



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Et nytt liv med HIV/A new life with HIV

Thea Beate Brevik og Lill Karin Bugge

Totalt antall sider inkludert forsiden: 74

Molde, 04.06.2013



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Norsk tittel: Et nytt liv med HIV

Engelsk tittel: A new life with HIV

Forfatter(e): Thea Beate Brevik og Lill Karin Bugge

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2013

Veileder: Bente Dale Malones og Sol Mittet Toft

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 19.03.13

Antall ord: 11753

Sammendrag

Bakgrunn:

15 millioner kvinner lever som HIV-positiv. Disse kvinnene har et livslangt behov for helsetjenester. HIV-positive kvinners erfaringer er avgjørende for hvordan helsepersonell møter dem på en verdig og respektfull måte.

Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å kartlegge hvordan kvinner lever som HIV-positiv.

Metode:

Litteraturstudie basert på 15 kvalitative forskningsartikler.

Resultat:

Støtte og fellesskap gir HIV-positive kvinner følelsen av samhold og tilhørighet. Stigmatisering, diskriminering og avvisning preger HIV-positive kvinner. Avsløring er avgjørende for senere erfaringer og tanker om fremtiden. ART fører til økt livskvalitet, men oppleves som krevende å følge opp. Kvinner trenger økt kunnskap i prosessen med å akseptere seg selv som HIV-positiv.

Konklusjon:

Kvinner som lever som HIV-positiv har behov for økt kunnskap. Holdningsendring kan føre til at flere kvinner går fra å føle seg som «AIDS-lidende» til «HIV-rådgiver». Samtidig er det behov for å øke kunnskapen blant helsepersonell. HIV-positive kvinner er sårbare for hvordan de blir møtt av helsepersonell. En bevisstgjøring rundt holdninger kan føre til at kvinnene møtes med respekt og verdighet. Litteraturstudien identifiserer seks hovedtema som ikke kan ses uavhengig av hverandre, men som danner et bilde av hvor sammensatt det er å leve som HIV-positiv.

Nøkkelord:

Kvinner, HIV, erfaringer, lavt utviklede land, Afrika.

Abstract

Background:

15 million women are living as HIV-positive. These women have lifelong healthcare needs. Experiences of HIV-positive women are crucial to how healthcare encounter them in a dignified and respectful manner.

Aim:

The purpose of this study is to identify how women live as HIV-positive.

Method:

Literature study based on 15 qualitative research articles.

Results:

Support and community provides HIV-positive women a feeling of belonging. Stigma, discrimination and rejection characterize HIV-positive women experiences. Disclosure is essential for the future. ART leads to improved quality of life, but it is difficult to follow up the treatment. Women need more knowledge in the process of accepting themselves as HIV-positive.

Conclusion:

There is need for increased knowledge among women living as HIV-positive. A change of attitudes can lead to more women go from feeling like "AIDS sufferer" to "HIV counselor". There is also a need for increased knowledge among healthcare professionals. HIV-positive women are sensitive to how they are met by health professionals. Healthcare professionals can by being aware of their attitudes meet the HIV-positive women with respect and dignity. This study identifies six main themes that can't be seen independent of each other, but forming an image of the complexity of living as HIV positive.

Keywords:

Women, HIV, experiences, low developed countries, Africa.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt.....	2
1.3	Problemstilling	2
2.0	Teoretisk perspektiv	3
2.1	Humant immunsvikt virus	3
2.2	HIV-epidemien i Afrika rammer kvinner	3
2.3	Antiretroviral terapi	4
2.4	Lavt utviklede land	5
2.5	Sykdom og fattigdom er samme dom.....	5
3.0	Metode	7
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
3.2	Datainnsamling/litteratursøk	7
3.3	Kvalitetsvurdering	9
3.4	Etisk godkjenning	10
3.5	Analyse.....	11
4.0	Resultat	13
4.1	Avsløring er avgjørende for senere erfaringer.....	13
4.2	Det nye samlivet	14
4.2.1	Sammen om infeksjonen	14
4.2.2	Nytt og annerledes sexliv	15
4.3	En (u)betydelig del av samfunnet.....	16
4.3.1	Å leve for hverandre.....	16
4.3.2	Alene og forlatt	16
4.4	Uhelbredelig, men livsviktig behandling... ..	17
4.5	Å akseptere seg selv som HIV-positiv	18
4.6	Ny fremtid i møte	20
5.0	Diskusjon	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.1.1	Datainnsamling/litteratursøk	22
5.1.2	Kvalitetsvurdering og etisk godkjenning	23
5.1.3	Analyse og resultat	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1	Hvert minutt smittes én ung kvinne med HIV	26
5.2.2	Kan du holde på en hemmelighet?	28
5.2.3	Legemet kan leve, men uten kjærlighet dør mennesket.....	30
5.2.4	Håp tross alt	32
5.2.5	Kunnskap er makt	34
6.0	Konklusjon	36
6.1	Konklusjon	36
6.2	Forslag til videre forskning	37
	Litteraturliste	38

Vedlegg 1: P(IC)O-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Inkluderte artikler

Vedlegg 4: Liste over relevante funn

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Når AIDS ble oppdaget i 1981 førte sykdommen til at unge, friske mennesker døde i løpet av seks til åtte måneder (Bruun et al. 2006). Siden den gang har over 60 millioner mennesker blitt rammet av HIV-epidemien som har herjet hardest på det afrikanske kontinentet (UNAIDS 2011). I enkelte afrikanske land har HIV-epidemien redusert befolkningens gjennomsnittlige levealder med opptil 20 år (Moi og Maltau 2008).

I dag vil de fleste HIV-positive som mottar medikamentell behandling dø *med* HIV, og ikke *av* HIV (Haugstvedt 2012). På verdensbasis mottar 5,2 millioner HIV-positive behandling, men fortsatt venter 10 millioner mennesker på medisiner. Selv om nitti prosent av HIV-positive bor i lavt utviklede land, går det meste av verdens ressurser til vestlige land. HIV-epidemien i Afrika er langt fra under kontroll. For hvert menneske som starter med behandling, blir to mennesker smittet (UNAIDS 2011).

33,3 millioner mennesker lever i dag som HIV-positiv, femti prosent av disse er kvinner eller jenter (UNAIDS 2011). Den afrikanske HIV-epidemien har vist at når smitten først har fått fotfeste i en befolkningsgruppe er det flere kvinner enn menn som blir smittet (Steen, Drage og Klouman 2006). De Forente Nasjoner har som tusenårs mål å stoppe spredning av HIV og AIDS innen 2015 (FN-sambandet 2013a), men hvert minutt smittes én ung kvinne med HIV (UNAIDS 2012).

Kvinner som lever som HIV-positiv har et livslangt behov for helsetjenester. For at helsepersonell skal kunne møte disse kvinnene på en verdig og respektfull måte, trengs kunnskap om hvilke erfaringer kvinner har med å leve som HIV-positiv i et lavt utviklet land i Afrika. Kvinner opplever og fremstiller sine helseplager annerledes enn menn. De viktigste bidragene for å forstå kvinnekroppen er å høre på kvinner, delta i deres dagligliv og bringe kvinnes stemme opp i dagen. Kvinners helseproblemer kan ikke sees atskilt fra den større sosiale, økonomiske og kulturelle sammenheng de befinner seg i (Ingstad 2007). Problemer kan bare løses dersom de ses som menneskelige problem som følge av en spesiell situasjon; og vi kan aldri løse problemene dersom vi kun ser dem som afrikanske problemer, med en forståelse om at vi på noen måte er ulik andre (Nussbaum 1999).

1.2 Studiens hensikt

Vi ønsker å kartlegge hvordan kvinner lever som HIV-positiv.

1.3 Problemstilling

Hvilke erfaringer har kvinner med å leve som HIV-positiv i lavt utviklede land i Afrika?

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 *Humant immunsvikt virus*

Humant immunsvikt virus (HIV) er et smittsomt retrovirus, som på sikt ødelegger menneskets immunforsvar. Viruset bruker CD4-celler, en spesiell type hvite blodlegemer, som vertscelle til å reprodusere seg selv. Milliarder av CD4-celler blir ødelagt daglig. I starten av en HIV-infeksjon foregår en kontinuerlig produksjon av nye CD4-celler. Etter hvert klarer kroppen imidlertid ikke å kompensere for ødeleggelsen av disse cellene, og nivået av CD4-celler i blodet begynner å synke. Graden av immunsvikt kan måles gjennom antall CD4-celler i blodet. Ved uttalt lave nivåer av CD4-celler vil pasienten utvikle ervervet immunsvikt (AIDS), en fase hvor CD4-nivået er under $200 \cdot 10^6$ /liter, mot normalt $500-1400 \cdot 10^6$ /liter (Haugstvedt 2012).

HIV smitter hovedsakelig gjennom kontakt med blod og seksuell aktivitet. Barn kan smittes under svangerskap, fødsel og amming. HIV-infeksjonen starter ofte med influensalignende symptom to til fire uker etter smittetidspunktet. Den symptomatiske fasen går raskt over. Selv om de fleste HIV-positive lever symptomfritt i flere år foregår en progredierende immunsvikt. Fra smittetidspunktet tar det i gjennomsnitt fra åtte til ti år til utvikling av AIDS, en fase preget av gjentatte sekundærinfeksjoner, fatigue, kraftig vekttap og demens (Haugstvedt 2012).

2.2 *HIV-epidemien i Afrika rammer kvinner*

Skjeden hos kvinner er en god inkubator for HIV-overføring, og smitten går lettere fra mann til kvinne enn omvendt. Mange afrikanske menn er omskjæret, og fjerning av forhuden har vist seg å minske menns mottakelighet for HIV. Det er flere årsaker til at særlig unge kvinner er biologisk mer mottakelig for HIV. Sylinderepitelet fra cervikal kanalen dekker også mormunnen hos unge kvinner. Denne slimhinnen er sannsynligvis mer mottakelig for HIV. Samtidig kan unge kvinner lett få rifter i hymen, noe som disponerer for smitte under seksualdebut. Voldelig sex kan også gi rifter i skjeden. I noen afrikanske land bruker kvinner urter for å oppnå uttørrende effekt på vagina, for å ha «tørr sex». Dette øker smitterisikoen (Steen, Drage og Klouman 2006).

Kvinnelig verdighet krenkes ofte på grunnlag av kjønn og seksualitet (Nussbaum 1999). I Afrika er seksualitet et tabubelagt tema, spesielt innad i parforholdet. I mange afrikanske

samfunn er det langt fra likestilling og det er ofte mannen som tar beslutninger. Dette dominansforholdet gjør det vanskelig for kvinnen å insistere på kondombruk. Når det i tillegg er sosialt akseptert at menn har flere seksualpartnere, blir ekteskap en smitterisiko for kvinner (Steen, Drage og Klouman 2006). Rett til seksuell helse, rett til pålitelig informasjon om seksualitet, respekt for kroppslig integritet, rett til å velge seksualpartner og rett til frivillighet i seksuelle relasjoner og i ekteskapsinngåelse, er en del av menneskerettighetene (FN-sambandet 2013b).

Afrikanske menn har flere seksualpartnere enn afrikanske kvinner og flere seksuelle forhold samtidig er vanlig. Dette fører til at hvert mannlig indekstille smitter flere kvinner enn omvendt. Et typisk forhold i Afrika er tendensen til at eldre menn har sex med yngre kvinner. Dette aldersgapet er en av de viktigste drivkreftene bak den afrikanske HIV-epidemien. Hvis unge jenter i stedet hadde startet sitt seksualliv med å ha samkvem med jevnaldrende og fortsette å ha sex i det samme alderssegmentet, kunne HIV-spredningen vært betydelig redusert. I mange afrikanske samfunn er «bytte av sex» mot gaver, sosial trygghet, vennskap og økonomisk støtte vanlig, og det er en glidende overgang mellom dette og ren prostitusjon (Steen, Drage og Klouman 2006).

2.3 Antiretroviral terapi

Antiretroviral terapi (ART) er en effektiv kombinasjonsterapi av minst tre ulike typer medikamenter. Det anbefales at behandlingen starter ved CD4-nivået under $500 \cdot 10^6$ /liter eller ved graviditet. Medikamentene øker CD4-nivået og reduserer HIV i blod og genitalsekret. På denne måten vil ART gi lavere smitterisiko og hindre at HIV utvikler AIDS. Medikamentene fjerner ikke viruset fra kroppen, men under vellykket behandling vil viruset ikke lengre være påvisbart i blodet (Haugstvedt 2012).

For å følge opp ART må HIV-positive ta tabletter daglig til samme tidspunkt, livet ut. Mortaliteten reduseres og levetidsene er gode dersom HIV-positive starter med ART i tide og følger opp behandlingen. Dersom behandlingen ikke følges opp nøyaktig, er resistensfaren høy. Den vanligste årsaken til behandlingssvikt er at medisinene ikke blir tatt regelmessig, noe som kan skyldes mangel på kunnskap, depresjon eller plagsomme bivirkninger som kvalme, magesmerter og trøtthet (Haugstvedt 2012). Behandlingen har så stor betydning for prognosen at HIV i vestlige land har gått fra å være en livstruende til kronisk sykdom (Bruun et al. 2006).

2.4 Lavt utviklede land

De Forente Nasjoner (FN) har siden 1971 definert de minst utviklede landene (LDC) i verden. Hovedutfordringer i LDC er blant annet stor fattigdom og økonomisk sårbarhet. Landenes mangel på vekstkapasitet og strukturelle handikap hemmer landenes arbeid for å bedre innbyggernes livskvalitet. LDC blir sterkt påvirket av det globale finansmarkedet fordi landene er sterkt avhengig av eksterne finansieringskilder, inkludert offentlig utviklingshjelp og direkte utenlandsinvesteringer. I 2011 ble 48 land i verden regnet som LDC (De Forente Nasjoners regionale informasjonskontor for Vest-Europa 2011).

33 lavt utviklede land ligger på det afrikanske kontinent. Land i Afrika som regnes som et LDC er Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Den sentralafrikanske republikk, Tsjad, Komorene, Den demokratiske republikken Kongo, Djibouti, Ekvatorial Guinea, Eritrea, Etiopia, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauritania, Mosambik, Niger, Rwanda, Sao Tome og Principe, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Togo, Uganda, Tanzania, og Zambia (De Forente Nasjoners regionale informasjonskontor for Vest-Europa 2011).

2.5 Sykdom og fattigdom er samme dom

Alle mennesker har rett til helse og rett til liv. Artikkel 12 i Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter omhandler spesifikt retten til den høyest oppnåelige fysiske og mentale helsestandard (FN-sambandet 2013b). Det er bred enighet om at fattigdom er den mest betydningsfulle faktoren for helse (Lindstrand et al. 2006). Verdens helseorganisasjon definerer helse som en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet (World Health Organization 2003). Antonovsky (2012) hevder at helse bare kan defineres i grader. Graden av helse henger sammen med individets handlingsmønster, genetikk, kjønn, sosioøkonomiske og kulturelle faktorer. For å forstå hvordan HIV-epidemien rammer helsen til HIV-positive, må patologisk og etiologisk kunnskap settes i sammenheng med den sosioøkonomiske, politiske og kulturelle konteksten som epidemien skjer i (Lindstrand et al. 2006).

Det er uenighet om hvordan fattigdom bør defineres og måles. En vid forståelse av fattigdom inkluderer inntekt, uvitenhet, sykdom, disempowerment, likestillings spørsmål

og sårbarhet. Det er stor sikkerhet om at økt økonomisk kapital i lavt utviklede land, vil kunne redde millioner av menneskeliv og samtidig bidra til økonomisk vekst i disse landene. Noen har argumentert for at dersom et land fikk stor økonomisk vekst, ville populasjonens helsestatus blitt bedre. Andre argumenterer for at helse blir negativt påvirket av økonomisk vekst, og at en forbedring i utdanning, menneskerettigheter, likestilling og tilgang til helsetilbud vil bedre helsestatusen (Lindstrand et al. 2006).

Kultur har en sterk, men miskjent innflytelse på helse og medisin. Tradisjoner og trender påvirker menneskets helseatferd, egenomsorgsevne, sykdomsoppfatning og forventninger til helsetjenester (Fugelli 2005b). Fugelli (2005a) skriver at fattigdom og sykdom er samme dom. Antonovsky (2012) hevder at døden er den endelige utgang på alle liv, men *når* du skal dø, er bestemt av din klasse. Ulikhet i inntekt og utdanning fører til ulikhet i helse. Mennesker med lav utdanning og lav inntekt har flere kroniske sykdommer, mest uførhet og høyest dødelighet (Fugelli 2005a).

3.0 Metode

Hovedoppgaven skal i følge Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2012) utføres i form av en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som svares på gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2008).

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Litteraturstudien inkluderer voksne kvinner i reproduktiv alder, 19-44 år.

Kvinnene lever i LDC i Afrika og lever som HIV-positiv.

Vi ekskluderer menn, siden det er kjent at kvinners helseplager og fremstilling av sine plager på mange måter er annerledes enn mennenes (Ingstad 2007).

3.2 Datainnsamling/litteratursøk

I følge retningslinjer for Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2012) skal metoden være tydelig beskrevet slik at andre skal kunne gjenta undersøkelsen. Ifølge Aadland (2004) inneholder vitenskapelig virksomhet et krav til intersubjektivitet. Det vil si at alle fasene i forskningsprosessen skal kunne gjentas av andre. Det er krav om etterprøvbarehet – sannheten skal frem. Nøyaktigheten og ærligheten sikrer troverdigheten.

For å utarbeide en god søkestrategi leste vi relevant bakgrunns litteratur for å tilegne oss mye kunnskap om temaet. Vi utførte flere prøvesøk i Ovid Medline for å undersøke om det var forskning på temaet. Prøvesøkene viste at bruk av databasen Ovid PsychInfo ville gi konkret og relevant forskning for problemstillingen. Vi bestemte oss for å bruke kun Ovid PsychInfo, og dersom det viste seg at søkene ikke resulterte i tilstrekkelig nok artikler kunne vi gjennomføre søk i andre, ulike databaser.

Med utgangspunkt i bakgrunns litteratur, diskuterte vi hvilke søkeord som kunne være aktuell for litteratursøket. Vi gikk systematisk gjennom søkeordene og ekskluderte søkeord vi vurderte som for omfattende eller irrelevant for problemstillingen. For å få en oversiktlig og god søkestrategi satte vi søkeordene inn i et PICO-skjema. PICO-skjema er et verktøy som kan brukes for å dele opp problemstillingen slik at den struktureres på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al. 2007). I undervisningen om litteratursøk ble vi

anbefalt å bruke PICO-skjema for å systematisere artikkelsøket. Problemstillingen i denne litteraturstudien er ikke ute etter tiltak eller sammenligning av tiltak, derfor brukte vi ikke «intervention (I)» eller «comparison (C)».

P (patients, population, problem)

Personer vi ønsker å se på er kvinner, i alderen 19-44 år, som lever som HIV-positiv og bor i LDC i Afrika. Vi kom frem til søkeordet HIV.

O (outcome)

Resultatet vi ønsker å se på er hvilke erfaringer kvinner, i alderen 19-44 år, har med å leve som HIV-positiv i LDC i Afrika. Vi kom frem til de engelske søkeordene «experience*», «quality of life», «self», «social», «stigma*», «lifestyle», «depress*», «sex*», «disclosure» og «stereotyp*».

Vi laget et P(IC)O-skjema (vedlegg 1) som vi mente ville gi et avgrenset søk og utførte søket i Ovid PsychInfo. For å avgrense søket la vi inn grenser (limits). Grensene vi la inn var årstallet (2006 – current), aldersgruppe (voksen, 19-44år), kjønn (female) og språk (dansk, engelsk, norsk, svensk). Siden vi ønsket deltakere boende i LDC, ble søket avgrenset ved å skrive inn alle landene i Afrika som er definert som LDC. Vi søkte etter både kvantitative og kvalitative studier, fordi kvantitative studier kunne være med å bygge opp under kvalitative funn. Søket gav 530 treff (vedlegg 2). Vi ekskluderte «stigma» OR «depress» OR «sex» OR «disclosure» OR «stereotyp» på bakgrunn av at vi ikke ønsket at søkeordene skulle påvirke resultatet av litteratursøket og legge føringer for litteraturstudiens funn. Søket gav 318 treff. Vi ønsket å avgrense søket ytterligere. Vi anså «experience*» som det viktigste søkeordet under O. «Experience*» ble kombinert med AND til «quality of life» OR «self» OR «social» OR «lifestyle». Søket gav 59 treff (vedlegg 2).

Vi brukte de boolske søkeoperatørene «AND» og «OR» for å kombinere søkeordene. Dette er i tråd med anbefalingene til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006). «AND» gir et smalere resultat, «OR» gir et bredere resultat (Forsberg og Wengström 2008). For å få et vidt søk brukte vi trunkering på ordet experience*. Søket inkluderte dermed alle treff som inneholdt grunnstammen av ordet, slik som «experiences» og «experienced». Ved bruk av MeSH-termer (Medical Subject Headings) sørget vi for at synonymer for søkeordene ble

tatt med, noe som produserte flere treff. Vi benyttet MeSH-termer i kombinasjon med fritekstsøkeord. I kombinasjon med søkeordene «quality of life», «lifestyle» og «self» brukte vi følgende MeSH-termer; «Quality of Life/», «Life Style» og «Ego/». Dette er i tråd med anbefalingene til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006).

Søket i Ovid PsychInfo resulterte i 59 artikler. Vi leste gjennom sammendrag tilhørende alle artiklene, dette fordi vi hadde erfaring med at overskrifter kan være misvisende i forhold til innholdet i artiklene. Vi utarbeidet et skjema for videre inkludering og ekskludering av artiklene. Alle 59 artikler ble ført inn i skjemaet, med tilhørende kolonner for hensikt, eventuelle funn og om vi vurderte artikkelen som inkludert eller ekskludert. Vi leste 59 sammendrag hver for oss og begge fylte ut skjemaet etter avtalt måte. Etter at begge hadde vurdert hvilke artikler som burde bli inkludert i litteraturstudien, sammenlignet vi skjemaene. Dersom en av oss hadde inkludert en artikkel i sitt skjema ble artikkelen bestilt. Dette sikret at vi fikk med alle artiklene som kunne være relevant for problemstillingen.

32 av 59 artikler ble vurdert som foreløpig inkludert. Åtte var i fulltekst og ble skrevet ut, de resterende 24 ble bestilt gjennom BIBSYS. Fire av de 32 artiklene var sammendrag av avhandlinger, disse ble derfor ekskludert. Vi hadde da 28 artikler; fem kvantitative, 22 kvalitative og én artikkel med både kvalitativ og kvantitativ tilnærming.

3.3 Kvalitetsvurdering

Vi fordelte de 28 artiklene mellom oss og leste gjennom sammendrag, hensikt, resultat og metode. For å forhindre at relevante funn ble utelukket byttet vi artiklene slik at begge to hadde lest alle artiklene. På bakgrunn av dette ble to artikler ekskludert på grunn av manglende relevans og én artikkel på grunn av feil aldersgruppe, uten videre kvalitetsvurdering. Vi satt da igjen med 25 artikler som vi vurderte som relevante for vår problemstilling. Videre ble 10 av de 25 artiklene ekskludert på grunn av manglende etisk godkjenning (tre), kvantitativ tilnærming (fem) og deltakere som ikke hadde erfaring med å leve som HIV-positiv (to). Litteratursøket hadde gitt gode kvalitative artikler, vi valgte derfor å ekskludere de kvantitative studiene. Vi hadde da 15 artikler som var etisk godkjent og, på bakgrunn av metode og resultat, vurdert som relevant for problemstillingen.

Artiklene ble satt inn i en tabell (vedlegg 3). Informasjon om hver enkelt artikkel ble skrevet inn i tabellen.

Vi kvalitetsvurderte de 15 artiklene ved hjelp av sjekklister for kvalitetsvurdering utarbeidet av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). I tråd med anbefalingene til Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) graderte vi artiklene etter hvor mange kriterier i sjekklisene hver artikkel oppfylte, dividert på antall kriterier, noe som gav et prosenttall. Vi benyttet oss av tre kvalitetsgrader. Grad 1 representerte høy kvalitet med et prosenttall på 80-100 %. Grad 2 representerte middels kvalitet med 70-79 %, mens grad 3 representerte lav kvalitet med 60-69 %. Alle artiklene ble vurdert til grad 1.

I følge retningslinjer for Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2012) skal forskningsartiklene være originalartikler og refereevurdert. Ifølge Friberg (2006) betyr refereebedømming at forskningsartikkelen er vitenskapelig og at en faglig komite har godkjent artikkelen for publisering. Sikre databaser som egnet seg for å finne refereevurderte originalartikler fant vi oversikt over i Nortvedt et al. (2007). Ovid Psychinfo er en av databasene. Ved å bruke databasen Ovid PsychInfo kunne vi anta at våre artikler var refereevurdert. For å kontrollere artiklenes refereebedømming søkte vi opp artiklene i Database for statistikk om høgre utdanning (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2013). 10 artikler hadde nivå 1 og fem artikler nivå 2.

Alle artiklene var skrevet på engelsk. Syv artikler var fra Uganda, fire fra Tanzania, to fra Burkina Faso, én fra Etiopia og i den siste artikkelen var studien utført i fem afrikanske land (Lesotho, Malawi, South Africa, Swaziland, Tanzania). 14 av artiklene var fra de siste fem år, dette i tråd med retningslinjer for Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2012). En artikkel var fra 2006, men ble inkludert fordi vi vurderte funnene i artikkelen som svært aktuelle for litteraturstudien. Kvalitetsvurderingen av artiklene ble innført i tabellen over inkluderte artikler (vedlegg 3).

3.4 Etisk godkjenning

Kvinner som lever som HIV-positiv er en sårbar gruppe (Haugstvedt 2012), det er derfor særlig viktig at det tas hensyn til det etiske. I alle de inkluderte artiklene er det innhentet etisk godkjenning. Deltakerne ble innhentet på en forsvarlig måte og nødvendig

informasjon om den aktuelle studien ble gitt. I de fleste studiene ble det innhentet skriftlig eller verbalt samtykke fra deltakerne.

3.5 Analyse

Artikkelen til Evans (2002) beskriver hvor viktig det er å være systematisk i analysearbeidet. I litteraturstudien har vi tatt utgangspunkt i Evans` s (2002) fire faser.

I den første fasen samler man inn datamaterialet som skal analyseres (Evans 2002). Gjennom vår søkeprosess, kvalitetsvurdering og inklusjonskriterier ble 15 artikler inkludert i litteraturstudien. Artikkene ble merket med nummer 1-15.

I den andre fasen skal man identifisere hovedfunnene i hver artikkel (Evans 2002). Artikkene ble kopiert slik at begge to hadde hver sitt eksemplar. Vi leste gjennom alle artikkene, med fokus på resultatdelen, og markerte med hver vår farge det vi mente var relevant for litteraturstudiens hensikt og problemstilling. Dette i tråd med Evans (2002) anbefalinger om å redusere tekstens volum for å sitte igjen med hovedessensen i artikkene. Sitat og andre funn som var interessant ble markert med to andre bestemte farger.

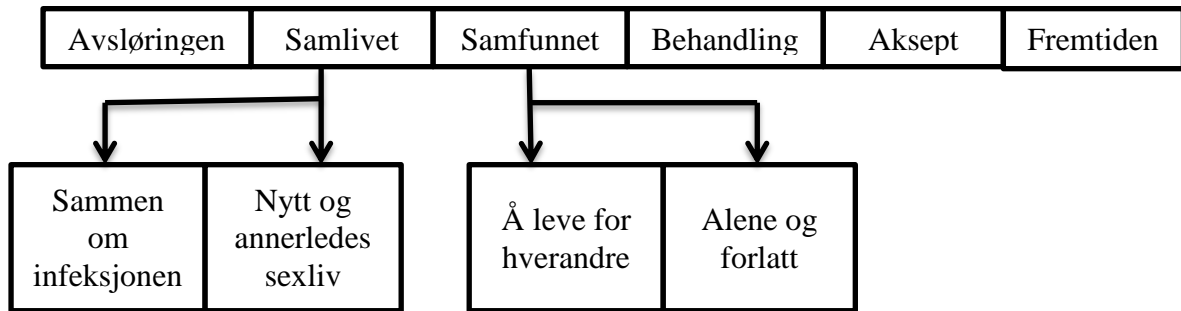
I den tredje fasen av analysen skal gjennomgående tema identifiseres. Temaene skal videre kategoriseres og gyldigheten av aktuelle funn skal vurderes (Evans 2002). For å kvalitetssikre hverandres funn gikk vi i fellesskap gjennom hver artikkel og sammenlignet funnene vi hadde markert. Etter grundig gjennomgang ble artikkene kopiert opp på nytt og de relevante funnene ble klipt ut og markert med den tilhørende artikkelens nummer. Dette for å kunne finne tilbake til originalteksten i artikkene.

I den fjerde fasen skal fenomenet beskrives gjennom å formulere tema med referanser til datamaterialet (Evans 2002). Som resultat av arbeidet i de foregående fasene kom vi frem til seks forskjellige hovedtema. Disse hovedtemaene beskrev hvilke funn vi mente var gjennomgående i artikkene. Hovedtemaene er presentert i resultatdelen av litteraturstudien.

Funnene som var klipt ut fra artikkene ble diskutert og lagt ned i tilhørende konvolutter merket med de seks ulike hovedtemaene. I tillegg ble to konvolutter merket med «andre funn» og «sitat». Deretter ble konvoluttene gjennomgått ytterligere en gang, for å forsikre

at alle funn var lagt i riktig konvolutt. For å gjøre funnene oversiktlig og lette å lese, limte vi funnene til ark med seks forskjellige farger. For å kvalitetssikre funnene, ble det laget et skjema med hovedtema, undertema og konkrete funn, som viste hvor mange treff vi hadde på de ulike funnene (vedlegg 4). Fire undertema med 30 relevante, fokuserte og konkrete funn ble ført inn under de seks hovedtemaene. Disse funnene kan være med å belyse resultatene av litteraturstudien på en god måte.

4.0 Resultat



Figur 1: Modell for litteraturstudiens tema.

Denne modellen viser litteraturstudiens seks hovedtema og fire undertema.

4.1 Avsløring er avgjørende for senere erfaringer

Mange kvinner har positive erfaringer med å fortelle noen at de er HIV-positiv. Avsløringen gir kvinner emosjonell og økonomisk støtte, tilgang til helsetjenester og behandling (Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Siu et al. 2012, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009, Makoae et al. 2008, Watt et al. 2009, Balaile et al. 2007).

Avsløring til familie og venner beskrives som en måte å oppnå sosial og emosjonell støtte. Støtten kommer på bakgrunn av den vanskelige livssituasjonen kvinnene er i, ikke i hovedsak fordi de er smittet med HIV. Noen kvinner opplever støtte, uten direkte å avsløre at de er HIV-positiv (Watt et al. 2009).

Mange HIV-positivt kvinner er så redde for negative konsekvenser i forbindelse med avsløringen at de velger og la være å fortelle noen om sin HIV-diagnose. Frykten for å bli stigmatisert er blant de viktigste årsakene til at HIV-positivt kvinner velger å holde diagnosen skjult. Enkelte erfarer at HIV-diagnosen fører til at venner og familiemedlemmer forlater eller avviser dem. Mange kvinner blir voldtatt som et resultat av å avsløre seg selv som HIV-positiv (Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Siu et al. 2012, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Makoae et al. 2008, Gausset et al. 2012, Balaile et al. 2007).

...in-laws can blame you for infecting [their] son, even though you did not deliberately do it. Even the villagers fear you; they accuse you of being a killer. The whole community can hate you and isolate you (King et al. 2007, 241).

Selv om HIV-diagnosen regnes for å være en privatsak, mener mange HIV-positive kvinner at deres partner har rett til å få vite om infeksjonen (Wringe et al. 2009, Siu et al. 2012, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Makoae et al. 2008, Gausset et al. 2012, Balaile et al. 2007). En kvinne i artikkelen til King et al. (2007, 241) uttalte at *"...not disclosing would be like running away from a leopard and not advising your friend to run away too"*.

Kvinner avslører at de er HIV-positiv gjennom ulike avsløringsstrategier. Kondomer, ART og henvisninger blir plassert på steder hvor familie og partner kan finne det (Siu et al. 2012, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Balaile et al. 2007). Enkelte kvinner sier at de er smittet gjennom stell av AIDS-syke familiemedlemmer fordi de ikke ønsker å assosieres med umoralsk atferd, som prostitusjon og mange seksualpartnere (Gausset et al. 2012).

4.2 Det nye samlivet

4.2.1 Sammen om infeksjonen

Mange HIV-positive kvinner har gode erfaringer med å leve sammen med HIV-positive menn. Menn anses for å være den viktigste emosjonelle og finansielle støtten for disse kvinnene. Mange kvinner opplever det som en lettelse å være sammen om å ta vare på hverandres helse (Seeley og Russell 2010, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Bila og Egrot 2009, Balaile et al. 2007).

Ektemennene til flere av kvinnene i artikkelen til Medley et al. (2009) hadde reagert positivt på kvinnenens status som HIV-positiv. Samtidig mistenkte flesteparten av disse kvinnene at deres ektemann på det tidspunktet allerede visste at han selv var HIV-positiv, men aldri hadde fortalt dette til dem.

En av kvinnene beskrev fordelene med å leve sammen med sin HIV-positive mann slik; *«We understand our problems and try to help each other. You know we are both on ART so we keep on reminding each other to take them»* (Medley et al. 2009, 1749). Enkelte

kvinner velger derimot å forlate partneren etter å ha blitt HIV-positiv (King et al. 2007, Wringe et al. 2009). «*When I returned home I separated with my husband, that is the problem I had. But I didn't care about all that, I felt that it was better I cared about my health*» (Wringe et al. 2009, 636).

4.2.2 Nytt og annerledes sexliv

Å bli diagnostisert med HIV endrer kvinners sexliv. Kvinnenes ønske om å redusere smitterisikoen innebærer initiativ til kondombruk, reduksjon av antall seksualpartnere og seksuell omgang, eller total avholdenhet (Lifshay et al. 2009, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Balaile et al. 2007).

Mange kvinner endrer holdning til kondombruk etter at de tester positivt for HIV. Kvinner møter store utfordringer knyttet til å ytre deres ønske om kondombruk, fordi det forventes at de skal være trofast mot mannen og ikke oppleve seksuell nytelse (Lifshay et al. 2009, King et al. 2007, Gausset et al. 2012, Balaile et al. 2007).

«Because income is low, someone is forced to have sex... Sometimes I need soap, sugar, and transport to (the clinic)... I am forced to have sex with him because if I refuse, he will not provide; maybe he will disappear forever» (Lifshay et al. 2009, 721).

Kvinner bruker redsel for å smitte andre og unngåelse av graviditet som unnskyldninger for å bruke kondom (Lifshay et al. 2009).

«We used to have sex three times, and I told him that «I have no energy... We are now going to reduce (the frequency of sex)». He began by refusing... (but) I tell him «No, today I have no energy...» (Lifshay et al. 2009, 719).

Kvinner som ikke har fortalt partneren om HIV-statusen, bruker ofte fatigue eller mangel på lyst som unnskyldning for å redusere seksuell omgang (Lifshay et al. 2009).

4.3 En (u)betydelig del av samfunnet

4.3.1 Å leve for hverandre

Organisasjoner og støttegrupper kan regnes som det mest verdifulle for HIV-positive kvinner. Tilhørigheten, i både formelle og uformelle grupper, til andre HIV-positive regnes som svært viktig. Medlemskap i organisasjoner gir følelsen av tilhørighet, orden og kontroll over eget liv, og et sted for å uttrykke nytt håp for fremtiden (Seeley et al. 2012, Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Siu et al. 2012, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009, Berhanu 2010, Makoae et al. 2008, Watt et al. 2009, Balaile et al. 2007).

«In the past I felt hopeless and did not have someone to confide in and ask for advice. However when I come here, I meet other ladies who also have HIV and share with them like I would do with my own sisters» (Nyanzi-Wakholi et al. 2012, 138).

Kirker og moskeer kan være viktige møtestedder, hvor kvinnene i tillegg til åndelig, sosial og materiell støtte, får hjelp til arbeidet med å komme tilbake til det nye livet (Seeley og Russell 2010). En kvinne i artikkelen til Seeley et al. (2012, 337) hadde gjennom tilhørighet til organisasjoner erfart at *«...after all I am not alone with HIV»*.

The AIDS Support Organization (TASO) er en viktig organisasjon for HIV-positive kvinner. TASO bidrar til psykososial støtte og behandling, optimisme, selvspekt og hjelp til å akseptere sin HIV-positive status. Noen kvinner lærer å se HIV som en «normal» sykdom gjennom å se andre HIV-positive som lever et produktivt liv (Seeley et al. 2012, Seeley og Russell 2010, Lifshay et al. 2009, Medley et al. 2009).

4.3.2 Alene og forlatt

HIV-positive kvinner opplever å bli snakket nedlatende til, baksnakket og stigmatisert. Mange kvinner føler seg stigmatisert av andre HIV-positive. Den sosiale utestengingen, stigmatiseringen og isolasjonen fra samfunnet kan komme fra andre HIV-positive i samme situasjon (Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009, Makoae et al. 2008, Balaile et al. 2007).

Mange HIV-positive kvinner frykter at familiemedlemmer sprer rykter og at det er flere som vet om deres diagnose enn de selv er klar over. Noen opplever at familiemedlemmer tviler på deres HIV-positive status, fordi familien anser kvinnene som *for* friske til å være smittet. Mange kvinner frykter stigmatiseringen i så stor grad, at de anstrenger seg mye for å forhindre og bli gjenkjent som HIV-positiv (Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Siu et al. 2012, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Makoe et al. 2008, Balaile et al. 2007).

Kvinner som har levd lenge som HIV-positiv har erfart at stigmatiseringen fra samfunnet er mindre nå enn før. Et mer støttende samfunn gjør at det er enklere å avsløre seg selv som HIV-positiv (Medley et al. 2009).

4.4 Uhelbredelig, men livsviktig behandling...

HIV-positive kvinner opplever økt livskvalitet etter å ha begynt med ART. Det oppleves som vanskelig å følge opp ART, deriblant på grunn av bivirkninger (Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Medley et al. 2009, Berhanu 2010, Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009, Watt et al. 2009).

Kvinner trekker særlig frem tre bekymringer knyttet til ART-behandling; finansiering, å komme seg til klinikken og å opprettholde den livslange forpliktelsen det er å ta ART daglig til samme tid. Flere HIV-positive kvinner mener det er avgjørende at ART er gratis. Enkelte kvinner er bekymret for at regjeringen skal stanse den kostnadsfrie behandlingen og at medisinalleveringen skal opphøre. Flere kvinner er redd for at behandlingen skal gjøre dem så trette at de stanser behandlingen straks de føler seg bedre, eller at de slutter med ART fordi det oppleves som restituerende og være hjemme fremfor å dra til klinikken (Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Gausset et al. 2012).

Mange HIV-positive kvinner opplever at holdningene og møtet med helsepersonell har stor betydning for ART-oppfølgningen (Wringe et al. 2009, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Watt et al. 2009). Kvinner har individuelle rutiner knyttet til medisintaking, som å ta tablettene tidlig på morgenen eller sent om kvelden. Å reise bort fra hjemmet i noen dager skaper

utfordring med å huske å ta tabletter til riktig tid (Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Watt et al. 2009).

Noen HIV-positive kvinner søker alternativ behandling som et resultat av personlige, religiøse overbevisninger (Wringe et al. 2009, Berhanu 2010, Makoae et al. 2008). I Etiopia sverger flere HIV-positive kvinner til Hellig vann, en form for religiøs behandling som anses for å ha kurerende effekt, i motsetning til ART. HIV-positive kvinner som behandles med Hellig vann, har stor tiltro til at Gud kan hjelpe dem bort fra et liv som HIV-positiv. Noen kvinner opplever at de må behandles med Hellig vann, fordi de ikke har mulighet til å starte med ART (Berhenu 2010).

«Since the medicine costs money where do I get that money? I don't have the capacity to buy. If it is worth why don't I use it? I want the medicine because I want my son to grow up and know his relatives. But I don't know how to get the medicine» (Berhanu 2010, 252).

Enkelte HIV-positive kvinner med stor tiltro til Gud, tenker at Gud hjelper til med å levere ART til helsepersonell og klinikken, og ber om nok mat slik at de kan fortsette den medikamentelle behandlingen (Bila og Egrot 2009). Familiemedlemmer eller kirkens leder kan være pådrivere til bruk av tradisjonelle healere, noe som ofte fører til at kvinnene ikke oppsøker klinikker, tross eget ønske om medikamentell behandling. Tradisjonelle healere kan anbefale HIV-positive kvinner til å slutte med medikamentell behandling, til fordel for Gud (Wringe et al. 2009).

4.5 Å akseptere seg selv som HIV-positiv

HIV-positive kvinner opplever at det er meningsfylt og viktig å ta vare på seg selv og andre. HIV-positive kvinner blir inspirert av andre HIV-positive kvinner (Wringe et al. 2009, Gausset et al. 2012, Medley et al. 2009, Bila og Egrot 2009, Makoae et al. 2008, Balaile et al. 2007).

«When I came to this clinic, I saw many women looking good. There was a lady here who was big and looking good. I asked whether she too was infected and they told me she was. That surprised me a lot» (Nyanzi-Wakholi et al. 2012, 139).

Mange forteller at HIV-diagnosen har gjort dem til sterkere kvinner. Mange relaterer den indre styrken til ansvaret ovenfor barna. Flere frykter at ingen andre vil ta hånd om barna, og at de derfor ikke har andre muligheter enn å bli sterkere (Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Makoae et al. 2008, Balaile et al. 2007).

«Surprisingly, from the time I was told that I am HIV positive, I became extraordinarily strong. I have never fallen very sick and even I have working harder than before I knew my HIV status» (Medley et al. 2009, 1748).

Mange kvinner aksepterer en ny identitet som HIV-positiv. Å lære å akseptere seg selv, er en prosess som krever å se seg selv som normal og å være modig nok til møte stigmatiseringen og sykdommen (Seeley og Russell 2010, Medley et al. 2009, Makoae et al. 2008, Balaile et al. 2007).

Enkelte kvinner strever med å akseptere seg selv som HIV-positiv. Det kan oppleves som at livet forandrer seg til det verre, ofte relatert til en forverring av helsetilstanden (Medley et al. 2009). Å spøke om den opplevde stigmatiseringen og bruke humor om sykdommen reduserer frykten og seriøsiteten rundt HIV (Makoae et al. 2008). Gjennom å akseptere en HIV-positiv status opplever mange kvinner å få nytt håp. Når kvinnene fortalte om håp, handlet dette om at alt kom til å forandre seg (Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Makoae et al. 2008, Balaile et al. 2007).

Et viktig mål for svært mange HIV-positive kvinner er å komme tilbake til hverdagen. Prosessen med å komme tilbake og mestre hverdagen beskrives som hard. Mange kvinner mener at en personlig utvikling og forandring er nødvendig for å kunne tilpasse seg den nye fremtiden, bygge opp et nytt liv og følge den krevende medikamentelle behandlingen. Mange HIV-positive kvinner opplever ART som en ny sjanse i livet. Å starte med ART oppleves for mange kvinner som en mulighet til å gjenoppta dagligdagse aktiviteter. Følelsen av å gjenoppleve uavhengighet oppleves som en stor glede (Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Medley et al. 2009, Bila og Egrot 2009, Makoae et al. 2008, Balaile et al. 2007).

Økt kunnskap fører til at HIV-positive kvinner går fra å føle seg som «AIDS-lidende» til «HIV-rådgiver». Kunnskap om egen sykdom er svært viktig for å akseptere og mestre nye utfordringer. Kvinner aksepterer seg selv som HIV-positiv gjennom å søke kunnskap om sykdommen og hjelpe andre HIV-positive kvinner (Mshana et al. 2006, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Makoae et al. 2008).

4.6 Ny fremtid i møte

Mange HIV-positive kvinner bekymrer seg for barnas fremtid. HIV-diagnosen fører til at noen kvinner åpner bankkonto eller bestemmer seg for å få færre barn, for bevisst å planlegge fremtiden. For noen kvinner fører en slik bekymring til at de fokuserer på å holde seg i form for å være i stand til å løpe og ta vare på barna så lenge som mulig (Seeley og Russell 2010, Lifshay et al. 2009, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Bila og Egrot 2009, Berhanu 2010, Watt et al. 2009, Balaile et al. 2007).

HIV-positive kvinner har ulike tanker om døden (Seeley og Russell 2010, Medley et al. 2009, Berhanu 2010, Makoae et al. 2008, Watt et al. 2009, Balaile et al. 2007). En HIV-positiv kvinne hadde følgende tanker om døden; «*I told myself that all of us are dying. There is no one who will remain in the world*» (Makoae et al. 2008, 140). Enkelte kvinner opplever at omgangskretsen ikke ser på dem som betydningsfulle, fordi de er HIV-positive. Dette beskrives av kvinnene som å anses som et menneske som skal dø når som helst, og ikke som et menneske som fortsatt er i live. Som følge av å være HIV-positiv, blir personlige ideer og meninger verken hørt eller respektert (Medley et al. 2009).

Tilgang til gratis ART beskrives som viktig i arbeidet med å hjelpe HIV-positive kvinner med å overkomme frykten for en tidlig død. Mange HIV-positive kvinner opplever og frykter en sosial død (Seeley og Russell 2010, Gausset et al. 2012). En kvinne beskrev frykten for en sosial død på følgende måte; «*People do not die from the virus, but they die from being stigmatized and rejected by others. It is not the AIDS but the stigmatization that kills*» (Gausset et al. 2012, 1040).

HIV-diagnosen kan føre til at kvinner endrer fremtidsplaner. Mange HIV-positive kvinner opplever håpløshet og pessimisme for fremtiden. Disse kvinnene hadde negative følelser

ovenfor seg selv og anså seg selv som mindreverdige som HIV-positiv (Medley et al. 2009, Bila og Egrot 2009).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Vi har gjennom hele prosessen hatt et godt og nært samarbeid om oppgaven. For å holde orden har vi ført logg gjennom hele skriveprosessen. Loggen har vært et godt verktøy for å gå tilbake og se hva som er gjort. Samt en kvalitetssikring for arbeidet vårt og metodekapittelet.

5.1.1 Datainnsamling/litteratursøk

Grundig arbeid med å innhente bakgrunns litteratur viste seg å være et godt utgangspunkt for datainnsamling og søkestrategi. Ifølge Aadland (2004) bør man være minst mulig annerledes enn deltakerne i undersøkelsen – både når det gjelder kjønn og rase. For å oppnå kritisk distanse er det en fordel at man ikke er en del av kulturen til deltakerne som undersøkes. Forskningseffekten spiller inn i litteraturstudien siden vi er to kvinner som studerer hvilke erfaringer kvinner har med å være HIV-positiv.

Arbeidet med å utarbeide gode inklusjons- og eksklusjonskriterier var en utfordring. Særlig var aldersgruppen vanskelig å begrense. Vi valgte å begrense oss til aldersgruppen 19-44 år da dette var et alternativ under «additional limits» i databasen OVID. Aldersgruppen var representativ for den kvinnegruppen vi ønsket å ha fokus på i litteraturstudien.

Vi la ned mye arbeid i å utarbeide P(IC)O-skjema med gode søkeord. Dette mener vi gjorde søkene våre nøyaktige og presise. Dersom vi hadde søkt i flere databaser, eller variert med flere søkeord, er det mulig at vi kunne funnet flere artikler. Det viste seg at det er svært mye forskning på temaet og det publiseres ny forskning jevnlig. Å bruke ny forskning på tema tror vi kan være en styrke i litteraturstudien.

Vi trengte kun to hovedsøk for å komme frem til de inkluderte artiklene. Dette kan være et resultat av at vi la ned mye arbeid i P(IC)O skjemaet og utarbeidet gode søkeord. Dette kan være en svakhet ved litteraturstudien da flere søk kunne resultert i flere artikler. Søkehistorikken ble kontinuerlig lagret og oppdatert med notat for hvert søk. Dette er, slik vi ser det, en styrke med litteraturstudien. Dette gav oss mulighet til enkelt å gå tilbake til

aktuelle søk og tilhørende notat. Relevante artikler ble bestilt fortløpende, dette kan anses som en stor fordel.

Etter at artiklene ble bestilt, oppdaget vi at årstallet for når artiklene ble publisert var satt til 2006-current. I følge retningslinjer for Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2008) skal artiklene ikke være eldre enn fem år. Av inkluderte artikler var én artikkel publisert i 2006. Vi anså denne artikkelen som svært relevant for problemstillingen og den ble derfor fortsatt inkludert i litteraturstudien. Kvantitative artikler ble ekskludert. Dette kan være en svakhet med litteraturstudien da vi ikke har noen tall og vise til. Å underbygge de kvalitative dataene med kvantitativ data kunne gjort funnene mer troverdig.

Seks av de 33 landene som er definert som LDC er representert i våre inkluderte artikler. Siden kriteriene for å bli definert som LDC er konkrete, så vil det være aktuelt å tro at erfaringene med å leve som HIV-positiv ikke varierer mye mellom de ulike landene. Dette ser vi på både som en svakhet og en styrke med litteraturstudien. I én artikkel er studien gjennomført i fem afrikanske land, der to av landene ikke er definert som LDC. Disse funnene kan anses som mindre valide for problemstillingen. Samtidig viser artikkelen at erfaringer kvinner har med å leve som HIV-positiv i LDC, kan sammenlignes med erfaringer i andre afrikanske land.

5.1.2 Kvalitetsvurdering og etisk godkjenning

Det viste seg at å bytte artikler og vurdere hverandre sitt arbeid kan ha vært en styrke for kvaliteten i prosessen med å kvalitetsvurdere inkluderte artikler. At vi benyttet standardiserte sjekklister fra Kunnskapssenteret kan være med å styrke troverdigheten av kvalitetsvurderingen.

Inkluderte artikler er skrevet på engelsk og det må tas høyde for feiltolkning i arbeidet med å oversette artiklene. Det viste seg at engelske ord kan ha flere betydninger på norsk, dette kan derfor være en svakhet med litteraturstudien. I alle de inkluderte artiklene var informantene intervjuet på sitt morsmål. Funnene er derfor oversatt flere ganger gjennom de ulike studienes analyseprosess. Dette kan være en svakhet da funnene kan være mistolket eller tatt ut av sammenheng.

En av artiklene våre har både en kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Siden vi ekskluderte kvantitativ forskning, brukte vi heller ikke kvantitative funn fra den aktuelle artikkelen. Dette kan være en svakhet med litteraturstudien og det må tas høyde for feiltolkning.

Siden kvinner som lever som HIV-positiv er en sårbar gruppe var vi opptatt av at alle deltakerne i studiene skulle være innhentet på en forsvarlig måte og at etiske hensyn var tatt. I analyseprosessen ønsket vi ikke å ta funn og sitat ut av sin sammenheng da vi ønsket å gjengi resultater fullstendig. Sitater og funn som er tatt ut av en større sammenheng kan feiltolkes dersom de står i en større kontekst (Forsberg og Wengström 2008). Vi var opptatt av at kvinnene som var blitt undersøkt hadde krav på korrekt gjengivelse. Selv om det ikke alltid er mulig å gjengi resultater i sin fullstendige sammenheng, anser vi det som en styrke med litteraturstudien at vi under hele skriveprosessen hadde fokus på å ivareta etiske hensyn.

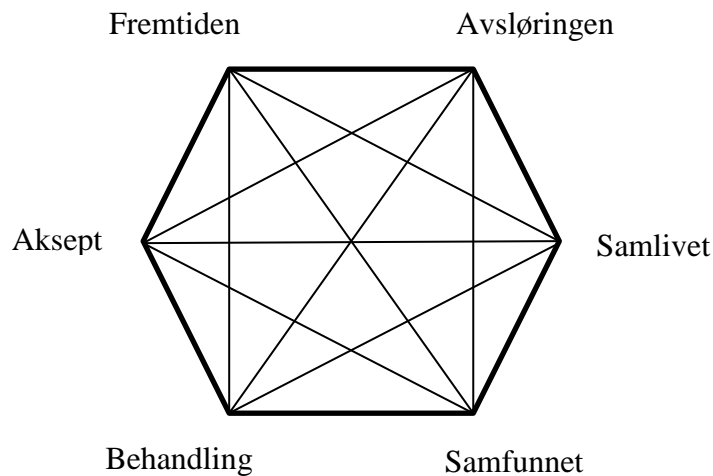
5.1.3 Analyse og resultat

God bakgrunnskunnskap og søkestrategi var et godt utgangspunkt for analyseprosessen. Det viste seg at å lese artiklene flere ganger gjorde det enklere å formulere hovedtemaer for funnene. Hvis det var funn vi var usikre på hvor passet inn, la vi dem i konvolutten merket med «andre funn». Dette gjorde at vi ikke ekskluderte funn som senere kunne vise seg å være viktige.

Å klippe ut funnene gjorde at vi ikke tok funnene ut av sin mening. Var det funn som kom til uttrykk i et helt avsnitt, klippet vi ut hele avsnittet. Dette var med på å kvalitetssikre funnene. Det kan være at vi ved å gjøre det på denne måten gikk glipp av enkelte funn eller sammenhenger mellom funn og tekst. Vår egen tolkning må medregnes i en slik prosess. Arbeidet med å lime funnene til ark med forskjellige farger, som symboliserte de ulike hovedtemaene, gjorde at det var lett og identifisere funnene og hvilke artikler de stammet fra. Kvalitetssikringen av funnene, gjennom innhenting av funn og utarbeiding av hoved- og undertema, var en systematisk prosess på bakgrunn av det gode grunnarbeidet. Flere artikler tok for seg både kvinner og menns erfaringer med å leve som HIV-positiv. Vi inkluderte kun funn der det tydelig kom frem at det var kvinner som hadde uttalt seg. Det samme gjelder aldersgruppen vi har begrenset oss til.

I enkelte artikler fikk deltakerne en påskjønnelse for å være med i den aktuelle studien. Dette kunne være en sum penger slik at deltakerne hadde råd til å komme seg frem og tilbake til HIV-klinikkene der mange av intervjuene og diskusjonene ble gjennomført. Det kommer utydelig frem om dette var noe deltakerne hadde fått informasjon om før de meldte seg frivillig til å delta. Dette kunne ha vært med å påvirke utvalget og hatt betydning for resultatet. Dette kan være en svakhet for litteraturstudien.

5.2 Resultatdiskusjon



Figur 2: Sammenheng mellom litteraturstudiets hovedtema.

Denne modellen viser at litteraturstudiets seks hovedtema påvirker hverandre. Hvert tema kan ikke ses uavhengig av hverandre, men erfaringene med å leve som HIV-positiv er et resultat av et sammensatt bilde. Dette er utgangspunktet for resultatdiskusjonen.

5.2.1 Hvert minutt smittes én ung kvinne med HIV

HIV-epidemien kan betegnes som en av de største katastrofene i vår tid. I dag lever 15 millioner kvinner som HIV-positiv i land som regnes som klodens fattigste (UNAIDS 2011). I lavt utviklede land blir kvinnelig verdighet og seksuelle rettigheter ofte krenket på grunnlag av kjønn og seksualitet (Nussbaum 1999).

Å være kvinne har betydelig innvirkning på helsen, som et resultat av både biologiske og kjønnsrelaterte forskjeller. Ulike roller, funksjoner og forventninger skiller menn og kvinner i alle samfunn (WHO 2013). Kjønn og seksualitet har betydning for HIV-epidemiens utvikling, men den mest betydningsfulle faktoren for helse er fattigdom (Fugelli 2005b). Ingen samfunn er så fattig at menn ikke har mulighet til å kjøpe sex. Ingen samfunn er så velutviklet at det er funnet svar på hvordan denne fornærmelsen av kvinner kan stanses (Stålsett 2002). Kvinners helseproblemer må ses sammen med den større sosiale, økonomiske og kulturelle sammenheng de befinner seg i (Ingstad 2007).

Siden fødselen er kvinner i lavt utviklede land opplært til å adlyde sine fedre, de er hele livet sterkt kontrollert og avhengig av mannen. Hvis ikke kvinnen adlyder mannen, har hun intet hus å sove i. Disse kvinnene kan ikke kreve skilsmisse på eget initiativ, men mannen har rett til å skille seg og nekte henne tilgang til hans land, eiendom og barn. Forhold som dette viser at samfunnet gjør kvinner til en sårbar, undertrykt part (Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009). Det kan tenkes at Vesten hadde hjulpet kvinnene mer i kampen mot AIDS gjennom å sikre kvinnene likestilling.

Til syvende og sist er det kanskje så enkelt som at HIV rammer flest kvinner fordi de er fattige og undertrykte. Kampen mot HIV er blitt en kamp mot fattigdom, uvitenhet og fordommer. Mens statsmenn diskuterer verdens oljepriser og den globale økonomien, forbereder kvinner og barn i store deler av verden sitt siste måltid. Mens verdens ledere drøfter sletting av gjeld til de fattige, dør de fattige av gjeld til de rike. Og markedet går uberørt sine egne veier (Stålsett 2002). Det er få mennesker som bestemmer i denne verden, få av de fattige gjør det, og per definisjon, ikke de undertrykte (Austveg 2006).

Nussbaum (1999) hevder at kvinner oppfatter sin helsestatus ut fra en tradisjonell tanke om at kvinnens liv er mindre verdt enn mannens liv, at kvinner er svakere enn menn, at kvinner ikke har like rettigheter. Dette strider imot det grunnleggende i menneskerettighetene; likeverd. I første paragraf i erklæringen slås det fast at alle mennesker er født frie og med samme likeverd og menneskerettigheter. Menneskerettigheter er ikke noe en må gjøre seg fortjent til, og de omfatter alle. Alle mennesker har rett til helse og rett til liv. Rett til seksuell helse, rett til pålitelig informasjon om seksualitet, respekt for kroppslig integritet, rett til å velge seksualpartner og rett til frivillighet i seksuelle relasjoner og i ekteskapsinngåelse, er en del av menneskerettighetene (FN-sambandet 2013b).

Litteraturstudien viser at mange kvinner blir voldtatt som et resultat av å avsløre seg selv som HIV-positiv (Siu et al. 2012, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Balaile et al. 2007). At kvinner opplever voldtekt i ekteskapet, er ett av de største helseproblemene sør i Afrika. Bakgrunnen for voldtekten er den svakere sosiale og økonomiske rollen som kvinner har, noe som gjør det vanskelig for dem å nekte å ha sex med en dominant mann. De har derfor større risiko for å bli smittet med HIV, enn menn i samme aldersgruppe (Lindstrand et al.

2006). I mange samfunn anses mannens seksualitet som så sterk at den ikke kan la seg tøyse. Derfor er det kvinnene det må legges bånd på (Ingstad 2007).

Litteraturstudien viser at en HIV-positiv status endrer sexlivet (Lifshay et al. 2009, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Balaile et al. 2007). Kvinner bruker ulike strategier for å forandre sexlivet. Å nekte sex uten kondom og utføre alternativ seksuell aktivitet som masturbering, er eksempler på dette. Enkelte kvinner vil heller være avhengig av familiemedlemmer enn å være avhengig av en seksualpartner for økonomisk- og sosial støtte. Dersom kvinner selv skal ta initiativ til tryggere sex, er det avgjørende at de forteller partneren om HIV-statusen. Kvinner som holder HIV-statusen hemmelig, er redd for hvordan partneren vil reagere og lever i konstant frykt for å bli avslørt (Medley et al. 2009, King et al. 2007, Lifshay et al. 2009).

Kvinnens rolle og posisjon i samfunnet kan være årsaken til at det smittes en ny, ung kvinne med HIV hvert minutt. Helsepersonell har en sentral og viktig rolle i holdningsendrende arbeid blant undertrykte kvinner i lavt utviklede land. Det er viktig at HIV-positive kvinner ser på seg selv som smittebærere og at de har et ansvar for å hindre at flere kvinner blir smittet. Siden seksualitet er et tabubelagt område i mange afrikanske samfunn, er helsepersonell i en særegen posisjon til å påvirke kvinnene og HIV-epidemiens utvikling.

5.2.2 Kan du holde på en hemmelighet?

Som HIV-positiv er man smittsom (Haugstvedt 2012). I Norge er det ulovlig å unnlate å informere seksualpartner om en HIV-diagnose (Smittevernloven 2012). I lavt utviklede land i Afrika har hver enkelt mulighet til å bestemme selv hvem som skal vite om deres HIV-positive status. Dette medfører et dilemma om smitteoverføring bør være et individuelt eller samfunnsansvar.

Litteraturstudien viser at mange HIV-positive kvinner ser på diagnosen som en privatsak, men mener at seksualpartneren har rett til å få vite om diagnosen. Mange frykter å videreføre viruset og smitte uskyldige mennesker med HIV (Wringe et al. 2009, Lifshay et al. 2009, King et al. 2007, Siu et al. 2012, Medley et al. 2009, Makoae et al. 2008, Gausset et al. 2012, Balaile et al. 2007).

HIV kan føre til voldtekt, misbruk, stigmatisering, diskriminering og avvisning fra samfunnet (Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009, Makoae et al. 2008, Balaile et al. 2007). Det kan diskuteres om samfunnet virkelig kan pålegge kvinner å avsløre sin status når vi kjenner følgene, og hvem har i så fall ansvaret for konsekvensene?

Når HIV kan føre til voldtekt, misbruk, stigmatisering, diskriminering og avvisning: Hva er *da* et menneske? Når *slikt* kan skje, når mennesket kan behandles slik – hva sier det om menneskeverd?

HIV-positive kvinner må velge om, hvordan og til hvem de skal avsløre HIV-statusen til. De fleste HIV-positive kvinner velger å fortelle noen om sykdommen, ofte velger kvinner å fortelle partner, foreldre, søsken eller besteforeldre (Medley et al. 2009). Avsløringen er avgjørende for senere erfaringer. De fleste HIV-positive kvinner har flere gode, enn dårlige, erfaringer med avsløringen (Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Siu et al. 2012, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009, Makoae et al. 2008, Watt et al. 2009, Balaile et al. 2007).

Mange kvinner er redd for at familie, partner og venner ikke holder HIV-diagnosen hemmelig. For å redusere omfanget av rykter og sladder, avslører noen kvinner seg selv som HIV-positiv for hele samfunnet. Det oppleves ofte som en lettelse å offentliggjøre statusen for lokalsamfunnet og slippe å holde diagnosen hemmelig (Makoae et al. 2008, Seeley og Russell 2010, Medley et al. 2009).

Å være alene om sykdommen, kan være tøft. HIV er en progredierende immunsviktsykdom og mange HIV-positive kvinner vet det kan komme stunder hvor de blir sykere og trenger behandling (Haugstvedt 2012). Det kan se ut som at kvinnens beslutning *om* hun avslører sin HIV-positive status, blir avgjørende for hvordan hun ser på fremtiden. Enkelte kvinner hevder at avsløring vil føre til et lengre liv, som et resultat av færre bekymringer. Dersom ingen vet om sykdommen, blir det vanskelig å forklare behovet for behandling når den HIV-positive ikke fremstår som syk (King et al. 2007).

Siden mange HIV-positive kvinner er usikker på om de ønsker å avsløre sin status, bør helsepersonell være en naturlig kontaktperson for å hjelpe kvinnene på bakgrunn av deres taushetsplikt. Å fortelle *noen* kan være bedre enn å leve i hemmelighet. Dersom helsepersonell vet at avsløring ofte fører til mange positive erfaringer, kan denne kunnskapen føre til at flere HIV-positive kvinner får råd om ikke å leve alene med hemmeligheten. Det er derimot svært viktig at helsepersonell tar høyde for kvinnenes sårbarhet.

5.2.3 Legemet kan leve, men uten kjærlighet dør mennesket

Å leve er ikke det samme som å være i live. Livet handler om mer enn å holde seg i live. Forskning viser at mennesket dør uten kjærlighet (Fyrand 1995). HIV-positive kvinner trekker frem vennskap, samhold og relasjoner i støttegrupper og organisasjoner, som det meste verdifulle (Seeley et al. 2012, Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Siu et al. 2012, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009, Berhanu 2010, Makoae et al. 2008, Watt et al. 2009, Balaile et al. 2007).

I Bibelen står det skrevet; «*Så blir de stående, disse tre: Tro, håp og kjærlighet. Men størst blant dem er kjærligheten*» (Norsk Bibel 1990, 1158). Mange kvinner opplever at kjærlighet og samhold er avgjørende for å leve et positivt liv som HIV-positiv. Enkelte kvinner mottar støtte, kjærlighet og samhold fra menn de har møtt etter å ha blitt diagnostisert med HIV. Noen kvinner har følt seg ensom og isolert, men senere funnet kjærlighet (Medley et al. 2009). Å velge kjærlighet er ikke den minste motstandsvei (Stålsett 2002). Noen kvinner føler et så stort ansvar for egen helse at de velger å gå fra partneren etter å ha testet HIV-positiv. HIV-positive kvinner kan finne tro, håp og kjærlighet gjennom samhold med andre HIV-positive (Medley et al. 2009).

Klinikken er et verdifullt møtested for å treffe andre HIV-positive kvinner og klinikken beskrives som et sted som gir rom for å finne individuell styrke. Denne styrken kommer som et resultat av det å være HIV-positiv – sammen. Flere kvinner bruker denne indre styrken til å hjelpe andre kvinner i samme situasjon. Følelsen av solidaritet og forståelse som mange kvinner opplever på ART-klinikker, gjør at HIV-positive kvinner tillater seg å akseptere sykdommen og får håp om fremtiden (Medley et al. 2009).

Flere kvinner anser ikke sykdommen som et individuelt problem, men som et felles problem som flere kvinner deler. Mange HIV-positive kvinner finner mening i livet gjennom å være sammen med andre, men også være uavhengig av andre (Seeley et al. 2012, Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Siu et al. 2012, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009, Berhanu 2010, Makoae et al. 2008, Watt et al. 2009, Balaile et al. 2007).

Meningen med livet kan være et dypt eksistensielt spørsmål. Livets mening og opplevelsen av god helse, avhenger av kultur og sosioøkonomiske faktorer (Ingstad 2007). Antonovsky (2012) hevder at helse bare kan defineres i grader, hvor mennesket søker etter faktorer som skaper høyere grad av helse og opplevelse av meningssammenheng. For mange HIV-positive kvinner har gjenopptakelsen av dagligdagse aktiviteter stor betydning for meningen med livet (Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Medley et al. 2009, Bila og Egrot 2009, Makoae et al. 2008, Balaile et al. 2007).

Prosessen med å komme seg tilbake til hverdagen er ikke like vanskelig for kvinner som opplever å ha et støttende nettverk (Seeley og Russell 2010). Et godt sosialt nettverk er helsefremkallende, og et støttende nettverk har positiv påvirkning på stress og selvbilde. Kvinnens sosiale nettverk er annerledes enn menns. Kvinner påtar seg ofte den største omsorgsrollen i familien, de har vanligvis hovedansvaret for å ivareta familietradisjoner og familiebegivenheter. Kvinner har ofte flere nære venner enn menn (Fyrand 1995). Kvinnens sterke bånd til familie og venner kan forklare hvorfor enkelte kvinner velger å holde diagnosen skjult, i frykt for hvordan familien vil reagere (Seeley et al. 2012, Seeley og Russell 2010, Siu et al. 2012, King et al. 2007, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Balaile et al. 2007).

Kjærligheten, troen og håpet som HIV-positive kvinner trekker frem som verdifullt, ses i sammenheng med fellesskapsfølelsen og samholdet de opplever gjennom et godt sosialt nettverk og å være sammen med andre i samme situasjon. Mange HIV-positive kvinner opplever dessverre en sosial død. Frykten for en sosial død beskrives som større enn frykten for sykdommen i seg selv. Å erfare en sosial død er et tap, ikke bare av helsen, men også et tap av venner og familie (Seeley og Russell 2010, Gausset et al. 2012). I en

verden med seks milliarder mennesker og 33 millioner HIV-positive, er det trist å tenke på at noen føler seg alene...

5.2.4 Håp tross alt

Riktig oppfølging av ART fører til at HIV går fra å være en dødelig sykdom til en kronisk sykdom. I vestlige land er forventet levetid for en HIV-positiv sammenlignbar med en diabetikers. ART fører dermed til at HIV-positiv dør *med* HIV og ikke *av* HIV. For HIV-positive kvinner vil erfaringer naturlig nok påvirkes av hvorvidt hun mottar behandling eller ikke. Uten behandling vil fremtiden preges av gjentatte sekundærinfeksjoner, fatigue, kraftig vekttap og demens. Leveutsiktene er gode dersom HIV-positive starter med ART i tide og følger opp behandlingen (Haugstvedt 2012).

ART må følges opp livet ut, med tabletter daglig til samme tidspunkt (Haugstvedt 2012). HIV-positive kvinner opplever det som vanskelig å følge opp ART (Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Seeley og Russell 2010, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Berhanu 2010, Watt et al. 2009).

En tredjedel av kvinnene i artikkelen til Watt et al. (2009) opplevde bivirkninger av ART. Dette samsvarer med våre egne erfaringer, hvor HIV-positive kvinner i Etiopia fortalte at bivirkningene er et problem. Kvinnene opplevde sterkere plager dersom de tok ART uten mat. Selv om den etiopiske regjeringen sikret dem gratis tabletter, hjalp det lite når de ikke hadde penger til mat. Som følge av dette hadde flere av kvinnene brukt ART i årevis, men ikke klart å følge opp behandlingen på riktig måte. Fluktuerende bruk av ART fører til resistens (Haugstvedt 2012). Dette kan by på problemer i fremtiden. Vesten tilbyr gratis ART til fattige i Afrika, men kvinnene har ikke tilstrekkelig med kunnskap til å følge opp behandlingen. Kan dette kalles fornuftig helsehjelp? Når 33 millioner mennesker lever som HIV-positiv, vil resistensutvikling ovenfor ART kunne føre til alvorlige konsekvenser.

For at HIV-positive kvinner skal vite og forstå viktigheten med å ta ART må helsepersonell informere om konsekvensene av å slurve med behandlingen. Helsepersonell bør drive aktiv helseopplysning om HIV og AIDS. Regelmessig undervisning, informasjon og rådgiving kan avkrefte myter og gi økt kunnskap til alle deler av samfunnet. All

undervisning bør ta utgangspunkt i det sammensatte bildet det er å leve som HIV-positiv kvinne i et lavt utviklet land. Når vi drev helseopplysning om HIV og AIDS til kvinner i Etiopia, tok vi utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodell, som vi vurderte som et nyttig redskap.

Kvinner har erfart at ART gir økt vekt og energi, styrke til å gjenoppta normale aktiviteter og komme tilbake i arbeid. Dette fører til at kvinnene får sterk motivasjon til å fortsette med å ta medisinene. Et sterkt funn i litteraturstudien er at ART gir HIV-positiv kvinner økt livskvalitet (Mshana et al. 2006, Wringe et al. 2009, Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Medley et al. 2009, Gausset et al. 2012, Bila og Egrot 2009, Watt et al. 2009).

Når kvinner ikke avslører sin HIV-status til noen, påvirker dette samtidig beslutningen om å starte med ART. Kvinner som holder sykdommen skjult, har ofte behov for å ta tablettene alene. Enkelte kvinner opplever tablettene som lite gjenkjennbar, og at de derfor kan ta tablettene i offentlighet uten å være redd for å bli avslørt (Nyanzi-Wakholi et al. 2012). Dette kan vise at valget om behandling, avsløring og samfunnets påvirkning henger nøye sammen.

For å få tilgang til ART må HIV-positiv kvinner oppsøke lokale ART-klinikker. Enkelte kvinner har negative erfaringer med servicen på ART-klinikker, særlig lang ventetid (Wringe et al. 2009). I følge Austveg (2006) er fattige kvinner særlig sårbare for alt som kan oppleves som for lang ventetid og dårlig service i helsetjenesten. Fattige kvinner er også fattig på tid. Helsetjenester til fattige kvinner må organiseres på en måte som gjør at kvinnene skal og kan bruke dem. Kvinner som lever som HIV-positiv vil ha et livslangt behov for helsetjenester. Det kan stilles spørsmålsteget ved om arbeidet starter i riktig ende når HIV-positiv kvinner forsynes med gratis ART, men våger ikke å oppsøke klinikken i frykt for å bli stigmatisert. For at helsepersonell skal kunne møte disse kvinnene på en verdig og respektfull måte, trengs kunnskap om hvilke erfaringer kvinner har med å leve som HIV-positiv i et lavt utviklet land i Afrika. Ingstad (2007) hevder vi må høre på kvinner, delta i deres dagligliv og på andre måter å søke forståelse om hvordan deres liv fortoner seg, samt å bringe kvinnes stemme opp i dagen. Mange kvinner er takknemlig for informasjon og åpenhet fra helsepersonell på ART-klinikker. En god relasjon kan komme som resultat av at klinikker har fokus på å bygge tillit med pasientene. Enkelte

kvinner erfarer at oppstart med ART reduserer følelsen av stigmatisering og diskriminering (Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Watt et al. 2009).

K. Parker (1997) hevder at helse ikke i hovedsak handler om antall doktere, sosiale tjenester og sykehus, men om problemer knyttet til sosial rettferdighet (Ingstad 2007). I følge FN-sambandet (2013b) har alle mennesker rett til den høyst oppnåelige fysiske og mentale helsestandard. Da kan det regnes som uetisk at Vesten bruker nesten alt av verdens ART-forsyning...

Kampen mot HIV er en kamp for en rettferdig fordeling av de globale ressursene og en kamp for utvikling. Tidligere generalsekretær Kofi Annan tok initiativ til en «krigskasse» på 100 milliarder US dollar som et forsøk på å stanse den katastrofale HIV-epidemien. Dette kan ses på som en prøve på det internasjonale samfunnets vilje til ansvarsfølelse og solidaritet. Slik Europa ble reddet ut av ruinene etter andre verdenskrig, trenger Afrika nå en Marshall-plan. Dersom 90 prosent av de HIV-rammede var europeere eller amerikanere, ville da ikke midlene blitt skaffet? (Stålsett 2002). Den afrikanske HIV-epidemiens voksende omfang kan ses på som en form for rasisme. Men det er håp for endring, tross alt.

5.2.5 Kunnskap er makt

For å bli definert som LDC, er ett av kriteriene at landet er sterkt avhengig av eksternt, finansiell bistand (Forente Nasjoner 2011). Fra Norge alene mottok Afrika 26 milliarder norske kroner i bistand i 2011 (NORAD 2013). Det er uenighet om hvordan finansiell utviklingshjelp påvirker befolkningens helsestatus. Noen hevder at helse blir negativt påvirket av økonomisk vekst, men at en forbedring i utdanning, menneskerettigheter, likestilling vil ha en positiv påvirkning på befolkningens helsestatus (Lindstrand et al. 2006). Ett av FNs tusenårsmaal er å stoppe spredningen av HIV og AIDS innen 2015 (FN-sambandet 2013a). Dette kan virke som et urealistisk mål dersom verdenssamfunnet ikke iverksetter konkrete og effektive tiltak. I følge kvinner vi møtte i Etiopia er det viktigste tiltaket innen alt HIV- og AIDS-arbeid, å øke kunnskapen i alle delene av samfunnet. Dette inkluderer sykepleie til HIV-positive.

Litteraturstudien viser at økt kunnskap om egen sykdom er svært viktig for å akseptere og mestre nye utfordringer. Kvinner aksepterer seg selv som HIV-positiv gjennom å søke

kunnskap om sykdommen og hjelpe andre HIV-positive kvinner (Mshana et al. 2006, Makoae et al. 2008). Vår erfaring fra en ART-klinikk i Etiopia viste det samme. HIV-positive kvinner ble fulgt opp gjennom standardiserte, nasjonale skjema med registrering og måling av vekt, familieplanlegging og CD4-nivå. Sykepleiere på klinikken informerte kvinnene om CD4-nivå, noe som gjorde at de kunne følge med på sykdomsutviklingen. Flere av de HIV-positive kvinnene visste at ART som oftest fører til økning i CD4-nivå, som videre resulterer i vektøkning. Å følge med på vekten ble en indirekte måte å følge med på sykdomsutviklingen. Lignende situasjon opplevde vi i en landsby nord i landet, hvor vi drev folkehelseopplysning. Målet med helseopplysningen var å gi kvinner økt kunnskap om HIV og AIDS. En kvinne i salen fortalte oss at hun var HIV-positiv, og at hun opplevde å bli utestengt og isolert fra samfunnet. Hun deltok aktivt i undervisningen for å lære mer om sin egen sykdom.

Et interessant funn i litteraturstudien er at økt kunnskap fører til at HIV-positive kvinner går fra å føle seg som «AIDS-lidende» til «HIV-rådgiver». HIV-positive kvinner som går til rådgivning hos helsepersonell eller andre HIV-positive, opplever at rådgivningen har hjulpet dem til å føle seg og forstå sin sykdom bedre (Nyanzi-Wakholi et al. 2012, Makoae et al. 2008). Kunnskap er makt (Store norske leksikon 2013). Det gode med makten er at den fører til følsomhet for det som er urett, og uretten er det verste et menneske kan oppleve. Kampen mot det urette er den mest betydningsfulle kampen et menneske kan kjempe (Stålsett 2002). Helsepersonell bør bruke sin særegne rolle til å føre sin kunnskap videre til HIV-positive kvinner i lavt utviklede land.

6.0 Konklusjon

6.1 Konklusjon

Kvinnens rolle og posisjon i lavt utviklede land gjør henne til en sårbar og utsatt part. Mange HIV-positive kvinner opplever å bli stigmatisert, diskriminert og forlatt på bakgrunn av sosiale og kulturelle forhold. Lite kunnskap fører til stigmatisering fra familien, partneren, helsepersonell eller andre HIV-positive. Mange kvinner frykter konsekvenser med avsløring i så stor grad, at de velger å leve i hemmelighet. Mange HIV-positive kvinner erfarer en sosial død - en død mange kvinner frykter mer enn sykdommen i seg selv.

Gode erfaringer med å leve som HIV-positiv, blir ofte knyttet opp mot fellesskapsfølelsen. Deltakelse i fellesorganisasjoner gir følelsen av tilhørighet, orden og kontroll over eget liv, samtidig som det er et sted for å uttrykke nytt håp for fremtiden. Å møte andre HIV-positive kvinner i samme situasjon gir inspirasjon, håp og indre styrke. Støtteorganisasjoner for HIV-positive bidrar til psykososial støtte, behandling, optimisme, selvspekt og aksept. Å akseptere seg selv om HIV-positiv blir beskrevet som en hard prosess. Mange oppnår aksept gjennom å søke økt kunnskap om sykdommen og hjelpe andre HIV-positive. Forverring av helsetilstanden, diskriminering fra samfunnet og frykt for å oppsøke støttegrupper fører til at mange kvinner strever med å akseptere seg selv som HIV-positiv.

Å starte med ART gir mange kvinner muligheten til å gjenoppta dagligdagse gjøremål og opplevelsen av å få en ny sjanse i livet. Det viser seg at ART fører til økt livskvalitet for HIV-positive kvinner, men at behandlingen oppleves som svært krevende. Tre bekymringer ble identifisert som hovedutfordringer knyttet til oppfølging av ART; finansiering, å komme seg til klinikken og å opprettholde en livslang medikamentell behandling. Enkelte kvinner velger alternativ behandling i troen på at Gud kan kurere, i motsetning til ART. En av årsakene til at disse kvinnene ikke bruker ART som behandling, er de sosioøkonomiske forholdene.

Kvinner anser sin status som HIV-positiv som en privatsak. Samtidig mener mange kvinner at partneren har rett til å få vite om smitten. Sexlivet endres etter påvist HIV-infeksjon, særlig skjer en holdningsendring til kondombruk. Mange HIV-positive kvinner

mottar støtte, kjærlighet og samhold fra partneren. Enkelte kvinner blir voldtatt av partneren, som et resultat av å avsløre seg selv som HIV-positiv. Kvinnens rolle i parforholdet er avgjørende for opplevelser og erfaringer med å leve som HIV-positiv.

Helsepersonells holdninger har stor betydning for hvordan HIV-positive kvinner følger opp ART. Kvinner i lavt utviklede land er særlig sårbare for lang ventetid og alt som kan oppfattes som dårlig service. Helsetjenester til disse kvinnene må organiseres på en måte som gjør at kvinnene vil og kan bruke dem. Mange kvinner uttrykker taknemlighet for informasjon og åpenhet fra helsepersonell. Økt kunnskap fører til at HIV-positive kvinner går fra å føle seg som «AIDS-lidende» til «HIV-rådgiver».

6.2 Forslag til videre forskning

ART har stort fokus innen forskning på kvinner som lever som HIV-positiv i lavt utviklede land. Andre tema det forskes mye på er smitterisiko, smitteredusering og avsløring. I følge FNs tusenårs mål skal spredning av HIV og AIDS være stoppet innen 2015. Hvilke tiltak kan iverksettes for å hindre at én ung kvinne smittes med HIV hvert minutt? Hvilke tiltak må settes i verk for å unngå opplevelsen av stigmatiseringen og diskrimineringen? Hvordan kan helsepersonell øke kunnskapen til kvinnene, og hva resulterer økt kunnskap til?

Litteraturliste

Aadland, Einar. Ethiske perspektiver på praktisk forskning. 1997. I *Og eg ser på deg – Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*, 262-265. Oslo: Universitetsforlaget.

Antonovsky, Aaron. 2012. Et nytt syn på helse og sykdom. I *Helsens mysterium - Den salutogene modellen*. 10-18. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Austveg, Berit. 2006. *Kvinnens helse på spill*. Oslo: Universitetsforlaget.

Balaile, Gunnel, Rose Laisser, Anna-Berit Ransjö-Arvidson og Bengt Höjer. 2007. Poverty and Devastation of Intimate Relations: Tanzanian Women`s Experience of Living With HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 18(5): 6-16.

Berhanu, Zena. 2010. Holy Water as an Intervention for HIV/AIDS in Ethiopia. *Journal of HIV/AIDS & Social Services* 9: 240-260.

Bila, Blandine og Marc Egrot. 2009. Gender asymmetry in healthcare-facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* 69: 854-861.

Bruun, Johan N, Linda Skeie, Arild Mæland, Susanne G. Dudman, Mette Sannes og Vidar Ormaasen. 2006. Fra dødelig syndrom til kronisk sykdom. *Hiv/aids – Tidsskrift for Den norske legeförening* 126: 3121-4.

De Forente Nasjoners regionale informasjonskontor for Vest-Europa. 2011. *Fakta om LDC-landene*, <http://www.unric.org/no/component/content/article/17-economic-and-social/26147-fakta-om-ldc-landene> (Lest: 30.08.12)

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26.

FN-sambandet. 2013a. *Tema: Tusenårsmaal*, <http://www.fn.no/Tema/FNs-tusenaarsmaal> (Lest: 18.01.13)

FN-sambandet. 2013b. Tema: *Menneskerettigheter*,
<http://www.fn.no/Tema/menneskerettigheter> (Lest: 20.03.13)

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2utg. Stockholm: Författerna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Friberg, Febe. 2006. *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Fugelli, Per. 2005a. Under en hardere himmel. I *Rød resept - Essays om perfeksjon, presentasjon og helse*, 75-92. Oslo: Universitetsforlaget.

Fugelli, Per. 2005b. Med Rudolf Ludwig Karl Virchow som veiviser inn i den nye samfunnsmedisinen. I *Rød resept - Essays om perfeksjon, presentasjon og helse*, 133-147. Oslo: Universitetsforlaget.

Fyrand, Live. 1995. Sosialt nettverk og livssituasjon. I *Sosialt nettverk - Teori og praksis*, 88-126. Oslo: TANO AS.

Gausset, Quentin, Hanne Overgaard Mogensen, Wambi Maurice Evariste Yameogo, Abdramane Berthe og Blahima Konate. 2012. The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* 74: 1037-1044.

Haugstvedt, Åse. 2012. *Hiv for helsepersonell – en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag. 2012. *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde.

Ingstad, Benedicte. 2007. *Medisinsk antropologi - en innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

King, Rachel, David Katuntu, Julie Lifshay, Laura Packel, Richard Batamwita, Sylvia Nakayiwa, Betty Abang, Frances Babirye, Pille Lindkvist, Eva Johansson, Jonatahan

Mermin og Rebecca Bunnell. 2007. Processes and Outcomes of HIV Serostatus Disclosure to Sexual Partners among People Living with HIV in Uganda. *AIDS Behav* 12: 232-243.

Lifshay, Julie, Sylvia Nakayiwa, Rachel King, Olga Grinstead Reznick, David Katuntu, Richard Batamwita, Enoch Ezati, Alex Coutinho, Cissy Kazibwe og Rebecca Bunnell. 2009. Partners at risk: motivations, strategies, and challenges to HIV transmission risk reduction among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS care* 21(6): 715-724.

Lindstrand, Ann, Steffan Bergstöm, Hans Rosling, Birgitta Rubenson, Bo Stenson, og Thorkild Tylleskär. 2006. *Global health: an introductory textbook*. Lund: Studentlitteratur AS.

Makoe, Lucia N., Minrie Greeff, Rene D. Phetlhu, Leana R. Uys, Joanne R. Naidoo, Thecla W. Kohi, Priscilla S. Dlamini, Maureen L. Chirwa og William L. Holzemer. 2008. Coping With HIV-Related Stigma in Five African Countries. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 19(2): 137-146.

Medley, Amy M., Caitlin E. Kennedy, Stella Lunyolo og Michael D. Sweat. 2009. Disclosure Outcomes, Coping Strategies, and Life Changes Among Women Living With HIV in Uganda. *Qualitative Health Research* 19(12): 1744-1754.

Moi, Harald og Jan Martin Maltau. 2008. Hiv-infeksjon. I *Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer*, 170-174. Oslo: Gyldendal AS.

Mshana, Gerry Hillary, Joyce Wamoyi, Joanna Busza, Basia Zaba, John Chagalucha, Samuel Kaluvya og Mark Urassa. 2006. Barriers to Accessing Antiretroviral Therapy in Kisesa, Tanzania: A qualitative Study of Early Rural Referrals to the National Program. *AIDS PATIENT CARE and STDs* 20(9): 649-657.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. 2006. Tema: Sjekkliste for kvalitativ og kvantitativ forskning, <http://www.kunnskapssenteret.no> (Lest: 05.12.12)

NORAD. 2013. Tema: Norsk bistand i tall, <http://www.norad.no/no/om-bistand-i-tall> (Lest: 20.03.13)

Norsk Bibel. 1990. Det nye testamentet – Kap.13 Paulus første brev til korinterne. I *Bibelen – Den Hellige Skrift*, 1158. Oslo/Gjøvik: Norsk Bibel A/S.

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. 2013. *Tema: Database for statistikk om høgre utdanning*, <http://dbh.nsd.uib.no> (Lest: 06.12.12)

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Nussbaum, Martha C. 1999. *Sex and sosial justice*. New York: Oxford University Press.

Nyanzi-Wakholi, Barbara, Antonieta Medina Lara, Paula Munderi og Charles Gilks. 2012. The charms and challenges of antiretroviral therapy in Uganda: the DART experience. *AIDS Care* 24(2): 137-142.

Seeley, Janet og Steve Russell. 2010. Social rebirth and social transformation? Rebuilding social lives after ART in rural Uganda. *AIDS care* 22(1): 44-50.

Seeley, Janet, Martin Mbonye, Nelly Ogunde, Isaiah Kalanzi, Brent Wolff og Alex Coutinho. 2012. HIV and identity: the experience of AIDS support group members who unexpectedly tested HIV negative in Uganda. *Sociology of Health and Illness* 34(3): 330-344.

Siu, Godfrey E., Sabrina Bakeera-Kitaka, Caitlin E.Kennedy, Aggrey Dhabangi og Andrew Kambugu. 2012. HIV serostatus disclosure and lived experiences of adolescents at the Transition Clinic of the Infectious Diseases Clinic in Kampala, Uganda; A qualitative study. *AIDS care* 24(5): 606-611.

Smittevernloven. 2012. Lov av 8. mai 1994 nr.55 om vern mot smittsomme sykdommer <http://www.lovdatabasen.no> (Lest: 20.03.13)

Steen, Tore W, Mona Drage og Elise Klouman. 2006. Hivpidemien i den tredje verden – verre enn forventet?. *Hiv/aids – Tidsskrift for Den norske legeförening* 126: 3135-8.

Store norske leksikon. 2013. *Francis Bacon – filosof*, http://snl.no/Francis_Bacon/filosof (Lest: 14.03.13)

Stålsett, Gunnar. 2002. *Hva er da et menneske? – Tekster til tro og tanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

UNAIDS. 2011. *Overview brochure on 2011 High Level Meeting on AIDS*, http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110204_HLM_Brochure_en.pdf (Lest: 30.08.12)

UNAIDS. 2012. *Every minute, a young woman is newly infected with HIV*, <http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20120608gendereveryminute/> (Lest: 30.08.12)

Watt, Melissa H., Suzanne Maman, Jo Anne Earp, Eugenia Eng, Philip W. Setel, Carol E. Golin og Mark Jacobson. 2009. «It's all the time in my mind»: Facilitators of adherence to antiretroviral therapy in a Tanzanian setting. *Social Science & Medicine* 68: 1793-1800.

Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. 2003. *WHO definition of Health*, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Lest: 06.12.12)

Wringe, Alison, Maria Roura, Mark Urassa, Joanna Busza, Veronica Athanas og Basia Zaba. 2009. Doubts, denial and divine intervention: understanding delayed attendance and poor retention rates at a HIV treatment programme in rural Tanzania. *AIDS care* 21(5): 632-637.

Vedlegg 1 – P(IC)O-skjema

P	I	C	O
HIV?			Opplevelse? AND Sosial? Livskvalitet Livsstil Selv?
HIV			Experience* AND Social Quality of life Lifestyle Self

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	HIV/ or hiv.mp.	04.10.12	Ovid PsychInfo	32237	0	0	0
2	limit 1 to yr="2006 -Current"	04.10.12	Ovid PsychInfo	15422	0	0	0
3	limit 2 to ("adult (19 to 44 years)" and female)	04.10.12	Ovid PsychInfo	8589	0	0	0
4	limit 3 to (danish or english or norwegian or swedish)	04.10.12	Ovid PsychInfo	8493	0	0	0
5	(Angola or Benin or Burkina Faso or Burundi or The central African Republic or Chad or Comoros or Kongo or Djibouti or Guinea or Eritrea or Ethiopia or Gambia or Guinea-Bissau or Lesotho or Liberia or Madagascar or Malawi or Mali or Mauritania or Mozambique or Niger or Rwanda or Senegal or Sierra Leone or Somalia or Sudan or Togo or Uganda or Tanzania or Zambia).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier]	04.10.12	Ovid PsychInfo	10404	0	0	0
6	4 and 5	04.10.12	Ovid PsychInfo	739	0	0	0

7	experience*.mp.	04.10.12	Ovid PsychInfo	404349	0	0	0
8	quality of life.mp. or "Quality of Life"/	04.10.12	Ovid PsychInfo	37583	0	0	0
9	self.mp. or Ego/	04.10.12	Ovid PsychInfo	400241	0	0	0
10	social.mp.	04.10.12	Ovid PsychInfo	578993	0	0	0
11	stigma*.mp.	04.10.12	Ovid PsychInfo	14044	0	0	0
12	lifestyle.mp. or Life Style/	04.10.12	Ovid PsychInfo	15942	0	0	0
13	depress*.mp.	04.10.12	Ovid PsychInfo	216498	0	0	0
14	sex*.mp.	04.10.12	Ovid PsychInfo	289276	0	0	0
15	disclosure.mp. or Disclosure/	04.10.12	Ovid PsychInfo	12559	0	0	0
16	stereotyp*.mp.	04.10.12	Ovid PsychInfo	30186	0	0	0
17	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16	04.10.12	Ovid PsychInfo	1437687	0	0	0
18	6 and 17	04.10.12	Ovid PsychInfo	530	0	0	0

#	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	HIV/ or hiv.mp.	09.10.12	Ovid PsychInfo	32237	0	0	0
2	limit 1 to yr="2006 -Current"	09.10.12	Ovid PsychInfo	15422	0	0	0
3	limit 2 to ("adult (19 to 44 years)" and female)	09.10.12	Ovid PsychInfo	8589	0	0	0
4	limit 3 to (danish or english or norwegian or swedish)	09.10.12	Ovid PsychInfo	8493	0	0	0
5	(Angola or Benin or Burkina Faso or Burundi or The central African Republic or Chad or Comoros or Kongo or Djibouti or Guinea or Eritrea or Ethiopia or Gambia or Guinea-Bissau or Lesotho or Liberia or Madagascar or Malawi or Mali or Mauritania	09.10.12	Ovid PsychInfo	10404	0	0	0

	or Mozambique or Niger or Rwanda or Senegal or Sierra Leone or Somalia or Sudan or Togo or Uganda or Tanzania or Zambia).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, protocol supplementary concept, rare disease supplementary concept, unique identifier]						
6	4 and 5	09.10.12	Ovid PsychInfo	739	0	0	0
7	experience*.mp.	09.10.12	Ovid PsychInfo	404349	0	0	0
8	quality of life.mp. or "Quality of Life"/	09.10.12	Ovid PsychInfo	37583	0	0	0
9	self.mp. or Ego/	09.10.12	Ovid PsychInfo	400241	0	0	0
10	social.mp.	09.10.12	Ovid PsychInfo	578993	0	0	0
11	lifestyle.mp. or Life Style/	09.10.12	Ovid PsychInfo	15942	0	0	0
12	8 or 9 or 10 or 11	09.10.12	Ovid PsychInfo	903380	0	0	0
13	6 and 7 and 12	09.10.12	Ovid PsychInfo	59	59	32	15
TOTALT INKLUDERTE ARTIKLER				15			

Vedlegg 3 – Inkluderte artikler

Artikkel nummer	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Måleinstrument	Deltakere	Hovedfunn	Kvalitet
1	Seeley, Janet, Martin Mbonye, Nelly Ogunde, Isaiah Kalanzi, Brent Wolff og Alex Coutinho. 2012. Sociology of Health and Illness, 34(3), 330-344.	HIV and identity: the experience of AIDS support group members who unexpectedly tested HIV negative in Uganda.	Å kartlegge erfaringer personer som tidligere har levd som HIV-positiv har etter å ha uventet testet HIV-negativt. Og hvordan disse forandringene påvirker selvbildet og identiteten.	Kvalitativ studie. Innledene individuelle dybdeintervju, videre oppfølgingsintervjuer som ble utført i deltakerenes hjem. Intervjuene var delt inn i tre faser som ble fordelt over 1 år etter at deltakerne hadde testet HIV-negativt.	34 (23 kvinner, 11 menn) frivillige deltakere ble rekruttert til studien. 34/318 klienter som testet HIV-negativt ved en TASO-klinikk . Deltakerkriterier: -Medlem av TASO >1år. - Bosatt innom en radius på 30 km til TASO-klinikken. -Villig til å bli intervjuet i eget hjem. -Deltakere som tilsvarer kjønnsfordelingen ved TASO-klinikken (mer	TASO hadde hjulpet kvinnene i å mestre sin nye hverdag som HIV-positiv og gitt kvinnene en opplevelse av fellesskap, tilhørighet og stolthet. Å lære seg å aksepterer en ny identitet som HIV-positiv ble beskrevet som en tøff prosess. Gjennom TASO hadde kvinnene møtt andre flotte HIV- positive kvinner og dermed funnet inspirasjon og håp til å kunne leve et normalt liv med HIV. TASO ble et samlingssted uten	Nivå 2 Grad 1 (100%) Etisk godkjent av "Uganda National Council for Science and Technology" og "The Science and Ethics Committee of the Uganda Virus Research Institute". Godkjennelse var også innhentet fra «TASO`s» (The AIDS Support Organisation) ledelse både på sentralt og lokalt nivå.

					<p>kvinner enn menn).</p> <p>Det ble innhentet skriftlig samtykke fra samtlige deltakere før hvert enkelt intervju, tillatelse til å bruke lydopptaker.</p> <p>Alle intervju ble gjort på det lokale språket, senere oversatt.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>stigmatisering men med håp og optimisme for fremtiden.</p>	
2	Mshana, Gerry Hillary, Joyce Wamoyi, Joanna Busza, Basia Zaba, John Chagalucha, Samuel	Barriers to Accessing Antiretroviral Therapy in Kisesa, Tanzania: A qualitative Study of Early Rural Referrals to the National Program.	Å identifisere faktorer som hindrer HIV-positive i å starte med ART. Og hva som skal til for å redusere aktuelle barrierer.	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>16 fokusgruppe diskusjoner (8-12 HIV-positive, samt 2 forskere) basert på deltakelse, læring og handling deltakerne imellom.</p> <p>Det ble benyttet måleinstrumenter</p>	<p>12 HIV-positive ble rekruttert til studien (18-59år, der kvinner/menn var jevnt fordelt). Deltakerne ble innhentet etter å ha testet HIV-positivt gjennom VCT (frivillig rådgivning og testing). 8-12</p>	<p>ART opplevdes som vanskelig å følge opp, blant annet på grunn av stigmatisering, avsløring, rykter, frykt for familierelasjoner, lang ventetid på sykehuset, transportkostnader, lite mat, lite penger</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Grad 1 (100%)</p> <p>Etisk godkjent av "NIMR" (the National Institute for Medical Research) og "The London School of Hygiene and Tropical Medicine".</p>

	Kaluvya og Mark Urassa. 2006. <i>AIDS PATIENT CARE and STDs</i> , 20(9), 649-657.			(diagrammer) i diskusjonene. Dybdeintervju med 4 menn og 6 kvinner, der fokuset var personlige erfaringer og sensitive tema (3/4 menn og 5/6 kvinner fullførte oppfølgingsintervju).	deltok på hver fokusgruppe, 3-6 deltok på dybdeintervju. Alt foregikk på morsmålet til deltakerne, tolk var tilstede. Resultatene ble senere oversatt. Samtykke ble innhentet verbalt fra samtlige deltakere. 10/12 deltakere ønsket videre oppfølging og behandling gjennom VCT. 8/10 ble fulgt opp for et nytt intervju etter å ha søkt behandling.	og lav sosioøkonomisk status. Tre bekymringer knyttet til ART ble identifisert: finansielle bekymringer, å komme seg til sykehuset og den medisinske oppfølgingen. Oppstart av ART hadde ført til økt livskvalitet. Kvinnene mente at økt kunnskap om sin egen sykdom ville føre til gode holdninger i samfunnet.	
3	Wringe, Alison, Maria Roura, Mark Urassa,	Doubts, denial and divine intervention: understanding delayed attendance	Å kartlegge faktorer som påvirker HIV-positives oppfølging av avtaler ved en	Kvalitativ studie. Dybdeintervju (gjennomført individuelle intervju både med de HIV-	45 HIV-positive deltakere. 36% menn og 63% kvinner. Samt 11 helsepersonell fra HIV-klinikken.	Avstanden til klinikken, lang ventetid og dårlig service på behandlingsstedet kunne føre til at	Nivå 1 Grad 1 (90%) Etisk godkjent av "The Medical

	<p>Joanna Busza, Veronica Athanas og Basia Zaba. 2009. <i>AIDS care</i>, 21(5), 632-637.</p>	<p>and poor retention rates at a HIV treatment programme in rural Tanzania.</p>	<p>HIV-klinikk i Tanzania.</p>	<p>positive og helsepersonellet). Fokusgruppe diskusjon. Gruppene ble delt inn etter kjønn og hvordan deltakerne bodde. Fokusgruppene var åpne for HIV-positive og helsepersonell på HIV-klinikken.</p>	<p>Alle deltakerne gav sitt samtykke for å være med i studien. Deltakerkriterier: -Regelmessig eller uregelmessig oppmøte ved HIV-klinikken. Alt foregikk på morsmålet til deltakerne, senere oversatt. Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>kvinnene foretrakk tradisjonelle healere fremfor medikamentell behandling. Familiemedlemmer kunne være pådrivere til bruk av tradisjonelle healere eller kirkens leder, noe som ofte førte til at kvinnene ikke oppsøkte HIV-klinikker, tross eget ønske om medikamentell behandling. ART hadde gitt mange av kvinnene muligheten til å gjenoppta dagligdagse aktiviteter, noe som hadde gitt dem tilbake livskvaliteten. Kvinnene mente at det var avgjørende at ART var gratis.</p>	<p>Research Coordinating Committee” og “The London School of Hygiene and Tropical Medicine”.</p>
--	--	---	--------------------------------	--	--	--	--

4	Seeley, Janet og Steve Russell. 2010. <i>AIDS care</i> , 22(1), 44-50.	Social rebirth and social transformation ? Rebuilding social lives after ART in rural Uganda.	Å gi økt forståelse for menneskers overgang og tilvenning til å leve som HIV-positiv, når de er under behandling (ART).	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Løst strukturerte intervju og observasjon.</p> <p>Intervjuene var delt opp i to faser;</p> <p>-1 fase: 12 HIV-positive som fikk gratis ART (6 kvinner og 6 menn) ble valgt. De ble besøkt av intervjuere en gang i måneden over en 12 måneders periode. Det ble da brukt instrumenter for å fange opp livshistorien til hver enkelt deltaker etter at de ble HIV-positiv og etter at de begynte på ART.</p> <p>2 fase: (36 kvinner og 34 menn) ble valgt for å undersøke nøkkel-tema videre. Disse deltakerne ble besøkt to ganger i hjemmet.</p>	<p>12 (6 kvinner og 6 menn)+58(36 kvinner og 34 menn) (=70) HIV-positive deltakere ble innhentet. Deltakerne ble hentet inn fra et hjemmebasert ART-program i øst-Uganda.</p> <p>Intervjuene foregikk på morsmålet til deltakerne, senere oversatt.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>Fellesskap og vennskap kvinnene hadde opplevd i støttegrupper eller organisasjoner ble trykket frem som viktig fordi kvinnene følte ART hadde forandret dem, men at den sosiale verden hadde forandret seg lite.</p> <p>Å lære seg å leve med ART ble beskrevet som en nødvendighet for å tilpasse seg og akseptere den nye fremtiden, oppbygning av et nytt liv og følge den krevende medikamentelle behandlingen.</p> <p>Å starte på ART opplevdes som en ny sjanse i livet.</p> <p>Et støttende nettverk gjorde det lettere å komme tilbake til hverdagen.</p> <p>Kvinnene var</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Grad 1 (100%)</p> <p>Etisk godkjent av det etiske styret ved «The Uganda Virus Research Institute» og «The University of East Anglia».</p>
---	--	---	---	--	--	--	---

						bekymret for barnas fremtid. Mange av kvinnene hadde erfart eller fryktet en sosial død.	
5	Lifshay, Julie, Sylvia Nakayiwa, Rachel King, Olga Grinstead Reznick, David Katuntu, Richard Batamwita, Enoch Ezati, Alex Coutinho, Cissy Kazibwe og Rebecca Bunnell. 2009. <i>AIDS care</i> , 21(6), 715-724.	Partners at risk: motivations, strategies, and challenges to HIV transmission risk reduction among HIV-infected men and women in Uganda.	Å undersøke forandringer i seksuell aktivitet, antall partnere og kondombruk etter å ha testet HIV-positiv. Og undersøke motivasjon, barrierer og hvilken tilrettelegging som må til for atferdsendring.	Kvalitativ studie med et undersøkende design. Semistrukturerte dybdeintervju som bestod av åpne spørsmål. Deltakerne ble gruppert etter om de var seksuelt aktiv og på hvilken måte. Og om de hadde avslørt sin HIV-status til sin siste seksual partner. Seks ulike grupper ble dannet på bakgrunn av de ulike kategoriene med et mål om å gjennomføre intervju med fire menn og fire kvinner innen hver kategori.	48 deltakere ble innhentet fra en større kvantitativ tverrsnittstudie som studerte potensielle faktorer som påvirker seksuell risikofølelse blant HIV-positiv. Alle deltakerne var rekruttert fra tre ulike TASO-klinikker. 17 kvinner (25-53 år) og 20 menn (25-58 år) fullførte intervjuene =37 deltakere (11 ekskludert). Det ble innhentet skriftlig samtykke fra samtlige deltakere.	Forskjellige strategier ble brukt for å forandre sexlivet. Unnskyldninger for å redusere antall av seksuell omgang var annerledes for kvinner som hadde fortalt partneren om smitten, enn de kvinnene som ikke hadde avslørt. Forholdet til kondom hadde endret seg etter påvist smitte. Kvinnene var redd for å smitte andre med HIV, og flere følte på et ansvar for opplysningsplikt ovenfor seksualpartner.	Nivå 1 Grad 1 (90%) Etisk godkjent av "The Uganda Virus Research Institute", "The University of California" (Berkley) og "The Centers for Disease Control and Prevention" (Atlanta).

					<p>Intervjuene foregikk på morsmålet til deltakerne, senere oversatt.</p> <p>Deltakerkriterier: -HIV-positiv. -Registrert klient ved TASO-klinikk. ->18år. -Fysisk frisk for deltakelse.</p> <p>11 ble ekskludert på grunn av død (n=1), inkonsistente svar under intervju (n=3), eller kun hadde hatt HIV-positive partnere (n=7).</p>		
6	Nyanzi-Wakholi, Barbara, Antonieta Medina Lara, Paula Munderi og Charles	The charms and challenges of antiretroviral therapy in Uganda: the DART experience.	Å utforske kunnskap, holdninger, erfaringer og bekymringer blant HIV-positive som har vært under behandling (ART) i minimum 12	Kvalitativ studie. Åpne fokusgrupper der det ble stilt åpne spørsmål til diskusjon. Diskusjonene var basert på tre ulike tema.	8 fokusgrupper derav 4 kvinnegrupper (alder 19-54 år) og 4 manngrupper (alder 30-63 år). Hver gruppe bestod av 9-11	God relasjon til helsearbeiderne på HIV-klinikken førte til tillit og økt kunnskap om deres sykdom og hadde gitt dem mange gode erfaringer (kvinnene gikk fra å føle seg	Nivå 1 Grad 1 (90%) Godkjent av "Science and Ethics Committee of the Uganda Virus Research Institute"

	Gilks. 2012. Uganda. <i>AIDS Care</i> , 24(2), 137-142.		måneder.		deltakere. Deltakerne ble innhentet fra et ART-program som undersøkte om virkningen av ART med og uten rutinemessig oppfølging gav lignende helseutfall for de HIV-positive. Diskusjonene foregikk på morsmålet til deltakerne, senere oversatt. Ingen dokumenterte frafall.	som «AIDS- lidende» til «HIV-rådgiver»). Tilgang til gratis ART ble trukket frem som svært viktig. ART opplevdes som vanskelig å følge opp, men kvinnene hadde individuell rutiner knyttet til medisintaking. Redsel for avsløring som HIV-positiv, rykter og stigmatisering var negative erfaringer.	og "Uganda National Council for Science and Technology in Uganda" og "The Liverpool School of Tropical Medicine, Ethics Committee in the UK".
7	Siu, Godfrey E., Sabrina Bakeera-Kitaka, Caitlin E.Kennedy , Aggrey Dhabangi	HIV serostatus disclosure and lived experiences of adolescents at the Transition Clinic of the Infectious Diseases Clinic	Å beskrive hvordan det er å være ung HIV-positiv i et samfunssperspektiv.	Kvalitativ studie. Dybdeintervju med oppfølgingsspørsmål. Generelle spørsmål ble stilt. Fokusgruppe diskusjon. Menn og kvinner ble	20 HIV-positive deltakere med en gjennomsnittsalder på 19 år. Deltakerne var innhentet blant klienter ved "the Transition Clinic of the Infectious	Alle kvinnene som hadde avslørt sin status fortalte om positive erfaringer, spesielt i form av kjærlighet, omsorg og påminnelse om å ta medisiner. Samtidig hadde	Nivå 1 Grad 1 (100%) Etisk godkjent av "The Makerere University Faculty of Medicine Institutional Review

	<p>og Andrew Kambugu. 2012. <i>AIDS care</i>, 24(5), 606-611.</p>	<p>in Kampala, Uganda; A qualitative study.</p>		<p>oppdelt etter kjønn i to ulike grupper.</p>	<p>Diseases Institute” i Uganda.</p> <p>Samtlige skrev under på skriftlig samtykke.</p> <p>Deltakerkriterier: -HIV-positiv. -Mottar ART.</p> <p>Deltakerne ble ekskludert hvis de hadde dårlig helse og ikke kunne delta på intervjuene.</p> <p>Intervjuene foregikk på morsmålet til deltakerne, senere oversatt.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall fra studien.</p>	<p>nesten alle kvinnene enten opplevd eller fryktet negative erfaringer. Kvinnene fortalte om de ulike måtene å avsløre en HIV-positive status på.</p>	<p>Board” og “The Uganda National Council of Science and Technology”. “The IDI Research Committee” godkjente at studien tok kontakt og rekrutterte ART-klienter.</p>
--	---	---	--	--	---	--	--

8	King, Rachel, David Katuntu, Julie Lifshay, Laura Packel, Richard Batamwita, Sylvia Nakayiwa, Betty Abang, Frances Babirye, Pille Lindkvist, Eva Johansson, Jonatahan Mermin og Rebecca Bunnell. 2007. <i>AIDS Behav</i> , 12, 232-243.	Processes and Outcomes of HIV Serostatus Disclosure to Sexual Partners among People Living with HIV in Uganda.	Å beskrive erfaringer og utfall relatert til avsløring blant HIV-positive menn og kvinner i øst-Uganda.	Studie med kvalitativ og kvantitativt design (kun brukt de kvalitative resultatene i vår litteraturstudie). Semistrukturerte dybdeintervju. Intervjuene foregikk enten i hjemmet til deltakeren eller på TASO-klinikken.	1092 HIV-positive fra en TASO-klinikk var valgt ut til hele studien (488 menn og 604 kvinner). Deltakerne ble innhentet under rutinemessige besøk ved TASO-klinikken. 45/1092 kvinner og menn ble valgt ut til å delta på dybdeintervju. Deltakerkriterier: ->18 år. -God nok helse til å delta. -Kjønn (mest mulig lik fordeling). -Om de hadde avslørt sin HIV-status. -Rapportert seksuell aktivitet (risikosex, trygg sex, ikke-sex). Intervjuene	Kvinnene brukte ulike avsløringsmetoder; som å starte med kondom, HIV-medisiner og å plassere henvisninger på steder hvor deres partnere kunne finnes. Samliv og sexlivet hadde endret seg etter HIV-påvisning. Kvinnens rolle i hjemmet gjorde det vanskelig å ta initiativ til tryggere sex.	Nivå 1 Grad 1 (90%) Etisk godkjent av "The Institutional Review Boards of the Uganda Virus Research Institute", «The University of California»(Berkeley) og "The Centers for Disease Control and Prevention".
---	---	--	---	---	--	--	---

					foregikk på deltakernes morsmål, senere oversatt.		
					Samtlige deltakere skrev under på skriftlig samtykke.		
					Ingen dokumenterte frafall.		
9	Medley, Amy M., Caitlin E. Kennedy, Stella Lunyolo og Michael D.Sweat. 2009. <i>Qualitative Health Research</i> , 19(12), 1744-1754.	Disclosure Outcomes, Coping Strategies, and Life Changes Among Women Living With HIV in Uganda.	Å forstå hvilke strategier HIV-positive kvinner i Uganda bruker for å mestre sin HIV-diagnose, og hvilken rolle avsløringen har for kvinnes evne til å takle HIV-diagnosen.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju med bruk av intervjuguide. Pseudonymer ble brukt for å anonymisere intervjuene og resultatene.	30 kvinner (18-49 år) som hadde vært diagnostisert med HIV i alt fra 1 måned til 15 år. Alle kvinnene var gravid eller hadde født innen det siste året. De ble hentet inn fra 10 ulike svangerskapsomsorg-klinikker, en ART-klinikk og tre psykososialstøttegrupper i Uganda.	De fleste av kvinnene hadde positive erfaringer knyttet til å avsløre, men seks av kvinnene hadde negative erfaringer knyttet til avsløring; deriblant avvisning, voldtekt og stigmatisering. Kvinnene som ikke hadde fortalt partneren om sin HIV-status, levde i konstant frykt for å bli avslørt. Mange av kvinnene hadde møtt sine menn gjennom	Nivå 2 Grad 1 (100%) Etisk godkjent av "The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health" og "The Makerere University Institute of Public Health".

					<p>Skriftlig samtykke ble innhentet fra samtlige.</p> <p>Intervjuene foregikk på deltakerens morsmål og der deltakernes ønsket å bli intervjuet. Intervjuene ble senere oversatt.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>støttegrupper for HIV-positive, dette var relasjoner som hadde ført med seg kjærlighet, vennskap, samhold, støtte og gjensidige fordeler. Et mer støttende samfunn gjorde at det var enklere å avsløre sin HIV-positive status og leve som HIV-positiv. Kvinnene relaterte sin indre styrke til ansvaret ovenfor barna. Følelsen av solidaritet og forståelse som kvinnene opplevde på klinikker, gjorde at de HIV-positive kvinnene tillot seg selv å akseptere sin status. Et fåtall av kvinnene fortalte at HIV-diagnosen hadde ført til at venner og familiemedlemmer hadde forlatt og</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						avvist dem.	
10	Gausset, Quentin, Hanne Overgaard Mogensen, Wambi Maurice Evariste Yameogo, Abdramane Berthe og Blahima Konate. 2012. <i>Social Science & Medicine</i> , 74, 1037-1044.	The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso.	Å analysere årsaker til HIV-stigmatisering blant HIV-positive og helsepersonell som jobber i AIDS-relaterte organisasjoner i Burkina Faso.	Kvalitativ studie. Direkte observasjon. Semi-strukturerte intervju. Fokusgruppe diskusjoner. All forskningen ble utført i 20 ulike AIDS-relaterte samfunnsbaserte organisasjoner (CBOs), alt etter hvilken forskningsmetode som ble brukt (observasjon, intervju, diskusjon).	72 HIV-positive (89% kvinner og 11% menn) og 90 helsepersonell og frivillige ble innhentet til studien. Alle deltakerne som var helsepersonell/frivillig (=90) jobbet i AIDS-relaterte samfunnsbaserte organisasjoner (CBOs). Intervju og diskusjon foregikk på morsmålet til deltakerne, senere oversatt. Alle deltakerne skrev under på skriftlig samtykke. Ingen	Hvordan kvinnene ble smittet med HIV avgjorde hvordan samfunnet så på dem (aksept eller diskriminasjon). Kvinnene fortalte at siden HIV assosieres med umoralsk atferd, som prostitusjon og mange seksualpartnere, fortalte mange av kvinnene at de var blitt smittet gjennom stell av AIDS-syke familiemedlemmer. Kvinnene møtte utfordringer knyttet til å ytre ønske om kondombruk. Et sterkt funn i artikkelen er at kvinnene følte seg stigmatisert av andre HIV-positive.	Nivå 2 Grad 1 (90%) Etisk godkjent av "The National Ethical Committee on Health Research in Burkina Faso".

					dokumenterte frfall.	Frykten for en sosial død ble beskrevet som større en frykten for sykdommen i seg selv.	
11	Bila, Blandine og Marc Egrot. 2009. <i>Social Science & Medicine,</i> 69, 854- 861.	Gender asymmetry in healthcare- facility attendance of people living with HIV/AIDS in Burkina Faso.	Å bedre forstå hvorfor kvinner har lettere enn menn for å teste seg for HIV og yte omsorg for seg selv og familien når de er HIV- positiv.	Kvalitativ studie. Individuelle intervju.	52 HIV-positive (35 kvinner og 18 menn), alder 20- 63 år. Ingen dokumenterte frfall.	Kjønnnet forsterker alle de negative erfaringene med å leve som HIV-positiv, fordi kvinnes undertrykte rolle i samfunnet gjør dem til en mer sårbar part. Kvinnene hadde stor tiltro til Gud, og de anså Gud som en som hjelper til med å levere ART til hjelpepersonell og klinikken, og ba om nok mat slik at de kunne fortsette den medikamentelle behandlingen. Kvinnenes bekymring	Nivå 2 Grad 1 (90%) Etisk godkjent av "The National Ethical Committee on Health Research in Burkina Faso".

						for barnas fremtid gjorde at de hadde fokus på å holde seg i form, være i stand til å løpe og ta vare på barna, så lenge som mulig.	
12	Berhanu, Zena. 2010. <i>Journal of HIV/AIDS & Social Services</i> , 9, 240-260.	Holy Water as an Intervention for HIV/AIDS in Ethiopia.	Å se på hvordan tro, holdninger og erfaringer HIV-positive har med Hellig vann (alternativ behandling).	Kvalitativ studie med et fenomenologisk, utforskende design. Dybdeintervju med både åpne og lukkede spørsmål.	17 HIV-positive/AIDS syke (25-35 år) fra fire ulike kirker ble innhentet til studien. 12 kvinner og 5 menn. Deltakerne var fra fem ulike etniske grupper. 4 nøkkelinformanter ble utvalgt til å representere de ulike kirkene. Kriteriene for å være nøkkelinformant var: -Mye kunnskap om temaet. -I stand til å beskrive situasjonen i kirkene på en god	Hellig vann ble beskrevet som en form for kurativ medisin, i motsetning til ART. Kvinnene brukte kurative historier til å forklare deres overbevisninger og holdning ovenfor Hellig vann. Kvinnene hadde ulikt syn på om ART kunne tas sammen med det Hellig vann. Kvinnene nevnte at hovedutfordringen med å starte med ART var for de sosioøkonomiske forholdene.	Nivå 1 Grad 1 (100%) Etisk godkjent av "The Graduate School of Social Work, Addis Ababa University".

					<p>måte.</p> <p>Det ble i tillegg gjort intervju med to informanter fra hovedkirkekontoret for å få oversikt over den sentrale kirkeadministrasjonen.</p> <p>Intervjuene foregikk på morsmålet, senere oversatt. Alle de 17 deltakerne var intervjuet.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>		
13	Makoe, Lucia N., Minrie Greeff, Rene D. Phetlhu, Leana R.Uys, Joanne R.	Coping With HIV-Related Stigma in Five African Countries.	Å kartlegge mestringsstrategier og hvordan HIV-positive opplever HIV-relatert stigma i Lesotho, Malawi, Sør-Afrika, Swaziland og Tanzania.	<p>En kvalitativ, deskriptiv studie med et utforskende design.</p> <p>Fokusgruppe diskusjoner.</p> <p>Bruk av demografisk spørreskjema som alle</p>	<p>251 deltakere fra ulike steder i de fem afrikanske landene ble innhentet. 111 HIV-positive (53,1% kvinner), 114 sykepleiere (95,1% kvinner)</p>	<p>Kvinnene mestret sin nye identitet gjennom å søke kunnskap om sykdommen, og hjelpe andre HIV-positive kvinner. Noen av kvinnene fortalte om</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Grad 1 (100%)</p> <p>Etisk godkjent av alle syv universiteter som var involvert i studien, samt de</p>

	Naidoo, Thecla W.Kohi, Priscilla S. Dlamini, Maureen L. Chirwa og William L. Holzemer. 2008. <i>Journal of the Association of Nurses in AIDS Care</i> , 19(2), 137-146.			deltakere fylte ut.	og 26 frivillige (58% kvinner). Gjennomsnittsalder på 39,9 år. Diskusjonene foregikk på morsmålet til deltakerne, senere oversatt. Alle deltakerne skrev under skriftlig samtykke. Ingen dokumenterte frafall.	prosessen i å lære å se seg selv som normal, og være modig nok til møte stigmatiseringen og sykdommen. Å spøke om den opplevde stigmatiseringen og bruke humor om sykdommen, var med å redusere frykten og seriøsiteten rundt HIV.	lokale og sentrale myndigheter.
14	Watt, Melissa H., Suzanne Maman, Jo Anne Earp, Eugenia Eng, Philip W. Setel, Carol E. Golin og Mark	«It`s all the time in my mind»: Facilitators of adherence to antiretroviral therapy in a Tanzanian setting.	Å forstå årsaken og grunnlaget for god oppfølging til ART blant HIV-positive som mottar gratis ART og HIV-relaterte tjenester ved en klinikk i Arusha, Tanzania.	Kvalitativ studie. Individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer. Intervjuguide ble brukt under intervjuene.	36 HIV-positive og 6 helsepersonell. Både kvinner og menn var inkludert. De HIV-positive deltakerne ble rekruttert gjennom sin faste HIV-klinikk når de var der for å hente sin	Kvinnene erfarte at de så på HIV som en «normal» sykdom gjennom å se andre HIV-positive som levde et produktivt liv. ART hadde gitt kvinnene økt vekt, energi og muligheten til å komme tilbake til arbeid, noe som motiverte kvinnene	Nivå 2 Grad 1 (100%) Etisk godkjent av "The Institutional Review Board at the University of North Carolina`s school of Public Health" og "The National Institute for Medical Research in

	Jacobson. 2009. <i>Social Science & Medicine</i> , 68, 1793-1800.				<p>månedlige forsyning av ART.</p> <p>Alle deltakerne gav verbalt samtykke for å være med i studien.</p> <p>Deltakerkriterier: -18år>. -Tatt ART minst 1 måned.</p> <p>Intervjuet foregikk på morsmålet til deltakerne, senere oversatt.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>til å fortsette med å ta medisinene. Kvinnene var takknemlig for informasjon og åpenhet fra helsepersonell på klinikken. Avsløring ble en måte å oppnå sosial og emosjonell støtte. Noen av kvinnene hadde opplevd støtte uten å direkte avslørt sin status.</p>	Tanzania”.
15	Balaile, Gunnel, Rose Laisser, Anna-Berit Ransjö-Arvidson og Bengt Höjer.	Poverty and Devastation of Intimate Relations: Tanzanian Women`s Experience of Living With HIV/AIDS.	Å undersøke livserfaringene til HIV-positive kvinner som hadde kjent sin HIV-diagnose i over 1 år, for å få en grundigere forståelse for	<p>Kvalitativ metode med fenomenologisk-hermeneutisk design.</p> <p>Dybdeintervju.</p> <p>Observasjon under intervjuene.</p>	<p>10 kvinner ble rekruttert til studien. Alder 28-45 år.</p> <p>Alle deltakerne skrev under på skriftlig samtykke.</p>	<p>Kvinnene levde for barna, men var bekymret for deres fremtid, særlig at barna selv skulle bli smittet. De fleste kvinne opplevde det som lett å være åpen som</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Grad 1 (100%)</p> <p>Etisk godkjent av etiske komiteer ved “The National Institute for Medical Research, Dar es</p>

	<p>2007. <i>Journal of the Association of Nurses in AIDS Care</i>, 18(5), 6-16.</p>		<p>deres måte å tenke på og refleksjon over egen helse og seksualitet.</p>	<p>Intervjuprosessen var basert på fire prinsipper: -Intervjuene foregikk på et privat rom på HIV-klinikken kvinnen hørte til. HIV-klinikkene som ble utvalgt var på tre ulike steder. -Alle deltakerne ble intervjuet av samme person som hadde bodd og jobbet i Tanzania I flere år. -Intervjuene ble gjort på morsmålet til deltakerne. -Deltakerne ble spurt om å snakke åpent om to ulike spørsmål: 1.Kan du fortelle meg hvordan du ser på din egen helse? 2.Kan du fortelle meg om ditt seksualliv før og etter du fikk HIV-diagnosen?</p>	<p>Intervjuene ble gjort på morsmålet til deltakerne, senere oversatt.</p> <p>Deltakerkriterier: -HIV-positiv over 1 år. -Kan lese og skrive på morsmålet.</p> <p>Ingen dokumenterte frafall.</p>	<p>HIV-positiv. Å leve som HIV-positiv medførte finansielle problem, diskriminering, mangel på kjærlighet og livslang behandling. Diagnosesn medførte mangelfullt sexliv og seksuell nytelse. Mange av kvinnene fryktet å smitte andre med HIV.</p>	<p>Salaam”, “The Tanzania Commission for Science and Technology” og “The Karolinska Institute, Stockholm”.</p>
--	---	--	--	---	---	---	--

Vedlegg 4 – Liste over relevante funn

6 hovedtema (markert med fet skrift), 4 undertema (markert med understreking), 30 funn (ikke markert).

Avsløringen

Helsetjenester og behandling: 6,6,7,7,8,9,9,10,10,15,15

Forståelse: 7,7,8,8,8,8,8,9,9,9,10,10,13,15,15

Økonomisk støtte: 7,9,9,9,11,14,15,15,15,15

HIV-diagnosen er en privatsak: 3,7,7,7,7,9,13,15

Frykt for å bli stigmatisert og avvist: 4,7,7,8,8,9,9,9,9,10,10,10,10,15,15

Frykt for å bli avslørt: 3,6,6,7,8,9,10

Frykt for reaksjonene fra familien: 2,4,4,7,8,8,8,8,9,9,9,10,15,15

Seksualpartner har rett til å vite: 8,8,9,10,15,15

Misbruk: 7,8,8,9,9,15

Rykter: 2,7,7,7,8,9,9,13,15

Ulike avsløringsstrategier: 7,7,7,7,8,8,8,8,9,15

Samlivet

Sammen om infeksjonen

Redsel for å smitte andre: 5,5,5,8,9,10,10,15,15

Å leve sammen med en annen HIV-positiv: 4,8,8,8,8,8,9,9,9,9,9,11,11,15,15,15,15,15

Nytt og annerledes sexliv

Endret sexliv: 5,5,5,5,5,5,5,5,8,9,10,10,15,15,15,15,15,15,15

Kondom: 5,5,5,5,8,10,10,15

Samfunnet

Å leve for hverandre:

Tilhørighet og støtte:

1,1,1,1,1,2,2,3,3,4,4,4,4,4,6,7,9,9,10,11,12,12,12,13,13,13,13,14,14,14,15,15

Alene og forlatt:

Å bli stigmatisert og diskriminert:

2,2,2,3,4,4,6,6,9,9,9,9,9,10,10,10,10,10,10,10,10,11,13,15,15

Behandling

ART gav økt livskvalitet: 2,2,3,6,6,6,6,9,9,10,11,14,14,14,14,14

Vanskelig å følge opp ART: 2,2,2,2,2,2,3,3,3,3,4,4,6,6,12,12,12,12,12,14,14

Bivirkninger: 4,6,6,12,14

Dyrt å komme seg til behandling: 2,2,2,3,3,6,10

Alternativ behandling og religiøse overbevisninger: 3,3,3,3,12,12,12,12,12,12,12,12,13

Aksept

Ta vare på seg selv og andre: 3,3,10,10,10,11,13,13,13,15,15,15,15

Kvinner inspirert av andre kvinner: 6,6,9,10,13,13,13

Blitt sterke kvinner: 9,9,9,9,9,10,13,13,13,15,15,15

Akseptere en ny identitet: 4,4,9,13,13,15,15,15,15

Komme seg tilbake til hverdagen: 3,4,9,11,13,13,13,15,15,15

Håp og mer kunnskap: 6,13,13,15,15,15,15,15,15

Fremtiden

Bekymret for barnas fremtid: 4,4,5,8,9,9,9,9,9,11,11,12,14,15,15,15

Tenker på døden: 4,9,9,12,13,14,15,15