

Ar HIV inficētu sieviešu un viņu veselības aprūpes speciālistu zināšanas un attieksme saistībā ar perinatālā perioda veselības aprūpi*

Ilze Ansule¹, Inese Stars², Anda Ķīvīte²

ilze.ansule@rsu.lv

Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

¹ *Māšzinību un dzemdību aprūpes katedra*

² *Sabiedrības veselības un epidemioloģijas katedra*

Kopsavilkums

Tiek lēsts, ka patiesais ar HIV inficēto personu skaits Latvijā ir 1,5–2 reizes lielāks, nekā liecina statistika. Statistikas dati par HIV vertikālās transmisijas ceļa profilaksi rāda, ka tikai puse ar HIV inficēto grūtnieču profilaktisko terapiju uzsāk laikus. Veselības aprūpes speciālistiem ir jāapzina iespējamie iemesli, kādēļ puse ar HIV inficēto grūtnieču laikus neizmanto šo veselības aprūpes pakalpojumu.

Darba mērķis bija izpētīt ar HIV inficētu sieviešu un viņu veselības aprūpes speciālistu zināšanas un attieksmi saistībā ar perinatālā perioda veselības aprūpi.

Kā pētījuma instruments tika izvēlēta daļēji strukturēta, padziļināta intervija, kas ļauj atklāt ne tikai pašreizējo situāciju, bet arī cilvēku rīcības un pārlicību dažādību. Darba pētnieciskās tēmas izpētē izmantotas kvalitatīvā pētījuma metodes, jo paredzamais dalībnieku skaits bija mazs. Kvalitatīva pētījuma pamatā ir sociālās realitātes interpretācija, tas aptver vairākas pieejas un metodes, kuru mērķis ir palīdzēt saprast un izskaidrot sociālās parādības un to nozīmi, neiejaucoties situācijas dabiskajos apstākļos.

Pētījuma ietvaros tika intervētas septiņas ar HIV inficētas sievietes pēcdzemdību periodā un 12 perinatālās veselības aprūpes speciālisti. Apkopojot intervijās iegūto informāciju, izveidojās šādas tēmas: 1) perinatālā perioda veselības aprūpes speciālistu dažādā attieksme intervēto sieviešu un ekspertu perspektīvās, 2) zināšanu trūkums par HIV infekcijas ietekmi uz grūtniecības norisi un tās iznākumu, kā arī nepietiekama informētība par veselības aprūpes procesu HIV infekcijas gadījumā perinatālā perioda veselības aprūpes speciālistu un ar HIV inficētu sieviešu vidū.

Secinājumi: perinatālā perioda veselības aprūpes speciālistu attieksme intervēto sieviešu un ekspertu perspektīvās ir dažāda; eksperti un ar HIV inficētās sievietes norāda uz informācijas trūkumu par profilaktiskās ārstniecības pasākumu pēctecību un sociālā atbalsta pieejamību, vienlaikus piebilstot, ka Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas stacionārs “Latvijas Infektoloģijas centrs” ir drošs un uzticams informācijas resurss.

Atslēgvārdi: HIV infekcija, zināšanas, attieksme, veselības aprūpe.

* Raksts veidots, izmantojot I. Ansules maģistra darbu “Sieviešu, kuras dzīvo ar HIV, un veselības aprūpes speciālistu pieredze par perinatālā perioda veselības aprūpi” (Rīgas Stradiņa universitāte, 2016).

levads

Atbilstoši Latvijas Republikas Perinatālās veselības aprūpi reglamentējošiem dokumentiem veselības aprūpes darbiniekiem savā profesionālajā darbībā ir jāsniedz sievietei visa nepieciešamā informācija un atbalsts perinatālās aprūpes procesā (Ministru kabineta noteikumi Nr. 611, 2016; sk. arī *Green, 2012; PMNCH and WHO, 2015*). Vecmātes profesijas standarta 13. pantā noteikts: “Vecmātei jāspēj sniegt psihoemocionālu atbalstu grūtniecei,” un 27. pantā noteikts: “Jānodrošina labvēlīga vide mātes un bērna pozitīvas emocionālās saiknes radīšanai” (Veselības ministrija, Vecmātes profesijas standarts, 2014). Lai to realizētu praksē, vispirms ir nepieciešama pacienta un veselības aprūpes speciālista mērķtiecīga sadarbība, kas veselības aprūpes speciālistam būtu jānodrošina neatkarīgi no viņa personīgās pārlicības.

Lai veicinātu ar HIV inficētu grūtnieču vertikālās transmisijas riska mazināšanu auglim, Latvijas Veselības ministrija šogad izstrādāja “HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plānu 2018.–2020. gadam” (Veselības ministrija, 2017). Dokuments paredz gan sabiedrības, gan veselības aprūpes personāla izglītošanu, kā arī vairāku pasākumu kopumu veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības uzlabošanai.

Ārvalstīs veiktos pētījumos par veselības aprūpes personāla zināšanām par HIV infekciju ir norādīts uz nepieciešamību tās regulāri atjaunot un izmantot praksē, lai veselības aprūpes process noritētu kvalitatīvi un pacienti negūtu negatīvu pieredzi, sadarbojoties ar veselības aprūpes speciālistiem (*Chiamaka et al., 2008; Marranzano et al., 2013; Ledda et al., 2017*). Aprakstot izglītojošo programmu veidošanas procesu medicīnas personālam par grūtniecību un HIV, ir secināts, ka, kļūstot par veselības aprūpes speciālistu, cilvēks neklūst brīvs no personīgās pārlicības, savas kultūras tradīcijām un aizspriedumiem (*Rochon, 2014*).

Zinātniskajā literatūrā ir aprakstīts gan stigmatas veidošanās process darbā ar HIV pozitīviem pacientiem, gan situāciju dažādība, kad stigmatas dēļ veidojas konkrēta attieksme, rīcība vai kad pārējiem tā netiek atklāta, t. i., tā ir tikai cilvēka domās un sajūtās. Ārvalstu autori uzsver stigmatas izraisīto diskrimināciju veselības aprūpes procesā, kad stigmatizācija veselības aprūpes speciālistus attur no kvalitatīvu profilakses un ārstniecisko pasākumu veikšanas (*Nyblade, 2009; Castro, 2005*).

Pašlaik vēl nav veikti pētījumi par HIV inficētu sieviešu perinatālās aprūpes pieredzi Latvijā. No fenomenoloģijas viedokļa, strādājot ar jēdzienu “pieredze”, vispirms ir jāmēģina izvairīties no visiem pieņēmumiem, kas attiecināti uz pieredzi pirms pašas pieredzes – vai tie balstītos reliģiskās vai kultūras tradīcijās, veselajā saprātā vai zinātnē (*Moran, 2000*). Kā papildu ieguvums ir tas, ka kvalitatīvās pētniecības metodes ļauj ne tikai uzdot jautājumu par notikuma faktu, bet arī noskaidrot “kāpēc” un “kā” (*Edward, 2003; Moran, 2000; Sheri, 2005*).

Šobrīd Latvijas veselības aprūpes sistēma piedzīvo gan restrukturizāciju, gan hronisku finansējuma trūkumu, tādēļ perinatālās aprūpes jomā būtu konstruktīvi pētīt un parādīt tās niansas, ko ir iespējams korigēt, un laikus plānot tālāko darbību, efektīvi izmantojot gan finanšu līdzekļus, gan cilvēkresursus. Latvijas perinatālās veselības aprūpes mērķis ir pēc iespējas veselāka māte un bērns, tādēļ šajā jomā ir vēlama jebkuras darbības efektivitātes paaugstināšana.

Darba mērķis, materiāls un metodes

Darba mērķis bija izpētīt ar HIV inficētu sieviešu un veselības aprūpes speciālistu zināšanas un attieksmi saistībā ar perinatālā perioda veselības aprūpi.

Pētnieciskais jautājums. Kādas ir ar HIV inficēto sieviešu un veselības aprūpes speciālistu zināšanas un attieksme saistībā ar perinatālā perioda veselības aprūpi?

Pētījuma dalībnieku atlase un raksturojums. Atlases kritēriji pētījumā iesaistītajām ar HIV inficētajām sievietēm:

- HIV infekcijas esamība;
- ar HIV inficētā sieviete ir pēcdzemdību periodā;
- pozitīvs dzemdību iznākums;
- sieviete piekrīt intervijai;
- pētījuma autore nav piedalījusās intervētās sievietes veselības aprūpes procesā.

Pētījuma gaitā tika intervētas septiņas ar HIV inficētas sievietes pēcdzemdību periodā (2–5 dienas pēc dzemdībām / ķeizargrieziena operācijas). No iespējamām respondentēm tika izslēgtas trīs sievietes, kuru perinatālās veselības aprūpē piedalījusies pētījuma autore. No uzrunātajām deviņām sievietēm divas atteicās. No pētījumā iesaistītajām septiņām sievietēm trīs sievietes bija saņēmušas pilnvērtīgu perinatālā perioda veselības aprūpi; trīs sievietes bija saņēmušas nepilnvērtīgu perinatālā perioda aprūpi – novēloti uzsākta grūtniecības novērošana (pēc 12. gestācijas nedēļas) un / vai neregulāras vizītes pie perinatālā veselības aprūpes speciālista; viena sieviete nebija saņēmusi nekādus perinatālā perioda veselības aprūpes pakalpojumus (sk. 1. tab.).

1. tabula. Ar HIV inficēto intervēto sieviešu raksturojums

Characterization of interviewed women, who are living with HIV

Ar HIV inficētās sievietes	Perinatālā veselības aprūpe			Atkārtotas dzemdības	Ir atkarīga no narkotiskām vielām	Izglītība		
	Pilnvērtīga	Nepilnvērtīga	Nav saņemta			Pamata	Vidējā	Augstākā
Aija	×			×		×		
Anna		×				×		
Nora	×							×
Sofija	×			×			×	
Liene		×			×		×	
Dita			×		×	×		
Dace		×					×	

Atlases kritēriji pētījumā iesaistītajiem ekspertiem:

- sertificēts perinatālās veselības aprūpes speciālists;
- darba stāžs ir ne mazāks par pieciem gadiem;
- ir darba pieredze ar HIV inficētām sievietēm perinatālajā periodā;
- piekrīt intervijai.

Kopumā tika intervēti 12 sertificēti perinatālās veselības aprūpes speciālisti (trīs vecmātes, trīs ginekologi, trīs neonatologi, viena neonatoloģijas māsa, viens ģimenes ārsts un viens infektologs). No 17 uzrunātajiem sertificētajiem perinatālās veselības aprūpes speciālistiem tika saņemti pieci atteikumi, no tiem divos gadījumos eksperti bija gatavi dalīties pieredzē par sadarbību ar HIV inficētām sievietēm perinatālajā periodā tikai tad, ja netiek veikti pieraksti vai audioieraksts, tādēļ šos ekspertus nevarēja iesaistīt pētījumā. Desmit no intervētajiem ekspertiem strādā stacionārā, no tiem pieci arī ambulatorajā veselības aprūpes sektorā, savukārt divi eksperti strādā tikai ambulatorās aprūpes sektorā (sk. 2. tab.).

2. tabula. Intervēto ekspertu raksturojums

Characterization of interviewed experts

Intervētie eksperti	Darba stāžs, gadi			Sniegtie veselības aprūpes pakalpojumi		
	5–10	10–20	20 un vairāk	Antenatālajā periodā	Dzemdību palīdzībā	Postnatālajā periodā
1. eksperts	×					×
2. eksperts		×			×	
3. eksperts	×				×	
4. eksperts		×		×	×	
5. eksperts			×	×	×	×
6. eksperts		×		×	×	×
7. eksperts			×			×
8. eksperts		×		×	×	×
9. eksperts	×				×	×
10. eksperts		×			×	×
11. eksperts		×			×	
12. eksperts	×			×		×

Ārstniecības personu vārdi tika aizstāti ar “1. eksperts”, “2. eksperts” utt., bet ar HIV inficēto sieviešu vārdi tika mainīti, neizmantojot nevienu no respondentu vārdiem. Pētījumā iesaistītajiem dalībniekiem netika izpausts citu personu stāstītais vai iesaistīto personu vārdi.

Tika izmantota mērķtiecīgā respondentu atlase, jo ir maz cilvēku, kuri ir pieredzējuši pētāmo fenomenu, un piekļuve attiecīgajām personām ir apgrūtināta. Nepieciešama informatīvi bagātu gadījumu atlase, kas paredzēta dziļam pētniecības procesam (Stars, 2016).

Šajā pētījumā bija ētiskas dabas problēmas, un intervēt varēja tikai tos respondentus, kuri vēlas piedalīties pētījumā. Pētījuma procesā tika nodrošināti pētījuma ētikas pamatprincipi: pētījuma dalībnieku piedalīšanās pēc brīvprātības principa un autonomijas nodrošināšana, nekaitēšanas principa ievērošana, t. i., pētījuma procesā un rezultātā dalībnieki pēc iespējas netiek pakļauti papildu sociālam un psiholoģiskam riskam, taisnīguma principa ievērošana, kā arī vairāku zinātnieku piedāvātais ceturtais princips – cieņa pret konkrēto kopienu (Deakon, 2005; Mack, 2011).

Datu ieguves metode. Lai veiktu kvalitatīvu pētījumu, tika saņemta Rīgas Stradiņa universitātes Ētikas komitejas atļauja. Kā pētījuma instruments tika izvēlēta daļēji strukturēta, padziļināta intervija, kas ne tikai ļauj atklāt esošo stāvokli, bet, apkopojot to ar citiem stāstiem, ataino cilvēku rīcības un pārlicību dažādību (Stars, 2016). Intervija ir klasiska fenomenoloģijas metode, jo ļauj iegūt informācija no subjekta tieši un nepastarpināti. Tā tiek aplūkota kā iespēja uzzināt visu, ko intervējamais par šo jautājumu var pateikt gan ar valodas, gan ķermeņa palīdzību. Ķermeņa valodas novērojums ir viens no iemesliem, kādēļ intervija būtu jāveic klātienē, nevis attālināti (Biggerstaff, 2008; Smith, n. d.; Mack, 2011).

Kvalitatīva pētījuma pamatā ir sociālās realitātes interpretācija. Tas aptver vairākas pieejas un metodes, kuru mērķis ir palīdzēt saprast un izskaidrot sociālās parādības un to nozīmi, maksimāli iesaistoties situācijas dabiskajos apstākļos. Interpretatīvisma pētnieciskā paradigma atbilst šim pētījumam, jo zināšanas par fenomenu tiek iegūtas, pētniekam līdzdarbojoties indivīda radītajā konkrētā fenomenu nozīmju pasaulē. Sociālā realitāte tiek pētīta kā subjektīvi konstruēta cilvēku apziņā pastāvoša mainīga, relatīva, vienota, kontekstuāla kategorija (Qualitative research guidelines project).

Pirms uzsākt pētījumam nepieciešamo intervēšanu, tika veiktas pilotintervijas, lai kognitīvi pārbaudītu daļēji strukturētās, padziļinātās intervijas jautājumu protokolu, pēc kuru veikšanas autore sev uzdeva šādus jautājumus (*Green, 2012*):

- Vai stāstījums tika pārtraukts, uzdodot papildu vai citu jautājumu?
- Kādos jautājumos nepieciešama papildinformācija?
- Vai kādi jautājumi bija tendenciozi, pamudinoši, nosodoši?
- Vai jautājumi netika veidoti profesionālā žargona vai izteiksmes formā?
- Vai pārsvarā tika lietoti atvērtie jautājumi?
- Ja intervējamam bija nepieciešamas klusuma pauzes, vai tās tika ieturētas?

Pārsvarā tika izmantoti atvērtā tipa jautājumi. Atbildes uz tiem ir jēgpilnas, nozīmīgas indivīda kultūras kopienai, neparedzamas intervētājam un sniedz bagātīgu informāciju. Jautājumi ar HIV inficētām sievietēm un ekspertiem tika veidoti pēc perinatālā veselības aprūpes perioda iedalījuma principa, aptverot visus vadlīnijās noteiktos veselības aprūpes speciālistus katrā periodā. Papildus tika ietverti jautājumi par sociālā atbalsta iespējām, un tika paredzēta iespēja respondentiem paust savu viedokli par tēmām un jautājumiem, kurus intervētājs neuzdeva.

Pozitīva dzemdību iznākuma gadījumā ar HIV inficētās sievietes tika intervētas individuālajās pēcdzemdību palātās 2.–5. dienā pēc dzemdībām bez tuvinieku vai personāla klātbūtnes un ārpus apmeklējumu vai ārstnieciskās apgaitas laika. Pirms uzsākt interviju, intervētājs iepazīstināja ar sevi un sava pētnieciskā darba mērķi un izskaidroja iespēju atteikties vai pārtraukt interviju jebkurā brīdī. Tika izskaidrota brīvprātības un anonimitātes principa nodrošināšana, kā arī paredzamais intervijas ilgums (līdz 40 minūtēm). Ja sieviete sniedza informāciju piekrišanu, tika veikts intervijas audioieraksts, kuru pēc tam transkribēja un veica tematisko analīzi. Intervijas laikā intervētājs veica arī rakstiskas piezīmes.

Šie paši principi tika izmantoti, intervējot ekspertus. Eksperti tika intervēti veselības aprūpes iestādē telpā ar labu skaņas izolāciju un ar aizvērtām durvīm. Veicot piezīmes, tika ņemts vērā ne tikai verbālais ziņojums, bet arī valodas lietojuma īpatnības (specifiskie un žargona izteicieni, pauzes), mīmika, acu kontakts un ķermeņa valoda. Tika ņemts vērā arī komunikācijas neverbālais faktors, precizējot jautājumu, veicot piezīmes, dodot papildlaiku atbildes apdomāšanai vai pārdomām, kā arī uzdodot papildjautājumus. Intervijas laikā pierakstos tika atzīmēts, pie kura jautājuma ir jāatgriežas, kur nepieciešama papildinformācija un kuri jautājumi jau ir atbildēti (*Mack, 2011*).

Iegūto datu apstrādes metode. Pēc intervijas 24–48 stundu laikā tā tika transkribēta, analizētas intervijas gaitā tapušās piezīmes un veikti nepieciešamie papildinājumi un pieraksti, ievērojot metodiskos nosacījumus (*Mack, 2011*). Dati apstrādāti, lai tie prezentētu galvenās tēmas, kas raksturīgas pētāmajai parādībai. Izmantojot intervijas transkriptu un intervijas gaitā tapušās piezīmes, katrai intervijai tika veikta iegūtās informācijas kodēšana, iegūstot sākotnējos kodus, pēc tam tie tika pakāpeniski un secīgi apkopoti, līdz tika izveidotas kopīgas tēmas abām respondentu grupām.

Rezultāti

Apkopojot intervijās iegūto informāciju, tika izveidotas šādas tēmas:

- perinatālā perioda veselības aprūpes speciālistu attieksme intervēto sieviešu un ekspertu perspektīvās;
- zināšanu trūkums par HIV infekcijas ietekmi uz grūtniecības norisi un tās iznākumu, kā arī informācijas trūkums par veselības aprūpes procesu HIV infekcijas gadījumā.

Perinatālā perioda veselības aprūpes darbinieku attieksme darbā ar HIV inficētām sievietēm. Vairāki perinatālās veselības aprūpes speciālisti intervijas sākumā pauda korekti formulētu un pozitīvu viedokli par sievietēm, kuras ir inficētas ar HIV, un viņu grūtniecību, bet intervijas gaitā viedoklis nereti kļuva vērtējošs vai negatīvs. Atsevišķiem perinatālās veselības aprūpes speciālistiem ir grūti pieņemt faktu, ka šāda sieviete vēlas grūtniecību turpināt un dzemdēt bērnu. Divi speciālisti pauda viedokli, ka šādā gadījumā vispār nevajadzētu dzemdēt bērnus un, iespējams, šīs sievietes vajadzētu sterilizēt:

“Es uzskatu, ka viņām tomēr nevajadzētu dzemdēt bērnus. Man tas liekas pārāk liels risks. Un it īpaši, redzot, ka pēdējā laikā viņu ir vēl vairāk, nekā bija pirms tam. Kaut kāda problēma tajā visā ir. Varbūt tas ir kontracepcijas jautājums. Vai arī attiecībā uz sterilizācijām kaut ko vajadzētu mainīt... Nu, kaut kas tur nav.” (1. eksperts)

Perinatālās veselības aprūpes speciālisti atklāti stāstīja par savu un kolēģu pieredzi – izvairoties strādāt ar HIV inficētām sievietēm, ja šāda iespēja rodas. Kā iemesls tika minēts, ka ļoti bieži šīm sievietēm piemīt narkotiku vai kāda cita atkarība, tādēļ nereti viņas iepriekš nav apmeklējušas veselības aprūpes speciālistus un veselības aprūpes iestādē ir ieradušās tikai kāda akūta veselības stāvokļa dēļ, līdz ar to nav nekādas informācijas par iespējamām oportūniskām infekcijām un komplikācijām mātei un bērnam:

“Katrs jau vairāk vai mazāk cenšas izvairīties no tādām pacientēm.” (3. eksperts)

Nereti sievietes psiholoģiskā stāvokļa vai lietoto apreibinošo vielu dēļ nav iespējams iegūt adekvātu un pietiekamu anamnēzi. Speciālisti arī minēja, ka sarežģījumus komunikācijā ar sievietēm nereti rada arī pacienšu zemais izglītības līmenis un sociāla rakstura problēmas. Stāstījumā atklājās, ka speciālisti raizējas nevis par atklātu baiļu izrādīšanu vai izvairīšanos, bet par ikdienas profesionālo pienākumu pildīšanas niansēm un / vai komentāriem, ko ar HIV inficētās sievietes var sadzirdēt, pamanīt vai sajūst.

Speciālisti minēja konkrētus piemērus:

- tūlītējā reakcija un kustības, ja uz aizsargbrillēm nonāk ar HIV inficētas sievietes asinis;
- komentāri par grūtībām veikt manipulācijas aizsargtērpā, brillēs un dubultajos cimdos;
- neapmierinātība par karstumu, svīšanu un grūtībām, pavadot vairākas stundas ķeizargrieziena operācijā vai dzemdībās aizsargtērpā;
- speciālista neapmierinātā sejas izteiksme un komentāri, velkot aizsargtērpu sievietes klātbūtnē;
- pārspīlēti līdzjūtīgi un žēlojoši komentāri, piemēram, runājot ar jaundzimušo mātes klātbūtnē.

Lai arī iepriekš saistībā ar sociāla rakstura problēmām tika aprakstīts, ka vairums perinatālās veselības aprūpes speciālistu ar HIV inficētas sievietes saista ar zemāku sociālo slāni, kopīgas pazīmes jautājumā par attieksmi netika saskatītas:

“Es domāju, ka tas ir ļoti individuāli. Uz šo jautājumu viennozīmīgi nevar atbildēt, jo es domāju, ka katrs cilvēks jau ir atšķirīgs un arī šīs sievietes ir atšķirīgas. Varbūt viena līdzdarbojas un ir ļoti pozitīvi noskaņota. Tas ir ļoti individuāli, nevar pateikt, ka ir tieši tā vai šitā. Tas ir ļoti, ļoti individuāli – kā jebkura lieta.” (7. eksperts)

Perinatālās veselības aprūpes speciālisti atklāja arī psiholoģiski traumējošu pieredzi darbā ar sievietēm, kuras ir inficētas ar HIV, minot retus gadījumus, kad, sniedzot dzemdību palīdzību, pieredzēta klaji negatīva sievietes attieksme un / vai agresīva izturēšanās pret personālu. Tās ir atsevišķas situācijas, kad ar HIV inficētās sievietes ar nolūku nestāsta par savu inficēšanos un provocē situācijas, kurās ārstniecības personas var inficēties. Profesionālajā žargonā šīs sievietes sauc par “dāvinātājām”. Intervētie veselības aprūpes speciālisti atzina, ka neuzskata visas ar HIV inficētās sievietes par potenciāli bīstamām, tomēr tas ietekmē viņu attieksmi pret šīm pacientēm kopumā. Tieši šie speciālisti kā pirmo asociāciju saistībā ar jēdzienu “HIV” minēja vārdus “bailes” un “piesardzība”.

Kā vienu no emocionālām komponentēm šādās situācijās perinatālās veselības aprūpes speciālisti nosauca arī bezspēcības sajūtu. Viņi atzina, ka pēc šādiem incidentiem zināmu laika periodu profesionālajā darbībā cenšas izvairīties no sievietēm, kuras inficētas ar HIV. Kopumā visi intervētie speciālisti atzīst, ka pastāv tendence izvairīties no profesionālās sadarbības ar sievietēm, kuras inficētas ar HIV, taču neuzskata, ka tā būtu problēma, un šo situāciju saista ar cilvēcisku pašsaglabāšanās instinktu.

Ar HIV inficēto sieviešu viedoklis par perinatālās aprūpes personāla attieksmi. Sešas no septiņām intervētajām sievietēm norādīja, ka vienu vai pāris reizes ir piedzīvojušas nosodošu, noraidošu un emocionāli agresīvu perinatālās aprūpes speciālistu attieksmi, piebilstot, ka tā ir atsevišķu personu psiholoģiskā īpatnība. Tikai viena no septiņām intervētajām sievietēm perinatālajā periodā ne reizi nav izjutusi negatīvu attieksmi saistībā ar vēlmi prolongēt grūtniecību un ir pilnībā apmierināta ar perinatālās veselības aprūpes procesu.

Ar HIV inficētās sievietes stāsta, ka lielākā daļa perinatālās veselības aprūpes speciālistu bijuši laipni un profesionāli un viņas nav pieredzējušas īpašu attieksmi saistībā ar HIV infekciju, tomēr ar dažām ārstniecības personām bijušas problēmas. Sievietes stāsta par fenomenu, ka ārstniecības personas pozitīvā attieksme kļuvusi negatīva vai noraidoša tikai brīdī, kad paciente paudusi vēlmi grūtniecību prolongēt, nevis pārtraukt (šo speciālistu sievietes ilgstoši apmeklējušas jau pirms grūtniecības):

“Viņa pateica, ka tādas kā es, tas ir, ar HIV vīrusu, nav tiesīgas būt par māti, ka viņām jātaisa aborts.” (Aija)

Visas sievietes, kuras perinatālās veselības aprūpes speciālistu mainījušas negatīvas pieredzes dēļ, ar nākamo speciālistu ir apmierinātas. Viņas min, ka saskarsmes ziņā sarežģījumu nav bijis, un atzīst, ka pirms tam rūpīgi ievākušas ziņas, pie kura speciālista turpmāk doties, kā ticamāko informācijas avotu izmantojot sociālos medijus. Vairākas ar HIV inficētās sievietes, kurām ir atkārtota grūtniecība un pieredze perinatālās veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanā gan privātajā, gan valsts apmaksātajā sektorā, uzsver, ka privātajā sektorā strādājošo perinatālās veselības aprūpes speciālistu attieksme bijusi ētiska un sniegtā informācija atbilda viņu vajadzībām saistībā ar perinatālo periodu.

Perinatālās veselības aprūpes darbinieku zināšanu trūkums par HIV infekcijas ietekmi uz grūtniecības norisi un tās iznākumu un par veselības aprūpes procesu HIV infekcijas gadījumā kopumā. Intervētie eksperti atzīst, ka personālam joprojām trūkst zināšanu un prasmju komunicēt ar HIV inficētām grūtniecēm, dzemdētājām un nedēļniecēm par veselības aprūpes pēctecību, par to, kāds būs nākamais solis pēc viņu veiktās aprūpes epizodes, proti, par šo sieviešu un jaundzimušo aprūpi kopumā, ne tikai speciālistu veiktajā veselības aprūpes periodā.

Visi intervētie perinatālās veselības aprūpes speciālisti joprojām praktizē, taču intervijās viņi atzīst, ka zināšanu trūkuma cēlonis ir retais šādu gadījumu skaits. Profesionālās pilnveidesursos un sociālajos medijos gūtās zināšanas netiek lietotas ik dienu, tāpēc, pēc speciālistu stāstītā, aktīvas ir tikai pamatzināšanas. Nianse un specifiski jautājumi tiek precizēti tad, kad rodas nepieciešamība. Eksperti uzsvēra – ja ikdienā nav saskares ar sievietēm, kas inficētas ar HIV, tiek aizmirsta pat standartprocedūru norises kārtība:

“Kas ir pirms testa, pēc testa konsultācijas?” (1. eksperts)

Vairāki eksperti sarunā atzina, ka vajadzības gadījumā viņi spēj sievietēm un viņu ģimenēm sniegt informāciju par HIV inficēšanās ceļu un profilaksi, lai novērstu citu personu iespējamo inficēšanos, taču nespēj sniegt informāciju par HIV ietekmi uz organismu kopumā un komplikācijām saistībā ar grūtniecību un jaundzimušā veselību. Perinatālās veselības aprūpes speciālisti stāstīja, ka sievietēm ir daudz jautājumu, bet ne uz visiem jautājumiem viņi ir spējusi atbildēt. Pēc pārdomu mirkļa intervijas laikā vairāki eksperti atzina, ka viņu zināšanas ir pārāk vispārīgas un nekonkrētas. Uz jautājumiem par to, kuram ģimenei būtu jāsniedz informācija par mātes vai / un bērna HIV inficēšanās faktu, arī ir bija grūti vai pat neiespējami atbildēt. Eksperti atzina, ka šādas nianse uztrauc arī sievietes un viņu ģimeni, taču eksperti nav varējuši izglītēt ģimenes šādos sensitīvos jautājumos:

“Mums jau ir tādas vispārīgas zināšanas par šādu infekciju, ko var apārstēt, bet nevar izārstēt. Bet nu tas vairāk par HIV. Labi, inficēšanās ceļu mēs tā kā zinām, bet ietekmi uz organismu... Un kā mēs vēl spētu par to runāt? Es domāju, ka informācijas viennozīmīgi trūkst.” (4. eksperts)

Vairāki intervētie eksperti šādas problēmas savā profesionālajā darbībā nesaskata. Viņi uzsver konkrētu darba pieeju, nevis iedziļināšanos jautājumos par to, kas notiek ar pacienta aprūpi pirms un pēc viņu veiktās veselības aprūpes epizodes. Šie eksperti uzskata, ka pacientu izglītošana par HIV infekciju un ar to saistītiem jautājumiem ir Rīgas Austrumu klīniskās universitātes slimnīcas (RAKUS) stacionāra "Latvijas Infektoloģijas centrs" uzdevums. Tika pausts viedoklis, ka perinatālās veselības aprūpes speciālistiem ir jāzina iespējamie inficēšanās ceļi, veicamās manipulācijas un to droša izpildes tehnika, par pārējo aprūpi un iespējamo veselības stāvokli, pēc šo ekspertu domām, nav jāzina.

Daļa intervēto ekspertu uzskata, ka perinatālās veselības aprūpes speciālistu darba uzdevumos neietilpst sieviešu un sabiedrības informēšana un izglītošana par HIV, un attiecinā šo uzdevumu uz RAKUS stacionāra "Latvijas Infektoloģijas centrs" speciālistiem. Vienlaikus šie eksperti atzīst, ka viņiem trūkst informācijas par HIV ietekmi uz organismu. Eksperti atzīmē, ka būtu neprofesionāli un nosodāmi informēt pacientus par to, par ko pašiem trūkst informācijas un izpratnes. Jautājumos par HIV infekciju viņi nejūtas pietiekami kompetenti un uzskata, ka rīkojušies profesionāli, neko nestāstot pacientiem. Perinatālās aprūpes speciālisti, kuri pārstāv šo uzskatu, intervijās atzina, ka nesniedz papildinformāciju par HIV, bet pacientes, kurām radušies jautājumi, nosūta pie speciālista uz RAKUS stacionāru "Latvijas Infektoloģijas centrs":

"Principā uzreiz nosūtu pie speciālista. Es neko nestāstu, jo man nav tādas informācijas. Man nav, kā lai pasaka, atļaujas kaut ko komentēt. Viss ir neskaidrs. Lai to dara speciālists."
(4. eksperts)

Šie eksperti uzskata, ka šādos gadījumos ir jādala darbs un atbildība. Tiek uzsvērts, ka kvalitatīvāk un drošāk sievietes un bērna veselībai ir veltīt vairāk laika un gaidīt konsultāciju RAKUS stacionārā "Latvijas Infektoloģijas centrs", nekā sniegt nepilnīgu informāciju vizītē pie perinatālās veselības aprūpes speciālista, kurš nav zinošs un kompetents šādu konsultāciju sniegt. Ja tas nav bijis vitāli nepieciešams, intervētie eksperti neskaidros gadījumos nav meklējuši tūlītējas atbildes, bet gaidījuši līdz nākamajai vizītei, kad saņēmuši izrakstu no infektologa ar nosūtījumiem un rekomendācijām. Šāda pieeja tiek uzskatīta par atbilstošu un kvalitatīvu pieeju darbam.

Daļa ekspertu pauž pretēju viedokli un šādu pieeju uzskata par problemātisku. Ar HIV inficētās sievietes, kuras nolēmušas grūtniecību prolongēt, nereti esot informētas nepietiekami vai nemaz, un smagāka šī problēma ir lauku reģionos:

"Bieži vien ir tā, ka ārsts nav pateicis neko, it sevišķi perifērijā." (12. eksperts)

Šādas situācijas eksperti saista arī ar biežākām personāla attieksmes problēmām, kā arī pārpratumiem, kad sieviete atteikumu sniegt informāciju uztvērusi kā negatīvu attieksmi HIV dēļ, nevis kā nepietiekamu personāla informētību.

Sievietes atzīst, ka sociālajos medijos cenšas viena otru brīdināt par šādiem veselības aprūpes speciālistiem, lai pasargātu citas ar HIV inficētās sievietes:

"Es ļoti baidījos, jo lasīju, ka bija arī sūdzības... Baidījos, bet, paldies Dievam, man paveicās."
(Nora)

Pat vienīgā no intervētajām sievietēm, kura grūtniecības laikā nepiedzīvoja negatīvu perinatālās veselības aprūpes speciālistu attieksmi, intervijā vairākkārt atcerējās visu grūtniecības periodu izjustās bailes sastapt negatīvi noskaņotu vai noraidošu ārstniecības personu. Pašas pieredzēta pamatojuma šādām bailēm sievietei nebija, jo visi speciālisti, kuru aprūpē viņa bijusi, izrādījuši pretimnākošu un pozitīvu attieksmi, lai arī maksas pakalpojumus viņa neizmantoja. Viņa atzīst, ka reizēm pat aizmirsusi, cik pozitīva bijusi personīgā pieredze, jo, sociālajos medijos lasot ar HIV inficēto sieviešu aprakstītās situācijas, radusies sajūta, ka perinatālās aprūpes jomā bieži var pieredzēt negatīvu attieksmi, ko viņas pieredze neapstiprina.

Ar HIV inficēto sieviešu zināšanu trūkums par HIV infekcijas ietekmi uz grūtniecības norisi un tās iznākumu. Daļa intervēto sieviešu atzina, ka, pat pirms grūtniecības zinot par inficēšanos ar HIV, viņām nebija pietiekamu zināšanu par iespējamām prognozēm attiecībā uz savu veselību. Intervētās sievietes uzsvēra, ka vairāk pašas interesējušās un saņēmušas informāciju par kontracepcijas un inficēšanās profilakses jautājumiem.

Vairākas sievietes atzina, ka iepriekš nav domājušas par grūtniecību, jo HIV infekciju uzskatījušas par fatālu un ar ģimenes veidošanu nesavienojamu veselības stāvokli:

“Kam man bērns, ja es drīz nomiršu?” (Dace)

Intervētās sievietes atzina, ka ne vienmēr bijušas pirmās, kas apsvērušas iespēju grūtniecību prolongēt – nereti perinatālās veselības aprūpes speciālists ir bijis tas, kurš pieļāvis domu par grūtniecības prolongēšanu, uzdodot par to jautājumu. Sievietes stāstīja, ka līdz tam dzīvojušas ar domu, ka drīz jāmirst un par bērniem nākotnē nav ko domāt. Daļa sieviešu minēja, ka pirmais speciālists, kas pieļāvis domu, ka grūtniecību varētu prolongēt, bijis infektologs. Intervijās tika stāstīts par grūto lēmuma pieņemšanas periodu. Par faktu, ka grūtniecība ir iespējama un nav nosodāma, nācies pārliecināt ne tikai sevi, bet arī pārējo ģimeni, kas ne vienmēr uzreiz spēja pieņemt sievietes lēmumu un viņu atbalstīt.

Intervētās sievietes atzina, ka informācija bijusi nepilnīga un trūka ne tikai ģimenei, bet arī viņām pašām. Daļa stāstīja, ka arī pirms inficēšanās zinājušas par HIV un izsargāšanās nepieciešamību, taču bija neskaidrības par izsargāšanās metodēm:

“Jā, stāstīja, ka jāizsargājas, ka sievietēm vairāk pielīp nekā vīriešiem. Nu, ir jāizsargājas, bet, kā izrādījās, es neizsargājos, un iznāca tā, kā ir.” (Aija)

Lai arī sociālajos medijos ir pieejams plašs informācijas apjoms dažādās valodās, joprojām ir daudz neskaidrību un pārpratumu.

Sievietes atzīmēja, ka ne vienmēr saņēmušas atbildes no perinatālās veselības aprūpes speciālistiem uz jautājumiem par grūtniecības iespējamo norisi, dzemdību vadīšanas taktiku un jaundzimušā aprūpes īpatnībām. Nereti atbildes sniegtas izvairīgi vai nav nemaz saņemtas, tā radot papildu satraukumu. Sievietes atminas, ka nereti radušās traģikomiskas situācijas, jo viņas uzdevušas jautājumus, kurus personāls dzemdību palīdzības iestādē pat nav sapratis:

“Vai man bērnu tagad ņems nost? Nebūs taču tā, ka bērniņu nedos?” (Dita)

Sievietes, kurām perinatālās veselības aprūpes speciālists grūtniecības norisi nav novērojis, stāsta par grūtībām ārpus Rīgas un lielākajām Latvijas pilsētām atrast speciālistu, kurš būtu ar mieru labprātīgi un bez nosodījuma novērot grūtniecības norisi. Izvēli nemeklēt citu speciālistu sievietes pamato ar finansiālām grūtībām un informācijas trūkumu, kur šādu speciālistu varētu atrast. Divas no intervētajām sievietēm atzina, ka padomu, kur saņemt veselības aprūpes pakalpojumus, nav meklējušas arī sociālo mediju resursos:

“Nebiju uzskaitē, vienkārši nezināju, kur iet. Man te, Rīgā, nav ārsta. Manā rajonā nav tādu ārstu.” (Dita)

Diskusija

Ar HIV inficētās sievietes pētījuma gaitā akcentēja jautājumus, kuri ir konceptuāli saistīti ar sabiedrības izpratnes problēmām par veselības stāvokli saistībā ar HIV infekciju un grūtniecību, tās iznākumu un bērna veselību. Šādas problēmas ir vērojamas dažādās sabiedrības grupās – gan pašu sieviešu un viņu paziņu lokā, gan arī perinatālās veselības aprūpes speciālistiem. Apkārtējo attieksme bija viena no tēmām, kuru bieži minēja gan ar HIV inficētās sievietes, gan perinatālās veselības aprūpes personāls, izsakot savu viedokli un / vai atstāstot situācijas, strādājot ar HIV inficētām grūtniecēm.

Līdzīgas problēmas ir atspoguļotas pētījumos, kuri veikti Kanādā (*Lawson, Gardezi and Calzavara, 2006*), ASV (*Sengupta, Strauss and Miles, 2010; Sheri, Kirshenbaum and Hirky, 2005*) un Dienvidāfrikā (*Famoroti, Fernandes and Schima, 2013*). Tajos pētnieki atklāja, ka atsevišķi perinatālās veselības aprūpes

speciālisti joprojām nespēj adekvāti sadarboties ar sievietēm, kuras inficētas ar HIV, atzīmējot, ka tās ir atsevišķas ārstniecības personas, bet ne sistēmiska problēma. Šajā pētījumā intervētie eksperti attieksmes problēmas skaidro ar bailēm inficēties, un tas sakrīt ar ārvalstu pētījumu datiem (*Guma, 2011; Kermode and Holmes, 2005*), kā arī ar papildu ekipējuma un darba pienākumu slogu un pārslodzi darbā, kas sakrīt ar Ugandā veiktā pētījuma datiem (*Sweeney, Obure and Terris-Prestholt, 2014*).

Pārmaiņas veselības aprūpes personāla attieksmē dzemdību palīdzības iestādēs, dzemdējot atkārtoti, piedzīvojušas divas ar HIV inficētas sievietes. Dzemdējot pirms 5–6 gadiem, viņas pieredzējušas negatīvu attieksmi, bet šoreiz, dzemdējot tajā pašā dzemdību palīdzības iestādē, perinatālās veselības aprūpes speciālistu attieksme bijusi pārsteidzoši pozitīva. Vairāki intervētie eksperti atšķirīgo attieksmi pret sievietēm, kas inficētas ar HIV, neuzskatīja par problēmu, bet par likumsakarību, saistot to ar bailēm inficēties ar HIV un cilvēcisko pašsaglabāšanās instinktu, kā arī ar biežo narkotisko vielu atkarību šo sieviešu vidū, turklāt perinatālās veselības aprūpes pienākumus un pasākumus šīs sievietes bieži vien veic nepilnvērtīgi. Attiecībā uz izpratni par grūtniecības norisi un HIV ietekmi bija arī pozitīva pieredze gan ar HIV inficētu sieviešu ģimenes un paziņu lokā, gan perinatālās veselības aprūpes speciālistiem.

Pētījuma gaitā abas intervējamo personu grupas iezīmēja tādas konceptuāli nozīmīgas tēmas kā zināšanu trūkumu par HIV, kas tieši sasaucas ar iepriekš minētajām izpratnes problēmām, un lielo psiholoģisko slogu gadījumos, ja par inficēšanos ar HIV veselības aprūpes persona pirmo reizi paziņo sievietei tieši grūtniecības periodā. RAKUS stacionāra “Latvijas Infektoloģijas centrs” speciālisti tika atzīti par informatīvā atbalsta personām gan šīm sievietēm perinatālajā periodā, gan arī perinatālās veselības aprūpes speciālistiem.

Eksperti norādīja, ka perinatālās veselības aprūpes speciālistiem trūkst zināšanu par HIV infekcijas profilaktiskās ārstniecības pasākumiem un to pēctecību. Atsevišķi eksperti uzskatīja, ka informēt un skaidrot par HIV infekciju ir vienīgi infektologa, ne reproduktīvās veselības speciālista pienākums, taču šajā jautājumā nebija vienotības. Daļa intervēto ekspertu uzskatīja, ka viņi spēj informēt sievieti par HIV infekcijas un profilakses būtību, bet nespēj nodrošināt viņu ar detalizētu informāciju par ārstnieciskās profilakses pasākumiem, taču par alternatīvu uzskata sievietes nosūtīšanu uz RAKUS stacionāru “Latvijas Infektoloģijas centrs” pie infektologa.

Atsevišķi eksperti norādīja uz būtisku problēmu šādā jautājuma risināšanas pieejā: ja sieviete pirmajā reizē nesastop atsaucīgu speciālistu un nesaņem atbildes uz svarīgiem jautājumiem, palīdzība veselības aprūpes iestādēs reizēm netiek vairs meklēta. Tas sakrīt ar Īrijā veikta pētījuma rezultātiem par ārstniecības personu neapmeklēšanu saistībā ar HIV profilaktisko ārstēšanas pasākumu kompleksu, ja pirmais sastaptais speciālists nav bijis atsaucīgs (*Rochon, 2014*).

Visi intervētie eksperti bija vienoti jautājumā par to, pie kura speciālista ir jāvērsas, meklējot informatīvu palīdzību neskaidrību vai neordināru situāciju gadījumā saistībā ar perinatālās veselības aprūpi un HIV – šis speciālists visās ekspertu atbildēs bija RAKUS stacionāra “Latvijas Infektoloģijas centrs” infektologs. ASV (*Green, 2012*), Lielbritānijas (*Rochon, 2014*), Kanādas (*Lawson, Gardezi and Calzavara, 2006*) un Dienvidāfrikas (*Duff, Wild and Rubaale, 2010*) ar HIV inficētu sieviešu perinatālās aprūpes modelī infektologs ir veselības aprūpes komandas loceklis, un ASV (*AETC, 2015*) pat tiek piedāvāta vienota elektroniskās dokumentācijas forma, kur informācija par pacientu – vizītes, nosūtījumi, analīžu un izmeklējumu rezultāti, konsultācijas – ir redzama visiem perinatālās veselības aprūpes komandas locekļiem.

Arī Latvijas veselības aprūpes modelī infektologs ir kā komandas loceklis, bet informācijas apmaiņa notiek ar izraksta veidlapu, ne vienotā tīmekļa vidē. Kā papildrīku, meklējot informāciju par HIV un grūtniecību, ar HIV inficētās sievietes un perinatālās veselības aprūpes speciālisti minēja tīmekļa vietni *Google*. Lai arī par HIV tīmeklī ir atrodama plaša informācija, daļa intervēto ekspertu un ar HIV inficēto sieviešu inficēšanos joprojām saista ar drīzu nāvi un neuzskata, ka ir iespējams pozitīvs grūtniecības iznākums.

Šajā pētījumā intervēto sieviešu skaits ir mazs, un pētījumu rezultātus nevar pilnībā attiecināt uz situāciju valstī, tādēļ būtu jāveic lielāks skaits interviju gan pilsētās, gan reģionos. Pilnīgam perinatālās veselības aprūpes darbinieku pieredzes atspoguļojumam būtu nepieciešamas papildintervijas ar speciālistiem, kas strādā gan tikai reģionos, gan ārpus lielajiem veselības aprūpes centriem, gan arī tikai ambulatorajā aprūpē.

Secinājumi

Eksperti un ar HIV inficētās sievietes norāda, ka trūkst informācijas par profilaktiskās ārstniecības pasākumu pēctecību un sociālā atbalsta pieejamību šīm sievietēm, vienlaikus norādot, ka Latvijas Infektoloģijas centrs ir drošs un uzticams informācijas resurss. Šī pēctecība ir jāuzlabo, un jārūpējas par labāku sociālā atbalsta tīkla pieejamību. Perinatālās veselības aprūpes speciālistiem būtu regulāri jāsniedz informācija par to, kur nepieciešamības gadījumā meklēt informāciju par sievieti, kuras inficētas ar HIV, un viņu jaundzimušo profilaktiskās ārstniecības pasākumu būtību un pēctecību. Pirmais solis visu veselības aprūpes speciālistu un pacientu vienotam dialogam un laicīgai informācijas apmaiņai perinatālajā periodā būtu vienota e-veselības sistēma, piemēram, lai informētu par iespējam saņemt sociālā atbalsta pakalpojumus iespējami tuvu šo sieviešu dzīvesvietai un par psiholoģisko atbalstu ar HIV inficēto un AIDS slimnieku atbalsta biedrībā "AGIHAS".

Ar izpratni saistītas problēmas ir vērojamas dažādās sabiedrības grupās, gan pašu sieviešu un viņu paziņu lokā, gan arī perinatālās veselības aprūpes speciālistiem. Apkārtējo attieksme bija viena no tēmām, kuru intervijas laikā bieži minēja gan ar HIV inficētās sievietes, gan perinatālās veselības aprūpes personāls, izsakot savu viedokli un / vai stāstot gadījumus un situācijas, kas pieredzētas, pildot darba pienākumus.



Lack of Knowledge of Women Living with HIV and Health Professionals about the Impact of HIV Infection on Pregnancy, and Its Outcome and Attitude in Perinatal Period Health Care

Abstract

The actual number of people living with HIV in Latvia is estimated at 1.5 to 2 times higher than proven. Statistical data on the vertical mode of transmission shows that only half of HIV-infected pregnant women start preventive therapy in a timely manner. Health care professionals need to identify possible reasons why such a large proportion of HIV-infected women does not commence preventive treatment in a timely manner.

The aim of the study was to research women's living with HIV and health care professional's knowledge about the impact of HIV infection on pregnancy, and its outcome and attitude in perinatal period health care.

As the study tool was selected a semi-structured, in-depth interview, which allows to discover not only the status quo, but also what has been in other stories, depicting human action and belief diversity. Qualitative research was considered to be an adequate choice of research as the expected selection of participants was small. Qualitative research is based on interpretation of social reality; it covers numerous approaches and methods, which aim to help with understanding and explaining social phenomena and their meanings, trying not to interfere with situations, but working within the natural conditions.

Summarising the information obtained through interviews, the following topics were defined – 1) attitude, in the interviewed women and experts' perspectives, experienced in perinatal period, 2) lack of knowledge on the impact of HIV infection on pregnancy and its outcome, as well as lack of awareness of health care process continuity.

The obtained data presents diversity of attitude experienced in perinatal period among the interviewed women and experts. Experts and women living with HIV note the lack of information on preventive medical measures for women living with HIV and social support availability, simultaneously pointing out that the RAKUS hospital Latvian Infectology Centre is a secure and trusted information resource.

Keywords: HIV infection, knowledge, attitude, health care.

Literatūra

1. AETC. 2015. *Supporting HIV Education for Health Care Professionals*. Iegūts no: <http://aidsetc.org/guide/care-hiv-infected-pregnant-women> (sk. 22.02.2016.).
2. Biggerstaff, D. and Thompson, A. 2008. Interpretative phenomenological analysis (IPA): A qualitative methodology of choice in healthcare research. *Qualitative Research in Psychology*. 5(3), 214–224.
3. Castro, A. and Farmer, P. 2005. Understanding and addressing AIDS-related stigma: From anthropological theory to clinical practice in Haiti. *Am J Public Health*. 95(1), 53–59.
4. Deakon, H., Stephney, I. and Prosalendi, S. 2005. *Understanding HIV/AIDS stigma: A theoretical and methodological analysis*. HSRC Press. Iegūts no: <https://books.google.lv/books?id=1Giui6V6VFUC&pg=PT42&lpg=PT42&dq=understanding+Aids+-related+stigma&source=bl&ots=OMG0CpftcV&sig=UDrm.SYpucaSpwY0D55wIabrxqfQ&hl=lv&sa=X&ved=0ahUKEwi6hI3i-qrJAhUEXCwKHVc8DvQQ6AEIJDA#v=onepage&q=understanding%20Aids%20-related%20stigma&f=false> (sk. 12.11.2015.).
5. Duff, P., Wild, T. C. and Rubaale, T. 2010. Barriers to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda. *Journal of International AIDS Society*. 13, 37.
6. Edward, N., Nodelman, U. and Colin, A. (ed.). 2003. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Iegūts no: <http://plato.stanford.edu/entries/phenomenology/> (sk. 13.11.2015.).
7. Famoroti, T. O., Fernandes, L. and Schima, S. C. 2013. Stigmatization of people living with HIV/AIDS by healthcare workers at a tertiary hospital in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Medical Ethics*. 14(Suppl 1), S6.
8. Green, C. 2012. *Maternal and Newborn Nursing Care Plans*. 2nd ed. Jones & Bartlett, 125–134, 408–409.
9. Green, J. and Thorogood, N. 2009. *Qualitative Methods for Health Research*. GB: Wiltshire. 95–118.
10. Guma, J. A. 2011. Health workers stigmatise HIV and AIDS patients. *South Sudan Medical Journal*. (4)4, 92–93.
11. Kermodé, M. and Holmes, W. 2005. HIV-related knowledge, attitudes & risk perception amongst nurses, doctors & other healthcare workers in rural India. *Indian J Med Res*. 122(3), 258–264.
12. Kirshenbaum, S. B. and Hirky, A. E. 2005. “Throwing the dice”: Pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U.S. cities. *J Am Board Fam Pract*. 18(5), 362–373.
13. Lawson, E., Gardezi, F. and Calzavara, L. 2006. *HIV/AIDS stigma, denial, fear and discrimination*. Iegūts no: http://www.accho.ca/pdf/hiv_stigma_report.pdf (sk. 03.06.2017.).
14. Ledda, C. et al. 2017. *Attitude of health care workers toward patients affected by HIV/AIDS and drug users: A cross sectional study*. Iegūts no: http://www.google.lv/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi4s8-f_K3UAhWid5oKHcS9B9AQFgg1MAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.mdpi.com%2F1660-4601%2F14%2F3%2F284%2Fpdf&usq=AFQjCNF9ceqNurPCD2IDcvG-eq_6kLcDnA (sk. 08.06.2017.).
15. Mack, N., Woodson, C. and MacQueen, K. M. 2011. Qualitative research methods: A data collectors field guide. *Family Health International*. 1–9, 29–49, 83.
16. Marranzano, M. et al. 2013. *Knowledge, attitudes and practices towards patients with HIV/AIDS in staff nurses in one university hospital in Sicily*. Iegūts no: <http://ebph.it/article/view/8731> (sk. 08.06.2017.).
17. Ministru kabineta noteikumi Nr. 611. *Dzemdību palīdzības nodrošināšanas kārtība*. Iegūts no: <http://likumi.lv/doc.php?id=140695> (sk. 03.06.2017.).
18. Moran, D. 2000. *Introduction to Phenomenology*. London: Routledge.
19. Nyblade, L. and Stangl, A. 2009. *Combating HIV stigma in health care settings: What works?* Iegūts no: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731724/> (sk. 06.03.2017.).
20. PMNCH and WHO. 2015. *Knowledge summary on operationalizing human rights in efforts to improve health of women and children*. Iegūts no: <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/en/> (sk. 03.06.2017.).
21. Robert Wood Johnson Foundation. *Qualitative research guidelines project*. Iegūts no: <http://www.qualres.org/HomeWhat-3513.html> (sk. 03.06.2017.).
22. Rochon, D. 2014. *Baylor College of Medicine Creating an eLearning resource to improve knowledge and understanding of pregnancy in the context of HIV infection*. Iegūts no: <http://www.qub.ac.uk/elearning/hiv-and-pregnancy/ElearningResource/> (sk. 03.06.2017.).
23. Sengupta, S., Strauss, R. P. and Miles, M. S. 2010. A conceptual model exploring the relationship between HIV stigma and implementing HIV clinical trials in rural communities of North Carolina. *Med J*. 71(2), 113–122.
24. Smith, J. *Interpretative phenomenological analysis*. Iegūts no: <http://www.ipa.bbk.ac.uk/about-ipa> (sk. 20.11.2015.).
25. Stars, I. 2016. Lekciju materiāli “Kvalitatīvā pētījuma veidi: fenomenoloģija, pamatojuma teorija, etnogrāfija, gadījuma analīze”.

26. Sweeney, S., Obure, C. D. and Terris-Prestholt, F. 2014. The impact of HIV/SRH service integration on workload: analysis from the Integra Initiative in two African settings. Iegūts no: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4130428/> (sk. 22.02.2016.).
27. Umeh, C. N., Essien, E. J., Ezedinachi, E. N. and Ross, M. W. 2008. Knowledge, beliefs and attitudes about HIV/AIDS related issues, and the sources of knowledge among health care professionals in Southern Nigeria. Iegūts no: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562902/> (sk. 08.06.2017.).
28. Veselības ministrija. 2017. *HIV infekcijas, seksuālās transmisijas infekciju, B un C hepatīta izplatības ierobežošanas rīcības plāns 2018.–2020. gadam*. Iegūts no: http://www.google.lv/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiqUoTvj6nUAhXMCiwKHcbQCuYQFggvMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.vm.gov.lv%2Fimages%2Fuserfiles%2FSabiedribas%2520lidzdaliba%2FVMplans_060317_HIV_hep%255B1%255D.docx&usg=AFQjCNHURY5TsJcPtM3dWvAIiapkHIOgOw (sk. 06.06.2017.).
29. Veselības ministrija. *Vecmātes profesijas standarts*. Aktualizēts 07.03.2014.; 13., 27. pants. Iegūts no: <http://www.vecmasuasociacija.lv/wp-content/uploads/Standrt.apstipr/> (sk. 19.11.2015.).