene at sykepleieren skal være engasjert i utviklingen i samfunnet, både lokalt, nasjonalt og internasjonalt (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Dette gjelder ikke bare for sykepleiere i Norge, da det også er internasjonale retningslinjer som går ut på det samme (ICN, 2012).

### 3.5 Stigma

Samfunnet skaper måter å kategorisere mennesker, som igjen bestemmer hvilke egenskaper som ses på som vanlig eller naturlig for disse kategoriene. Vi mennesker kategoriserer andre mennesker allerede ved første øyekast, og skaper normative forventninger og krav. Om et menneske ikke oppfyller disse kravene, reduseres personen i vår bevissthet til et degradert, nedvurdert menneske, denne stemplingen gir et stigma (Goffman, 2009, s. 43-45). Den opprinnelige bruken av begrepet stigma var

en betegnelse for personers avvikende status, og ligner mye på den moderne, som nå brukes mer ved skam og vanære enn ved de rent fysiske kjennetegnene (Goffman, 2009, s. 21).

Stigma og diskriminering er en av de største barrierene for HIV-behandling. Forskning viser at stigma gjør folk redde for å oppsøke informasjon og få behandling, da de er redd disse handlingene kan gjøre andre mistenksomme om deres HIV-status. Redselen for stigma og diskriminering fører også til at personer som lever med HIV velger å ikke dele deres status til familie og pårørende, noe som igjen påvirker deres oppfølging av behandling. Det vil si at stigma svekker en HIV-positiv person sin evne til å holde seg frisk (UNAIDS, 2014).

### 3.6 Kultur

Kultur er et begrep vi møter hver dag, både gjennom media og i hverdagslige samtaler. Begrepet kommer av det latinske ordet *colere*, som betyr å dyrke (Horntvedt, 2012, s. 238). Det finnes nesten like mange definisjoner på kultur som det er forskere som studerer hva kultur er, og begrepet kan ha ulike betydninger i ulike sammenhenger. Arne Martin Klaussen definerte kultur som: "... de ideer, verdier, regler og normer som et menneske overtar fra den foregående generasjon og som man forsøker å bringe videre - oftest noe forandret - til neste generasjon." Her blir det lagt vekt på at fremtiden er avhengig av fortiden (Fife, 2002, s. 25).

Antropolog Edward Tylor går mer inn på at det er en sammenheng mellom hvilke normer og verdier som finnes i en gruppe mennesker, og hva slags natur de lever i. Han mener at ulike omgivelser skaper ulike prioriteringer av normer og verdier (Horntvedt, 2012, s. 239). "Kultur eller sivilisasjon, sett fra dens vide etnografiske betydning, er et sammensatt hele som omfatter kunnskap, tro, kunst, moral, jus, skikker, og andre ferdigheter og vaner ervervet av et menneske som samfunnsmedlem" (Fife, 2002, s. 26).

To uttrykk som står sentralt når man skal se på en annen kultur er etnosentrisme og kulturrelativisme. Etnosentrisme er et perspektiv på et annet samfunn hvor man måler det andre samfunnets kultur, verdier, normer og praksis ut fra hva som preger ens eget samfunn. Dette fører ofte til at en ser på sin egen kultur som det riktige, mens andre kulturer ser mindreverdige eller ufullstendige ut (Fosshagen K., 2013). Dette perspektivet er ofte tenkt på som motstykket til kulturrelativisme, som er et perspektiv som forstår et samfunn fra sine egne premisser, altså blir andre kulturer sett på som likeverdige. Bakgrunnen for denne tankegangen er at alle mennesker forstår virkeligheten forskjellig ut fra deres kulturelle erfaringsbakgrunn, som igjen preger deres vurderinger og holdninger (Fosshagen K., 2015).



### 3.7 Zambia

Zambia ligger i hjertet av den sørlige delen av Afrika, i et tropisk klima med stor variasjon i geografi og populasjon. Det er lite konflikt i Zambia, mye på grunn av at det er lite mennesker fordelt på et stort område (Taylor, 2006, s. 1), med omtrent 16 millioner innbyggere er det 21 innbyggere per kvadratkilometer (Hem, 2016). Landet bærer preg av kolonisering av Storbritannia, både med engelsk språk og sterk kristen tro hos innbyggerne, men er i dag en selvstendig stat i en komplisert situasjon; Zambia er fattigere i dag enn for 25 år siden, har en HIV-AIDS epidemi og har generelt mindre sosialhjelp (Taylor, 2006, s. 2).

Familie er en viktig del av den zambiske kulturen. I forhold til den vestlige oppfatningen av familie, som ofte innebærer mor, far og søsken, så betyr familie i Zambia hele slekten. De fleste i familien bor i nærheten av hverandre og fellesskapet er en viktig del av dagliglivet. Hierarki er også en del av kulturen, der eldre skal være respektert og æret. Posisjonen i husstanden og i samfunnet er en avgjørende faktor i ens status, men alder har en tendens til å skille seg ut fra de andre indikatorene. Kjønn har også noe å si på status, kvinner har generelt lavere status enn menn og må ofte være hjemme for å ta vare på huset og lage mat (Taylor, 2006, s. 92). Men selv om det er hierarki så hjelper alle hverandre og de er avhengige av fellesskapet rundt seg. Blir noen syke så er de avhengig av at noen andre i familien eller samfunnet kan ta vare på barna og eventuelt dyrene (Taylor, 2006, s. 107).

## 4 Drøfting

I denne delen tar vi for oss drøfting av kultur og stigma, medisinsk behandling, og ernæring, hvordan dette kan påvirke livet til en som lever med HIV-diagnose, og hva sykepleiere kan bidra med for å støtte dem under disse ulike punktene.

### 4.1 Kultur og stigma

Da vi var i praksis i Zambia så vi hvordan pasienter bytter beholdere på medisinen sin, slik at ingen hjemme kunne skjønne at de gikk på HIV medisiner (se vedlegg 1). Dette viser et lite utdrag fra en kultur som bærer preg av stigmatisering rundt personer som lever med HIV-diagnose i Zambia. Dette ønsket om anonymitet kommer også til syne i studien fra Johannesburg, hvor mange pasienter valgte å dra til et sykehus i byen enn til sine lokale klinikker som hadde det samme tilbudet, i frykt for å bli sett og gjenkjent (Gilbert & Walker, 2009).

Forskning antyder at frykten for stigma spiller en stor rolle i pasienters opplevelse av sykdommen, fra det å få seg testet for HIV til å motta ART behandling. I tillegg kan stigmaet ødelegge forholdet til familien og seksuallivet (Gilbert & Walker, 2009). I vår praksis så vi til og med hvordan HIV hos utdannet helsepersonell var sett på som en stor skam og en sykepleiestudent sa at han ville heller dø enn å få HIV. På HIV-klinikken kunne en sykepleier røpe at de fikk inn mange sykepleiere og annet helsepersonell som hadde HIV, men at selv helsepersonell holdt sykdommen sin hemmelig for venner og familie. Hvordan sykepleiere og annet helsepersonell snakker om HIV/AIDS kan si mye om hvordan tilstanden blir sett på i samfunnet. I praksis så vi en pasient som var veldig slapp og vi forstod ikke helt diagnosen som var skrevet i journalen, der stod det "pneumoni i RVD". Vi spurte da sykepleieren hva RVD betyr. Hun sier "hvordan skal jeg forklare det..." og tenker en liten stund før hun hvisker til oss "HIV". Andre sykdommer som vi har observert blir snakket lavt om i Norge, slik som gonorrhé, kjønnsvorter osv, blir snakket høyt og åpent om i Zambia, mens HIV/AIDS blir holdt skjult. Denne frykten for å avsløre sin identitet som HIV-positiv kommer igjen også hos norske pasienter, hvor de sier blant annet at de opplever ensomhet og isolasjon, samt frykt for avsløring og stigma (Bunch, 2004).

Ut fra egne observasjoner kan vi si at de fleste, både helsepersonell og andre, var klar over at HIV var et stort problem i Zambia, men ingen ville fortelle om sin diagnose i offentligheten. Sykepleiere kan derimot ha et ansvar i å støtte pasienter til å komme ut med sin diagnose, da HIV-positiv i en undersøkelse har sagt at de er mest åpen om sin sykdom til helsearbeidere (NZP+, s. 11), på den måten kan man starte behandlingen tidligere og redusere pasientens interne stigmatisering. Ifølge en kvinne i en historie publisert av UNAIDS så har det å komme ut hjulpet henne med å godta sin diagnose og hun har videre kunnet formidle kunnskap og støtte til andre som er HIV-positiv, til tross for det høye nivået av stigmatisering i hennes samfunn (UNAIDS, 2011). Men ut ifra egne erfaringer i Zambia har vi sett at det er flere som virker skamfulle om sin diagnose og de som jobbet på HIV-klinikken sa at det var flere pasienter som gikk omveier for at andre ikke skulle se hvor de gikk. Man kan da tenke seg til at de ikke ønsker å komme ut til samfunnet om sin situasjon. En av deltakerne i forskningen til Gilbert og Walker (2009) sa at han ønsket komme ut til familien, men var for redd til å fortelle dem om sin situasjon. Å komme ut med sykdommen kan virke som et positivt tiltak i norsk kultur, men sett fra et kulturrelativistisk synspunkt kan kulturen i Zambia holde igjen en person på grunn av en annen grad av stigma og aksept i samfunnet relatert til HIV, samt frykt for familiens omdømme og rykte.

På en annen side skal det ifølge Gilbert og Walker være viktig å være åpen om sin diagnose for samfunnet rundt seg, for å bygge en sosial aksept og dermed redusere stigmaet. Dette er selvsagt et

tungt valg og følger med en risiko for å bli stigmatisert og utstøtt (Gilbert & Walker, 2009). Det anbefales å oppmuntre både personer med HIV og andre til å delta i stigma-reducerende tiltak, da stigma er ansett som en av de største hindringene for behandling av HIV pasienter og for å hindre spredning av HIV (NZP+, s. 8). Eksempler på andre viktige personer i samfunnet kan være de eldre i familien, som nevnt tidligere er ofte hele slekten til en person involvert når det oppstår et problem (Taylor, 2006, s. 95). Vi erfarte at de eldre i samfunnet ble respektert og hørt på. Her kan sykepleiere bruke dette som en fordel, ved å informere de eldre om HIV og AIDS så de kan være gode støttespillere for de som er HIV-positive og kanskje være med på å minske stigmatiseringen i samfunnet. Mangel på kunnskap kan øke stigmatiseringen, men de eldre kan videreformidle kunnskap til samfunnet. Kulturen i Zambia oppfordrer til felleskap og avhengighet (Taylor, 2006), på den måten kan det stride mot at en pasient holder sykdommen skjult fra samfunnet rundt og må være alene med sin situasjon. Det er ikke mye sykepleiere kan gjøre for å endre kulturen, men de kan være med i arbeidet med å minske stigmatiseringen i samfunnet (Hivpolicywatch, 2013), og dermed kan det bli lettere for HIV-positive å være mer åpne om sin diagnose.

En del av kulturen i Zambia, og hvordan folkene der oppfører seg, er bygget på religion, som består for det er meste av kristendom (Taylor, 2006, s. 27). I forskningen til Gilbert og Walker (2009) kom det frem at noen var redde for å komme ut på grunn av hva andre i samfunnet tenkte om dem, en av deltakerne sa at sykdommen blir sett på som straff for deres synder. Religionen påvirker ikke bare hvordan andre folk ser på sykdommen, men også hvordan HIV-positive griper fatt i sin egen diagnose. Ut i fra samtaler med lokale sykepleiere forstod vi det slik at flere pasienter valgte å bare tro at Gud kunne hjelpe dem, i stedet for å få hjelp fra helsetjenesten. Her kan sykepleierne snakke med de religiøse lederne og lære dem opp i hva de skal gjøre om noen HIV-positive kommer for å få råd. Det hadde vært en stor fordel om de hadde nok kunnskap om HIV/AIDS til å kunne råde dem til å dra til en klinikk for å få medisiner. Personer med HIV kan på den måten føle støtte fra religionen og dermed være mer engasjert i sin egen behandling.

På sykehuset i Livingstone fikk alle HIV-positive pasienter tilbud om å være med på gruppemøter en gang i uken, der kan de snakke med andre som er i samme situasjon og har muligheten til å dele erfaringer. Frivillige, sykepleiere og av og til leger er med i disse samtalene og er ledige til å svare på spørsmål. Dette er samtidig en god mulighet for sykepleiere å danne relasjon mellom pasient og sykepleier. Relasjonsbygging er et viktig redskap for å se pasientens sykepleiebehov og bidra til å dekke dem (Kirkevold, 2013, s. 131-132). Ifølge Travelbee er sykdom først og fremst personlige erfaringer som gir mulighet for selvutvikling, sykepleierens rolle er her å hjelpe pasienten å overkomme lidelsen og finne mestring i situasjonen hans (Kirkevold, 2013, s. 132). Disse samtalene hjelper pasientene

med å være mer åpne om sin situasjon og de føler seg "fri" fra stigmaet i samfunnet utenfor. Ifølge UNAIDS (2014) så er støttegruppe en av flere måter å minske opplevelsen av stigmatisering. Støttegrupper kan hjelpe mot psykologisk og emosjonell engstelse, noe som ofte kan oppstå hos HIV-positive (Pratt et al., 2003, s. 299). Men om pasientene er villige til å delta er et annet spørsmål. Det kan da være nyttig at sykepleierne formidler fordelene med slike grupper og oppmuntrer pasientene til å bli med.

## 4.2 Medisinsk behandling

Selv om det finnes medisiner som har stor helsegevinst for HIV-positive pasienter, så er det flere som ikke ønsker å ta dem. På HIV-klinikken i Zambia stod det flere rader med filer (se vedlegg 2), dette var pasienter som ikke ønsket å fortsette med medisinene. Ifølge de som jobbet på klinikken sluttet de fleste med medisinene fordi pasientene selv mente at de ikke var smittet, enten benektet de sin egen sykdomssituasjon eller så ble de fortalt av lokale heksedoktorer og religiøse ledere at de ikke trengte å bruke medisiner, da Gud kunne hjelpe dem. I noen religioner forklares sykdom som en straff fra Gud, og mange tenker at en har fått sykdommen for å ikke ha levd opp til Guds ord (Ingstad, 2013, s. 45). I følge våre observasjoner kan vi si at det var et stort frafall fra ART. Valget om å ikke fortsette ART bør respekteres, da de globale etiske retningslinjene for sykepleie sier at pasienten har rett til å både velge og nekte behandling (ICN, 2012).

Men har pasienten nok informasjon og kunnskap for å kunne ta et gjennomtenkt og velbegrunnet valgt? Selv om de fleste i Zambia får gå på skole, så lærer de veldig lite. Nasjonale prøver viser at i flere fag har så mange som 70% ikke nådd minimumskompetansen (Heiverden, 2010). Dermed kan man tenke seg at de kanskje ikke har så god forståelse for hvordan kroppen og immunforsvaret fungerer. En oppgave til sykepleierne kan da være å informere pasientene om hvordan det fungerer og hvordan medisinene påvirker kroppen. Forskning viser at pasienter med mer kunnskap om HIV/AIDS hadde en forbedring i oppfølging av den medisinske behandlingen, da det ble mindre glemte piller og de ble tatt mer nøyaktig på tiden (Kalichman et al., 2005). Det er ikke alltid bare å gi ut medisinene og håpe på det beste. Pasientene tror kanskje at medisinene helbreder dem, og blir skuffet når de opplever bivirkninger og dermed slutter å ta de. Pasientene skal, ifølge lokale ART retningslinjer, få informasjon om viktigheten om å ta medisinene og skal minnes på dette hver gang pasienten er inne for å få medisiner (Hivpolicywatch, 2013). Sykepleierne ved HIV-klinikken innrømmer at de ikke informerer dette til pasientene hver gang, fordi de er så ofte innom at det bare blir repetisjon av det de har fått høre hele sitt liv.

Bivirkningene assosiert med ART-behandling har vist seg å påvirke etterlevelsen. De fleste ART regimene gir bivirkninger, spesielt i begynnelsen av behandlingen (Loveday, 2003, s. 383). Noe som igjen kan forklare hvorfor det er flere yngre enn eldre som har problemer med etterlevelsen (Koole et al., 2014). Det er da viktig at sykepleiere gir veiledning til hvordan de skal kunne håndtere bivirkningene. Ved å gi tilstrekkelig informasjon og veiledning kan pasienten selv øke sin egenomsorg, og videre finne ut hvilke egenomsorgs strategier som passer nettopp dem. I forskningen til Bunch (2004) forklarer deltakerne ulike egenomsorg strategier de bruker når de kjenner på symptomer. Noen hadde positive strategier, slik som å gå turer og snakke med familie og kjære, mens andre kanskje drakk store mengder alkohol eller sluttet på medisinen som forårsaket bivirkningen (Bunch, 2004). Det kan da være lurt om sykepleiere kan råde pasienter om strategier som har funket for andre tidligere, eller så kan man anbefale dem å snakke med andre HIV-positive og lære av deres opplevelser. På den måten kan en sykepleier være med å hjelpe pasienten til å øke sin egenomsorg, da de kan lære seg strategier til å leve med de eventuelle bivirkningene, noe som går under Orems teori om egenomsorgskrav assosiert med avvik av helsetilstanden (Kirkevold, 2000, s. 142).

Selv om pasientene egentlig skal ta medisinen på samme tidspunkt hver dag, så kan det være lett å glemme en, enten blir den forsinket eller glemt helt. En liten pille kan påvirke helsen mer enn en kanskje tror. HIV-viruset lager milliarder kopier av seg selv hver dag. Unøyaktighet i medisinhandteringen i tillegg til den raske frekvensen på virus replikasjonen, fører til at det nesten alltid er noen kopier av viruset som er annerledes. Noen av disse virusene kan være resistente til den medisinske behandlingen (Pratt, 2003, s. 375). Videre kan det resistente viruset spres til andre og det kan gjøre behandlingen mer komplisert. Det er dermed viktig at sykepleiere eller annet helsepersonell på HIV-klinikken følger med på hvor ofte pasientene ikke kommer til sine kontrolltimer. Ifølge de lokale retningslinjene skal det være en strukturert plan for å forsikre seg om at det blir fulgt opp. Hvis pasienter ikke møter opp til timene sine, kan det være lurt å ringe pasienten selv eller pårørende (Hivpolicywatch, 2013). For å minske sjansen for å utvikle resistente virus må pasienten ta medisinen slik de er forskrevet fra legen. Hvis pasienten har vanskeligheter med å ta medisinen på rett tidspunkt hver dag, så kan sykepleieren komme med råd og veiledning. Sykepleierne kan råde pasientene til å ha alarm eller følge måltidene når de skal ta medisinen. For at medisinen skal passe inn i livsstilen til pasienten er det viktig at de samarbeider for å finne et tidspunkt som passer dem, pasienten må få komme med innvendinger i sin egen behandling (Bjørø & Kirkevold, 2014, s. 350). Sykepleierne bør da skape en relasjon med pasienten slik at pasienten lettere kan komme med innvendinger til behandlingsplanen. God kommunikasjon er en forutsetning for et godt samarbeid mellom sykepleieren og pasienten, og kan ifølge Travelbee hjelpe sykepleieren å avdekke og etterkomme pasientens behov (Kirkevold, 2013, s. 128).

Zambia er et land med lange distanser mellom byene (Hem, 2016). Med store distanser mellom byene er det også lengre avstander mellom sykehus og klinikker. I følge forskning var distanse til klinikk en viktig faktor for frafall av medisinsk oppfølging (Koole, et al., 2014). Her har sykepleierne i Zambia allerede satt i gang et tiltak for å nå ut til alle. De drar ut på «outreach», eller å “strekke ut”, til de landsbyene som ligger rundt klinikkene. Problemet som da kan oppstå er veitilgangene. Da vi var i praksis på «outreach» så var de fleste veiene oversvømt og dermed kom man seg ikke ut til alle landsbyene. Da ble det pasientene sin jobb å komme seg til klinikken selv. Men hvis klinikken ikke klarer å komme seg ut til landsbyen, hvordan skal pasientene da klare å komme seg til klinikken? En sykepleier sier at det var et problem, men at det også ble for dyrt for noen av pasienten å reise, og dermed endte flere opp med å ikke få tak i medisinene. Så selv om medisinene er gratis så blir det for dyrt for noen pasienter, siden de må komme seg til og fra sykehuset. Sykepleierne kan ikke styre været, men de kan planlegge hvor mye medisin pasienten kan få med tanke på regnsesong. Man kan planlegge hvor mye medisin pasienten trenger gjennom regnsesongen, og dermed slippe at de må få ny dose når veiene er oversvømt.

Kulturen i Zambia legger opp til avhengighet til familie og til samfunnet rundt (Taylor, 2006). Og siden pasienten bruker mesteparten av tiden sin i samfunnet og ikke i klinikker så er det viktig med støtte og hjelp fra dem rundt. Det kan derfor være nyttig om sykepleierne drar ut i samfunnet og til familier for å lære dem om HIV/AIDS og behandlingen av HIV (Hivpolicywatch, 2013). Kunnskap om diagnosen kan minske stigmatiseringen. På den måten kan HIV-positive personer få hjelp og støtte fra de som står dem nærmest. Dette kan være positivt på den medisinske-behandlingen ved at det kan fjerne eventuelle barrierer og øke etterlevelsen (Loveday, 2003, s. 384).

ART behandling er gratis for pasienter i Livingstone, Zambia. Men det kan være dyrt for noen pasienter å reise til klinikkene, siden klinikkene ikke er i nærområdet til alle. De mister også en dags arbeid. I følge forskningen til Gilbert og Walker (2009) så var det et problem å komme seg til klinikken, da det bare var åpent i arbeidstiden. En av deltakerne sier at han er redd for å si ifra til arbeidsgiver at han er HIV-positiv, og dermed mister muligheten for å hente medisinene. På en annen side opplevde vi i praksis at det var noen som bare sendte pårørende til å hente medisinene for dem. Da mistet sykepleierne muligheten til å observere pasienten. En viktig sykepleiefunksjon er å observere pasienten om det er eventuelle endringer og om det er noen eventuelle problemer med etterlevelsen av den medisinske behandlingen (Kristoffersen, 2014, s. 176). Hvis pasienten nedprioriterer å hente medisinen i fordel til å jobbe, bør sykepleier støtte og oppfordre pasienten til å prioritere den livsforlengende medisinen. Det er pasientens eget valg hva han prioriterer, men sykepleiere skal legge frem fordeler og ulemper ved de ulike valgene, slik at han kan ta et gjennomtenkt og velbegrunnet valg (ICN,

2012). Sykepleier kan i samarbeid med pasienten komme fram til en ordning som gjør det mulig for pasienten å få tak i medisinene. Ellers kan det være nyttig om sykepleieren skaper et samarbeid med arbeidsplassen slik at det blir mer åpent for de ansatte å komme ut med sin diagnose. Men på en annen side kan det være skummelt for den HIV-positive å si noe, da må det legges vekt på at alt som blir sagt til sjefen blir holdt konfidensielt. På den måten kan de kanskje få tid til å dra innom klinikken å hente ut medisinene.

### 4.3 Ernæring

På HIV-klinikken kom det inn mange pasienter som var undervektige; de hadde lav KMI, lite variert kosthold og noen manglet flere måltider om dagen. "Wasting" er ofte assosiert med HIV-positive i utviklingsland, det er også kjent som "slim disease", dette er et uttrykk som betyr hurtig vekttap, noe som ofte følger med HIV-diagnosen og diaré. Hovedproblematikken er derfor ofte mangel på ernæring (Pellowe, 2003, s. 424). Siden dette er et av de hyppigste symptomene er det viktig at sykepleiere observerer pasientens ernæring og væskeinntak, observerer munnen og huden, om pasienten har diaré, samt planlegger viktige tiltak ut fra observasjonene (Pellowe, 2003, s 425). Av sykepleietiltak mot feilernæring har vi et stort utvalg, alt etter hvor alvorlig tilstanden er. Dette kan være helt enkle informasjonstiltak til pasient og pårørende, eller supplement i kosten som kosttilskudd eller mellommåltider.

Det var ikke ofte vi hørte sykepleiere informere om viktigheten med et variert og næringsrikt kosthold, men det var en del plakater på de forskjellige klinikkene som nevnte ernæring (se vedlegg 3). Slike plakater er ofte kortfattede men lette å huske, så lenge man kan lese. Dette kan være en effektiv kampanje, men for analfabeter er det vanskelig å tyde dem. Bare 61,4% av de som er 15 år eller eldre i Zambia kan lese og skrive (UNICEF, 2013). Skal sykepleierne bruke disse plakatene som virkemidler, må de aktivt forklare betydningen av det som står der, for eksempel ved å bruke dem under besøkene de har med pasientene når de kommer til klinikken for medisinen og oppfølgingen sin.

Sykepleiere kan informere på andre måter for å lære pasienten hvordan selv kunne sørge for god ernæring, og det er viktig å informere om komplikasjoner i ernærings situasjonen ved HIV. Forskning viser at lav helsefaglig kunnskap hos HIV-positive er tett knytt opp til forståelsen av ens helsetilstand og tiltak i forhold til helsen (Kalichman, Cherry, & Cain, 2005). Tilstrekkelig ernæringsrådgivning kan føre til bedre ernæring og dermed økt kroppsmasse, som videre forebygger uheldige effekter av HIV-infeksjonen, selv om det ikke kan bevises at god ernæring stopper utviklingen av viruset (Kaye & Mo-

reno-Leguizamon, 2016). En god del av pasientene var regelmessig inne på klinikken for å hente medisiner og fikk i denne omgangen generell informasjon rundt HIV, ofte det samme de var fortalt forrige gang. For å sørge for at pasientene forstår budskapet er det viktig at de har regelmessig kontakt med noen som kan overvåke ernæringsbehovet og diskutere eventuelle ernæringsplaner som passer for den enkelte pasienten (Pratt, 2003, s. 325-327). I tillegg til å spise mer, hadde pasienter i flere studier hatt en bedre opplevd forståelse av viktigheten med ernæring etter gode informasjonstiltak (Kaye & Moreno-Leguizamon, 2016).

Pasienten bør informeres om strategier for å takle symptomer som nedsatt appetitt, munnsårhet, svelgevansker, kvalme og diaré, da dette kan påvirke matinntaket og videre ernæringsstatusen (Pratt, 2003, s. 325-327). Informasjonstiltak bør også være kulturelt fokuserte (som passer mer for de spesifikke miljøene), da de har bedre resultater hvor pasienter har vist mer aksept og etterlevelse til råd de fikk (Kaye & Moreno-Leguizamon, 2016). Ved å informere og veilede pasientene om riktig kosthold kan sykepleieren hjelpe pasienten til å utvikle sine personlige kunnskaper. Ved å øke kunnskapen hos pasienten kan han selv ta mer ansvar i sin egen tilstand, og oppnå det Orem definerer som egenomsorgskrav, det vil si at personen har tilstrekkelig ressurser til å ta vare på seg selv (Kirkevold, 2013, s. 142). Det er da viktig at sykepleieren bruker et språk pasienten kan forstå. Hvis sykepleieren bruker ord som jern, c-vitaminer og sink, kan det være at pasientene ikke skjønner hva som menes. Det kan da være nyttig om sykepleierne går ut fra ståstedet til pasienten og ser hva pasienten har tilgang til og hva han har kunnskap om fra før, og bygger samtalen videre på det. Ernæring og kosthold er noe sykepleierne kan ta opp med pasienten når de kommer inn til klinikkene for sine rutinemessige oppmøter. Ellers i landsbyene så drar sykepleierne ut på "outreach", og de kan da ta opp viktigheten med et variert kosthold og eventuelt svare på spørsmål fra pasientene. Da må sykepleierne bruke et mellommenneskelig forhold og skape en relasjon slik at det er lettere for pasientene å stille spørsmål. Travelbee har en teori om at god relasjon mellom sykepleier og pasient kan gjøre det lettere for sykepleieren å finne ut hvilke behov pasienten har, og videre hvordan hun kan hjelpe pasienten (Kirkevold, 2013, s. 129). Samtalene kan foregå både i forsamling, men også ansikt til ansikt da dette kan åpne opp for mer personlige spørsmål.

Sykepleiere kan ikke gi ut pengestøtte til pasientene, men de kan støtte dem på andre måter om de har problemer med kostholdet på grunn av økonomien. I følge forskningen til Bunch (2014) så følte flere av personer med HIV at de hadde dårligere økonomi enn andre. Dette på grunn av ekstra utgifter relatert til spesielle dietter og økt næringsbehov, og en kronisk sykdom later til å ha økonomiske konsekvenser for individ. En sykepleier kan da lytte til pasienten og vise støtte ved å prøve å komme frem til ordning som kan passe pasientens behov. Det kan være nyttig å inkludere familiemedlemmer



slik at de i fellesskap kan vurdere hvordan de skal prioritere økonomien. Det er sosionomer som jobber på de større sykehusene i Zambia, som sykepleierne kan henvise pasientene til. De er derimot ikke tilgjengelig for alle, så da kan det være at sykepleierne av og til må ta over denne arbeidsoppgaven.

Det kan være nødvendig å ha tilskudd til en vanlig diett, for eksempel mellommåltid med protein- og kaloririk mat. Det er et stort utvalg av slike tilskudd og det er derfor anbefalt at pasienten får hjelp av en sykepleier eller ernæringsfysiolog til å finne hva som passer for seg (Pratt, 2003, s. 328).

Når en skal gi informasjon om ernæring til en pasient med HIV, så kan det være litt forskjellig om pasienten er kvinne eller mann. Er det mannen som har HIV så kan det være lurt om konen eller en annen kvinnelig pårørende er med under konsultasjoner der det blir informert om ernæringen. Kvinnen er den som har ansvar for matlagingen (Taylor, 2006, s. 92), og er derfor den som lager maten til mannen. Da kan kvinnen støtte den HIV-positive og lage mat som er mer tilpasset en som lever med HIV. Når man er flere sammen i en samtale kan det også gjøre det lettere at ting blir husket og senere gjennomført. Støtten man kan få av å ha med en pårørende under samtale kan gjøre det lettere for pasienten selv til å stille spørsmål og en kan føle på en trygghet (Kristoffersen, 2014, s. 319).

## 5 Konklusjon

Vi har i denne oppgaven prøvd å belyse hvordan sykepleiere kan vise støtte til HIV-positive pasienter, i et land der HIV er en utbredt, men skjult sykdom. Det finnes flere måter sykepleierne kan vise støtte på. De kan for eksempel informere og veilede pasienten og samfunnet rundt, da det viser seg at kunnskap kan minske opplevelsen av stigmatisering, øke etterlevelse til den medisinske behandlingen og bedre ernæringsstatusen.

Vi har både gjennom egne erfaringer, forskning og annen litteratur vist at HIV-positive kan oppleve mye stigma fra samfunnet, til og med hos helsepersonell, men at økt kunnskap i samfunnet kan minske stigmatiseringen og diskrimineringen. Vi har sett at i en zambisk kultur kan religiøse ledere og andre høytstående personer i samfunnet involveres for å minske stigmatiseringen. For at en HIV-positiv person skal komme ut med sin diagnose er det viktig med støtte fra sykepleiere, familie og samfunnet rundt. Det er også nyttig at sykepleiere oppfordrer til støttegrupper der HIV-positive kan møte andre i samme situasjon og for å føle seg fri fra stigmatiseringen de ellers møter i hverdagen. Støttegrupper er også en god arena for sykepleiere å skape relasjoner til pasientene.

Sykepleiere kan også støtte under den medisinske behandlingen for å sørge for at legens ordinasjoner blir fulgt, gjennom å forklare viktigheten av medisinene og hvorfor de må tas på rett tidspunkt. Det er et stort frafall fra ART programmet og det er flere ulike grunner til dette, både frivillig og ikke-frivillig. Hvis det er frivillig frafall er det viktig at de har nok informasjon og kunnskap for å kunne ta et velbegrunnet valg, men de kan også nekte all hjelp. Er frafallet ikke-frivillig bør sykepleiere finne ut hvorfor det er slik og iverksette eventuelle tiltak. Det har også kommet frem at familie og pårørende kan være viktige faktorer for å klare å gjennomføre den medisinske behandlingen.

Vi har sett at ernæringsbildet til pasienter som lever med HIV kan være kritisk og kan forandre seg raskt. Her står kulturelt fokuserte informasjonstiltak sentralt for å sikre at pasienten selv eller gjennom pårørende får et bedre kosthold og god ernæring. I tillegg ser vi at pasienten må lære om andre aspekter ved ernæring enn bare hva en bør spise, for eksempel symptomer som nedsatt appetitt, munnsårhet, svelgevansker, kvalme og diaré. Andre måter å støtte pasientens ernæring er å skape forståelse i familien om viktigheten av riktig kosthold.

I arbeidet med denne oppgaven har vi fått en større innsikt i hvilke utfordringer HIV-positive pasienter opplever, og hva sykepleiere kan gjøre for å lette på disse utfordringene. Vi opplevde under oppgaveskrivingen at det var mangel på nyere forskning. Mye av forskningen rundt HIV/AIDS var ganske gammel, og dermed kanskje utdatert. Det var også mangel på forskning fra Zambia. Det kunne også vært nyttig med mer forskning rundt hvorfor pasienter slutter med ART. Vi opplevde også at vi hadde lite kunnskap om HIV fra før, og tenker at det kunne vært nødvendig med mer. Norge blir mer og mer globalisert og nye mennesker flytter hit hele tiden, det kan tenkes at det bli mer aktuelt med økt kunnskap om HIV i fremtiden.

## BIBLIOGRAFI

- Bjørø, K. & Kirkeveld, M. (2014). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 343-380). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bunch, E. H. (2004). Symptom management for HIV-positive persons in Norway. *International Nursing Review*, 51, 167-175.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fife, A. (2002). *Tverrkulturell kommunikasjon*. Oslo: Yrkeslitteratur AS.
- Fosshagen, K. (2013, 14.03). *Store Norske Leksikon | Kulturel relativisme*. Hentet fra <https://snl.no/kulturel relativisme>
- Fosshagen, K. (2015, 30.12). *Store Norske Leksikon | Etnosentrisme*. Hentet fra <https://snl.no/etnosentrisme>
- Frøland, S. (2014). *Aids epidemien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gilbert, L. & Walker, L. (2009) '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 and Social Care in the Community*, 18(2), 139-146. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00881.x.
- Goffman, E. (2009). *Stigma - Om afvigerens sociale identitet*. København: Samfundslitteratur.
- Heiverden. (2010). *Skolen i Zambia*. Hentet fra <http://heiverden.no/undervisningsmaterieell/zambia/zambia-bokm%C3%A5l/skolen-i-zambia>
- Hem, M. (2016, 09.09). *Zambia - Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/Zambia>.
- Hivpolicywatch. (2013). *Zambia Consolidated Guidelines for Treatment and Prevention of HIV Infection*. Hentet fra <http://www.hivpolicywatch.org/duremaps/data/guidelines/ZambiaART-guidelines2013.pdf>
- Hornthvedt, T. (2012). Utvalgte begreper i flerkulturell forståelse. I P. I. Båtnes & S. Egden (Red.), *Flerkulturell forståelse i praksis* (221-251). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- ICN. (2012). *The ICN of ethics for nurses*. Hentet fra [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)
- Ingstad, K. (2013). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kalichman, S. C., Cherry, J. & Cain, D. (2005). Nurse-Delivered Antiretroviral Treatment Adherence Intervention for People With Low Literacy Skills and Living With HIV/AIDS. *Journal of The Association of Nurses in Aids Care*, 16(5), 3-15. doi: 10.1016/j.jana.2005.07.001.
- Kaye, H. L. & Moreno-Leguizamon, C. J. (2011) Nutrition education and counselling as strategic interventions to improve health outcomes in adult outpatients with HIV: a literature review. *African Journal of AIDS Research*, 9(3), 271-283. doi:10.2989/16085906.2010.530183.
- Kirkevold, M. (2013). *Sygeplejeteorier*. København: Munksgaard.
- Koole, M., Tsui, S., Wabwire-Mangen, F., Kwesigabo, G., Menten, J., Mulenga, M., Auld, A., Agolory, S., Mukadi, Y. D., Colebunders, R., Bangsberg, D. R., van Praag, E., Torpey, K., Williams, S., Kaplan, J., Zee, A. & Denison, J. (2014). Retention and risk factors for attrition among adults in antiretroviral treatment programmes in Tanzania, Uganda and Zambia. *Tropical Medicine and International Health*, 19(12), 1397-1410. doi:10.1111/tmi.12386.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 281-336). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 161-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2014). Om sykepleie. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 15-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2014). Relasjoner mellom sykepleier og pasient. I E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 83-127). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Loveday, H. (2003). Adherence to antiretroviral therapy. I R. J. Pratt (Red.), *HIV & AIDS* (s. 380-393). London: Arnold Publishers.
- Moi, H. & Maltau, J. M. (2013). *Seksuelt overførbare infeksjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., & Reinart, L. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert!* Oslo: Akribe.
- Nortvedt, P. (2014). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NZP+. (2012). *The People Living with HIV Stigma Index*. Hentet fra:

<http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Zambia%20People%20Living%20with%20HIV%20Stigma%20Index%20Report%20%202009%20published%202012.pdf>

Pellowe, C. (2003). HIV disease in the industrially developing world. I R. J. Pratt (Red.), *HIV & AIDS* (s. 417-429). London: Arnold Publishers.

Pratt, R., Stephens, T. & Gibson, K. (2003). The individualized care of patients with HIV disease. I R.J. Pratt (Red.), *HIV & AIDS* (s. 264-318). London: Arnold Publishers.

Pratt, R. (2003). *HIV & AIDS*. London: Arnold Publishers.

Sletteland, N & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Taylor, S. D. (2006). *Culture and customs of Zambia*. London: Greenwood Press.

UNAIDS. (2011). *Dairy cooperative in Tanzania is helping rural women to help themselves*. Hentet fra <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/april/20110411ilo/>

UNAIDS. (2016, 01.11). *Fact Sheet - Latest statistics on the status of the AIDS epidemic | UNAIDS*. Hentet fra <http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

UNAIDS. (2014). Reduction of HIV-related stigma and discrimination. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*. Hentet fra [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2014unaidsguidancenote\\_stigma\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf)

UNICEF. (2013, 31.12). *Statistics | Zambia | UNICEF*. Hentet fra [https://www.unicef.org/infobycountry/zambia\\_statistics.html](https://www.unicef.org/infobycountry/zambia_statistics.html)

World Health Organization. (2017, 31.01). *GHO | By Country | Zambia*. Hentet fra <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-ZMB>

World Health Organization. (2017, 25.04). *WHO | Zambia*. Hentet fra [https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO\\_HQ\\_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=ZM&outtype=html](https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=ZM&outtype=html)

## Vedlegg 1



Tomme medispakninger ligger gjemt under et tre utenfor HIV-klinikken.

## Vedlegg 2



Journaler fra pasienter som har frafalt fra den medisinske behandlingen

# Good Nutrition and Keeping Healthy with HIV/AIDS




### Importance of Good Nutrition

**Need to eat well with HIV**

- HIV/AIDS increases the body's need for food
- People living with HIV/AIDS are more at risk for malnutrition
- When sick, more food is needed to recover
- Keeps you productive, able to work, grow food, and contribute to family income



**Maintain body weight**

- Eating well helps you maintain weight and increase strength
- Eating well helps you regain weight lost during illness

**Fight infections**

- Eating well helps fight illness
- Eating well helps you recover faster when sick

**Delay getting sick from AIDS**

- Good health reduces the time and money spent on healthcare
- Good nutrition helps make pills work better and easier to take
- Good nutrition delays the onset of AIDS

### A Variety of Foods Needed

- Different foods protect the body in different ways
- Each meal should include all 3 food types
- More food is needed when infected with HIV, even when you are not sick





**Energy-Giving Foods**

- Provide the body the strength to work
- Alone are insufficient and must be combined with other foods
- Maize, rice, sukuma, cassava, sorghum, potatoes, sweet potatoes, pumpkin, tnyanga, trollers, bread, oil, margarine, butter

**Body-Building Foods**

- Help make muscles and bones strong
- Help put lost weight back on
- Meat, fish, kapenta, chicken, eggs, turkey, cow peas, lentils, groundnuts, chickpeas, beans, caterpillars (inkabulala), honey, milk, sour milk (mabisi), maize, mungbeans

**Protective Foods**

- Help the body protect itself
- Add taste and flavour to meals
- Oranges, mango, pawpaw, pineapple, banana, watermelon, lemons, masuku, tomato, avocado, eggplant, mpepe, carrots, onions, peppers, mankolombwe, okra, vindambi, cat whiskers, bonfire, green leafy vegetables like spinach, lupanda, cassava leaves, and pumpkin leaves

### Variety with Each Meal

- Different food combinations should be included in each meal
- It is important to eat at least 3 meals a day, plus snacks in between
- Drink clean fluids between meals

**Balanced breakfast**

EXAMPLE 1: Avocado, porridge and sour milk  
EXAMPLE 2: Banana, sweet potato and tea with milk



**Eat snacks**

- Eat snacks in the morning and afternoon between meals
- If sick and not hungry, drinks and snacks are easier to take
- Taking small quantities often of a variety of foods is healthier than filling up with one big meal of nsima

EXAMPLE 1: Groundnuts, grilled cassava, and juice  
EXAMPLE 2: Nshima, nsima, pumpkin leaves and water

**Balanced lunches and dinners**

EXAMPLE 1: Nshima, groundnut stew, banana, and orange juice  
EXAMPLE 2: Nshima, green beans, and water  
EXAMPLE 3: Nshima, nsima, pumpkin leaves and water



### Increasing Appetite

**Eat when not hungry**

- You are more vulnerable to infection if you're not eating
- You need to eat more food than normal when you're feeling sick
- Eat a variety of foods
- Eat throughout your illness
- Avoid alcohol since it reduces appetite



**Drink porridge**

- Drink porridge with soya flour or pounded groundnuts for increased strength
- Have a warm drink after waking up and before going to bed



**small quantities more often**

small portions 5 to 6 times a day or every 2 hours

**favourite and y foods**

your favourite foods with es (garlic, ginger, curry), ts, or tomatoes for flavour (ss you have oral thrush, soera or another condition spicy food can aggravate)



**Food easier to take**

mashed, and moist foods are easier to eat

meat and chicken or cut into smaller pieces for easier

with a straw if mouth is sensitive



### Breastfeeding and Complementary Foods

- This wall chart aims to support the mother's decision to only breastfeed or to only replacement feed
- It does not provide enough information for her to make that decision
- Be sure to talk with your healthcare provider to learn which feeding option is the best for you

**Exclusive Breastfeeding**

- HIV positive mothers may choose to exclusively breastfeed, if exclusive breastfeeding is chosen:
- Gas getting bit breastmilk for the first 6 months
- Even a sick mother can provide enough breastmilk for her infant
- At around 6 months, breastfeeding should be stopped and breastmilk substitutes and complementary foods started
- Breastfeed baby more often when the baby is sick and for 2 weeks after
- Give nothing but breastmilk for the first 6 months because unclean food and fluids can make your baby sick and more likely to get HIV



**Good Feeding Habits**

- Bring the baby with you when leaving the house, even for a couple hours, to ensure the baby can be breastfed when hungry
- Talk to your healthcare provider about correct positioning of the baby during breastfeeding
- Immediately seek treatment from your healthcare provider for sore or cracked nipples or other breast problems and feed-baby from the other breast
- Take your baby to his/her healthcare provider for vaccinations, deworming, and micronutrients
- Have your baby weighed regularly by his/her healthcare provider to be sure he/she is not losing any weight



**Exclusive Replacement Feeding**

- HIV positive mothers may choose not to breastfeed and to use breastmilk substitutes instead. If breastmilk substitutes are given:
- Talk to your healthcare provider about purchasing and preparing safe and acceptable formulas
- Breastmilk substitutes need to be affordable, regularly available and acceptable to families
- Do not give breastmilk substitutes if you are breastfeeding and do not breastfeed if you are giving breastmilk substitutes. The baby can get sick from unclean breastmilk substitutes increasing the chance of getting HIV from the breastmilk.
- Breastmilk substitutes must be prepared carefully in very clean conditions. Mix them in a clean container and prepare them with clean water.
- Skimmed milk, cereal feeds, juices, and teas are not suitable for babies under 6 months
- Stop breastfeeding as soon as possible (over a few days but no longer than 3 weeks)



**Introduction of Complementary Foods**

- Breastmilk does not provide enough nutrients after 6 months
- HIV positive mothers should stop breastfeeding at around 6 months to reduce the risk of infecting the baby
- Babies need several small meals every few hours throughout the day
- Important complementary foods include soft foods like mashed bananas, pawpaw, greens, carrots, kapenta, meat, eggs, potatoes, sweet potatoes, isisashi, mashed millet and maize; mashed cowpeas or beans with porridge; maize porridge with soya flour; maize porridge and cooked greens
- Like adults, it is better if babies are given a variety of foods at each feeding like mashed sweet potatoes and cowpeas or maize porridge with soya flour and cooked greens
- Only give babies clean water and fluids

**Foods for Pregnant and Lactating Mothers**

- The body needs extra food than normal when someone is pregnant or breastfeeding. Eat an extra meal a day.
- Eat smaller meals more often and drink fluids like clean water and milk often
- Eat a variety of foods: fish, meat, eggs, beans, green leafy vegetables, mango, pawpaw, sweet potatoes, pumpkin, avocado, tomatoes, carrots
- Take iron-folic acid supplements daily and multivitamin supplements as advised and always use iodized salt

### Living Positively

**Eat with far and friends**

- It feels good to part of a family
- HIV/AIDS is not a by food or eat sharing food, or cooking up
- Eating outside fresh air inc appetite



**Meet with friends**

- Join in as of people HIV/AIDS a support g
- Talk with the same



**Regain lost s**

- Take care of your ou
- Go out into the fres at least once a day
- Find enjoyment as time with family as especially children



**Be better able to work**

- Contribute to family income



**Grow a garden**

- Provides affordable food
- Provides a variety of foods
- Can be done at home or in the community (if there is no available space at home)

