



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Å leve med hiv/ Living with hiv**

Linn Birgitte Nogva og Vinizza Kristine Machado

Totalt antall sider inkludert forside: 61

Molde, 12.06.14



## 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"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<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. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hildegunn Sundal

## 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: 28.03.14

**Antall ord: 11152**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I slutten av 2012 var det ca. 35,3 millioner mennesker med hiv i verden. Hiv kan ikke helbredes, så det å få en hiv diagnose kan oppleves svært tungt, og mange mennesker kan miste troen på en lykkelig framtid. Å lære å mestre sykdommen er derfor viktig.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudien var å belyse hva helsepersonell kan gjøre for at pasientene kan mestre å leve med hiv.

**Metode:** En litteraturstudie basert på 11 kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Helsepersonell med gode kommunikative evner, kunnskap, tekniske ferdigheter og som viste empati bidro til at pasientene lærte å leve godt med hiv. Støttegrupper og pasientundervisning som ble ivarettatt av helsepersonell spilte en viktig rolle i pasientens håndtering av sykdommen. Pasientene trenger kunnskap for å kunne akseptere seg selv som hiv positive.

**Konklusjon:** Helsepersonell med gode holdninger bidro til at pasientene opplevde mestring. Helsepersonell kan hjelpe pasientene til å mestre ved å ha gode kunnskaper, kommuniserte kongruent, vise empati og ha kunnskap om støttegrupper og organisasjoner. Helsepersonell må også være klar over sine holdninger slik at de kan møte pasientene med respekt.

**Nøkkelord:** Hiv, mestring, helsepersonell, erfaring, kronisk sykdom

## **Abstract**

**Background:** At the end of 2012, 35, 3 million people were living as hiv-positive. Hiv cannot be cured. Most people who receive an hiv diagnosis can experience it extremely hard, and lose their faith for a happy future. This is why learning to cope with the disease is important.

**Aim:** The purpose of this study was to investigate how health care professionals can help patients cope with hiv.

**Method:** Literature study based on 11 qualitative research articles.

**Results:** Health care professionals with good communicative skills, knowledge, technical skills and who showed empathy for the patient, contributed helping the patient live well with hiv. Support groups and patient education initiated by health care professionals played an important role in patients coping with the disease. The patients also needed knowledge to accept themselves as hiv-positive.

**Conclusion:** Healthcare professionals who showed good attitudes contributed to the patients experience of coping with hiv. Healthcare professional can help patients to cope by having good knowledge, congruent communication, show empathy and have knowledge about support groups and organization. Healthcare professional must be aware of their attitudes, so they can meet the patients with respect.

**Keywords:** Hiv, coping, healthcare professional, experience, chronic disease.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt.....	2
1.3	Problemstilling .....	2
1.4	Begrepsavklaring.....	2
<b>2.0</b>	<b>Teori</b> .....	<b>3</b>
2.1	Humant immunsvikt virus.....	3
2.2	Mestring .....	4
2.3	Joyce Travelbee sykepleieteori .....	6
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1	Datainnsamling .....	8
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
3.3	Kvalitetsvurdering.....	10
3.4	Etisk hensyn .....	11
3.5	Analyse.....	12
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>13</b>
4.1	Handlinger som førte til mestring av sykdom.....	13
4.1.1	<i>Helsepersonells bruk av verbal- og nonverbal kommunikasjon</i> .....	13
4.1.2	<i>Helsepersonells væremåte, kunnskap og ferdigheter</i> .....	14
4.2	Handlinger som reduserte mestring .....	15
4.2.1	<i>Helsepersonells væremåte og deres manglende informasjon</i> .....	15
4.3	Samhandling igangsatt av helsepersonell.....	16
4.3.1	<i>Sosial støtte</i> .....	16
4.3.2	<i>Pasientundervisning ivaretatt av helsepersonell</i> .....	17
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
5.1	Metodediskusjon .....	19
5.1.1	<i>Datainnsamling/litteratursøk</i> .....	19
5.1.2	<i>Kvalitetsvurdering og etiske hensyn</i> .....	20
5.1.3	<i>Analyse og resultat</i> .....	21
5.2	Resultatdiskusjon .....	22
5.2.1	<i>Å lære å leve med hiv</i> .....	22
5.2.2	<i>Å være tilstede i samtalen</i> .....	23
5.2.3	<i>En kald hjerne og et varmt hjerte</i> .....	25
5.2.4	<i>I de beste hender?</i> .....	27
5.2.5	<i>Helsefremmende undervisning</i> .....	29
5.2.6	<i>Vi er i samme båt</i> .....	30
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>33</b>
6.1	Forslag til videre forskning .....	34
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>35</b>

Vedlegg 1: PI(C)O-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversiktstabell over inkluderte artikler

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hiv er en forkortelse for humant immunsvikt virus. Hiv er et stort globalt helseproblem. I følge verdens helseorganisasjon var det i slutten av 2012 ca. 35,3 millioner mennesker med en hivinfeksjon i verden. Samme år var det 2,3 millioner mennesker som ble smittet med hiv (World Health Organization 2013). I Norge er det 4000-4500 mennesker som lever med en hivinfeksjon per november 2013. I 2013 ble det diagnostisert 233 nye hivsmittede i Norge. Innvandrere utgjør nesten en tredjedel av de som har fått påvist en hivinfeksjon i Norge. De fleste innvandrere som har hiv i Norge kommer fra konfliktområder i Afrika og sørøst Asia (Folkehelseinstituttet 2013).

De fleste personer som får vite at de har hiv føler seg fysisk friske dersom de får diagnosen kort tid etter smitte. Den psykiske reaksjonen de kan få varierer imidlertid mye. Alt fra dyp sorg og sjokkreaksjoner til en «dette skal jeg klare» holdning. Det er mange faktorer som spiller inn i måten hver enkelt reagerer på, som for eksempel evnen til å takle påkjenninger, psykisk helse, kunnskapsnivå og også om diagnosen kommer som en overraskelse. Sist men ikke minst er det avhengig av hvilken støtte de eventuelt får fra familien og hva slags informasjon de får fra helsepersonell (Haugstvedt 2012).

Vi valgte tema ut i fra noe vi begge ønsket å lære mer om. Pasienter med en hiv/aids er noe helsepersonell kan komme bort i overalt, samme hvor vi jobber. Det å få en hivdiagnose oppleves for de fleste svært tungt og det er lett å skjønne at pasienter som blir smittet av hiv, kan miste livsgnisten og troen på en lykkelig framtid. Heldigvis er det mye som har skjedd både medisinsk og med helsepersonells holdninger, siden den første hivsmittede ble lagt inn på sykehus i 1983. Fortsatt er det likevel sånn at pasienter med hiv kan møte uvitenhet blant helsepersonell (Haugstvedt 2012). Derfor mener vi at det er viktig at sykepleiere har god kunnskap om sykdommen. Vi ser også på det å fremme håp og mestring hos pasienter med hiv som en viktig sykepleieoppgave.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hva helsepersonell kan gjøre for at pasientene kan mestre å leve med hiv.

## **1.3 Problemstilling**

Hvilke erfaringer har hivpositive med helsepersonells ivaretagelse for å mestre sin sykdom?

## **1.4 Begrepsavklaring**

Vi bruker i litteraturstudiet ordet hivpositiv om pasienter med en hivdiagnose. Det kan settes spørsmålstegn om det er riktig å kalle noen for sykdommen sin. Disse personene er ikke sykdommen sin, men de har en hivinfeksjon. Denne betegnelsen er likevel mye brukt både i Norge og internasjonalt og av pasientgruppen selv.



## 2.0 Teori

Vi har valgt å ha med teori om hiv, mestring og sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.

### 2.1 Humant immunsvikt virus

Hiv står for humant immunsviktvirus og er en kronisk infeksjon. Det er et retrovirus som angriper lymfocytene i blodet. Lymfocytene er en viktig del av kroppens immunforsvar. Disse lymfocytene har CD4-molekyl på membranen. For at hiv kan trenge inn i cellen, må den binde seg inn i CD4-molekylet. Når hiv har bundet seg til CD4-molekylet blir molekylet ødelagt. Reduksjon av CD4 molekyl kan føre til en rekke alvorlig sykdommer (Andreassen et al. 2010). “Man kan måle graden av immunsvikt ved å måle antall CD4-celler i blodet” (Haugstvedt 2012, 49). Kontroll og oppfølging av CD4-verdier gjøres gjennom en blodprøve på laboratoriet. Dette for å se når behandlingen kan starte. Antiretroviral behandling (ART) skal vurderes dersom verdien av CD4 er lavere enn den verdien som normalt skal være i blodet (Haugstvedt 2012).

Behandling av hiv kalles ART – anti retroviral terapi. Målet med behandlingen er å bremse reproduksjon av viruset inn i immuncellene (Norsk Helseinformatikk 2013). “Behandlingen er en kombinasjonsterapi hvor man benytter flere typer medikamenter som velges ut fra ulike klasser” (Haugstvedt 2012, 83).

Medikamenter dreper og ødelegger ikke viruset, men den stanser viruset fra å formere seg mer i immuncellene (Norsk Helseinformatikk 2013). Viruset kan ikke forsvinne fra kroppen, det er derfor antiretrovirale medikamenter må tas resten av livet. Det er også viktig at medikamentene tas daglig for å unngå resistensutvikling (Haugstvedt 2012). ART kan føre til mange forskjellige bivirkninger. Den mest vanlige bivirkningen er magesmerte, kvalme, diare, utslett, svimmelhet, hodepine, muskel og leddsmerter. Bivirkningene kan gå over i løpet av noen dager (Haugstvedt 2012).

Det finnes to hovedtyper av hiv; hiv type-1 og hiv type-2. Det er påvist flest tilfeller av hiv type-1 i Norge. Hiv type-2 er vanligst i Vest-Afrika. Type-1 smitter lettere og er mer smittsom enn hiv type 2 (Haugstvedt 2012). Viruset kan smitte ved seksuell kontakt, via blod og fra mor til barn i svangerskapet De aller fleste som har blitt hivsmittet er symptomfrie i flere år. (Andreassen et al. 2010).

Det er utviklet flere gode legemidler med god effekt mot hiv. Siden viruset har høy formeringshastighet, utvikles det raskt resistens overfor mange legemidler. Derfor brukes det 3 eller flere forskjellige legemidler samtidig for å unngå resistensutvikling. Diagnosen stilles serologisk ved at det påvises antistoff mot hiv. Påvisning av antistoff finner ofte sted 8-12 uker etter at pasienten er smittet. Det finnes også en rekke andre hivtester, blant annet hurtigtester, der en får svar på prøven etter bare et par minutter. Disse er imidlertid ikke like pålitelige (Jacobsen et al. 2009).

## **2.2 Mestring**

Mestring er et allmennmenneskelig fenomen og en del av en sosialiseringssprosess. I dagligtalen brukes ofte ordet mestring, om å klare å få til noe. Kronisk sykdom kan føre til at pasienten opplever stress, men også mestring. Stress kan gi belastning og skaper både fysiologiske reaksjoner og en emosjonell respons. Ved fysiologiske reaksjoner kan personen oppleve at blodtrykket stiger, få hjertebank, hyperventilere og få søvnproblemer. Ved emosjonell respons kan man oppleve frykt, angst og sinne (Reitan 2010).

Det er individuelt hvordan man klarer å takle stress. Mennesker kan mestre stress ved å få informasjon og på den måten føle seg bedre, og ved å forandre måten en tenker på. Den syke må lære å leve med ny situasjonen og prøve å mestre den. Mestring handler om hvordan mennesker møter livssituasjoner som er belastende i hverdagen (Reitan 2010). Mennesker er forskjellige og de reagerer på livshendelser og utfordringer individuelt (Eide og Eide 2007).

Når en person står overfor mestringsutfordringer, skjer det en vurdering av situasjonen på forskjellige nivåer. Vurderingene ble delt i 3 ulike nivåer. Disse kalles primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering. Primærvurderingen er den kognitive vurderingen av situasjonen, som skjer umiddelbart. Sekundærvurdering er vurderingen av hvilke muligheter en har til å mestre situasjonen. Revurderingen skjer etter at mestringsforsøket er gjennomført. Disse tre vurderinger inneholder mentale aktiviteter som skjer automatisk der personen danner seg forestillinger, føler, tolker, vurderer, og velger handlinger (Reitan 2010).

Mestringsevnen inneholder både en indre og en ytre ressurs. Indre ressurser kan være menneskers evne, selvstendighet, myndighet, kognitiv ferdighet, kunnskap, livserfaring,

motivasjon og troen på egne krefter (Reitan 2010). De ytre ressursene består av familie, sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomi, tilgjengelighet til helse- og omsorgstilbud og sosiale støtte- og trygdeordninger. Alt som har betydning for pasienten er mestrings viktigste ressurser (Reitan 2010).

Det finnes ulike mestringsstrategier. Det er viktig å bruke en mestringsstrategi som passer til situasjonen. Valg av feil mestringsstrategi kan forverre tilstanden (Eide og Eide 2007). Mestringsstrategier er det man bruker for å takle livets utfordringer. Målet med mestringsstrategier er å hjelpe mennesker til å opprettholde selvbildet, finne en mening og bevare kontroll over de problemene han eller hun står overfor.

Vi kan skille mellom to ulike mestringsstrategier. Den ene er problemorientert mestring og den andre er emosjonsorientert mestring. Problemorientert mestring handler om å løse problemer og takle vanskelige situasjoner. Emosjonsorientert mestring har til hensikt til å endre opplevelsen av situasjonen eller redusere og bearbeide følelser og reaksjoner på det som har skjedd. Altså redusere følelsesmessige problemer i situasjonen (Reitan 2010).

Ved problemorientert mestring kan personen møte problemet på en aktiv måte og prøve finne en løsning, legge planer og bruke tankene for å hankses med problemene sine. Ved å søke om hjelp, råd eller støtte fra andre rundt seg og ved å være fokusert og legge unødvendige ting til side (Reitan 2010).

Ved følelsesorientert mestring er det viktig at personen søker hjelp og finner noen å prate med for å få støtte. Det er også viktig at personen aksepterer situasjonen og prøver å lære å leve med den og forsøker å lære noe av situasjonen som har oppstått. I tillegg kan det være viktig at personen finner det humoristiske i en hendelse og finner høyere mening med livet. Det er ofte bra å kombinere de to mestringsstrategiene problemorientert mestring og følelsesorientert mestring når noen er i en stressituasjon (Reitan 2010).

En annen type mestringsstrategi er meningsorientert mestring. For at livet skal ha mening, må mennesket finne verdiene som har størst betydning for dem, og arbeide for å kunne realisere disse verdiene. Mennesket kan også finne hva som gir livet verdi. Det finnes ulike typer verdier; skapende verdier, opplevelsesverdier og innstillingsverdier. De skapende verdiene innebærer at mennesket handler gjennom arbeid for å finne en mening. Opplevelsesverdier innebærer å oppleve mening gjennom natur, kunst og kjærlighet.

Innstillingsverdiene sier noe om innstillingen. Forsvarsmekanismer er også en type mestringsstrategi da det er en ubevisst psykisk reaksjonsmåte. Oppgaven til forvarsmekanismene er å redusere opplevelsen av trussel. Forneking, regresjon, projeksjon, rasjonalisering, isolering og undertrykking av følelser er vanligste forvarsmekanismene (Reitan 2010).

### **2.3 Joyce Travelbee sykepleieteori**

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i USA i 1926. Hun har jobbet som psykiatrisk sykepleier og retter i sin teori oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Travelbees bok *International Aspects of Nursing* kom første gang ut i 1966. Hun var inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi (Kristoffersen 2005).

Hennes filosofi og sykepleietenkning har stor innflytelse i sykepleierutdanningen (Kristoffersen 2005). I følge Joyce Travelbee er sykepleien en mellommenneskelig prosess. Sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening ved sykdommen. Hjelpe pasienten til å akseptere sin sårbarhet og opprettholde håp. Sykepleierens mål og hensikt kan bare oppnås gjennom å etablere et menneske til menneske forhold. Forholdet etablerer seg gjennom ulike faser: det innledende møtet, framvekst av identitet, empati, sympati og til slutt gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen 2005).

Det innledende møte kjennetegnes ved at sykepleieren og pasienten ikke kjenner hverandre. Førsteintrykket er det første som oppstår under dette møtet (Travelbee 1999). Førsteintrykket er basert på hverandres observasjoner av væremåte, språk og handling. Ut ifra disse faktorene blir det en umiddelbar vurdering av hverandre. Sykepleierens utfordringer er å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og heller se pasienten som et unikt individ. Dersom sykepleieren har evnen til å se personen slik han er, vil omsorgen bli naturlig og personlig. Etterhvert som forholdet mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg, vil begge identitetene begynne å dukke fram. Da blir et kontaktforhold etablert mellom sykepleieren og pasienten (Kristoffersen 2005).

Neste fase er "framvekst av identitet". Der bruker man evnen til å behandle personen som et unikt individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til den andre (Travelbee 1999). Den tredje fasen i etablering av menneske til menneske forhold er empati. Joyce Travelbee definerer empati som, "Evnen til å leve seg inn eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket" (Travelbee 1999, 193). Empati er å oppleve eller følelsesmessig vite hva et annet menneske opplever i en situasjon. Det er ikke noe som oppstår tilfeldig. Empati er avhenging av likhetstrekk mellom de to personenes erfaringer (Kristoffersen 2005). Den fjerde fasen er sympati. I følge Travelbee er sympati knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten og kan formidles gjennom holdningen og væremåten til sykepleier. Sympati fra sykepleier kan for pasienten oppleves som at noen bryr seg om hvordan han har det, og dette påvirker pasienten både psykisk og fysisk. Den femte og siste fasen i etablering av et menneske-til-menneske-forhold er gjensidig forståelse og kontakt mellom pasienten og sykepleieren. Dette er resultat av de forrige fasene. Det utvikles når sykepleieren i handling har vist forståelse og ønske om å hjelpe pasienten (Kristoffersen 2005).

Joyce Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper for å etablere et menneske til menneske forhold (Kristoffersen 2005). Kommunikasjon er et viktig middel for å bli kjent med pasienten, forstå pasientens behov og hjelpe han til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet (Eide og Eide 2007).

### 3.0 Metode

Den avsluttende Bacheloroppgaven i sykepleie skal i følge retningslinjene til Høgskolen i Molde (2013) utføres i form av en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie innebærer å ta utgangspunkt i en problemstilling som er tydelig formulert og som skal svares på gjennom relevant forskning (Forsberg og Wengström 2008).

#### 3.1 Datainnsamling

I retningslinjene til Bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (2013) står det at metoden skal beskrives tydelig, slik at undersøkelsen kan gjentas av andre. Vi startet med å søke i databasene Ovid Medline, Ovid Nursing, OvidPsychInfo, Cinhal, SweMed, Science Direct og Proquest. De databasene vi fikk flest treff på var Ovid Nursing, Ovid Medline, Science Direct, Proquest og SweMed, så vi bestemte oss for kun å søke videre i disse databasene.

Vi bestemte oss også tidlig for at vi bare ville ha kvalitative artikler. Hensikten med å bruke kvalitative metoder er å finne en mening og en forståelse ved at en går i dybden og får frem det som er særegent (Dalland 2012). Vi benyttet et PICO-skjema for å systematisere søkene våre (vedlegg 1). Et PICO-skjema brukes i forbindelse med planlegging av systematiske litteratursøk og er et skjema som er i bruk internasjonalt (Bjørk og Solhaug 2008).

PICO refererer til følgende termer:

P: Population, patient, problem (= mennesker og/eller situasjoner).

I: Intervention (= intervensjoner eller tiltak).

C: Comparison (= kun aktuelt der en ønsker å måle forskjeller i resultater mellom ulike grupper).

O: Outcome (= resultater)

(Bjørk og Solhaug 2008).

PIO i PICO-skjemaet ble fylt ut (vedlegg 1). Vi valgte å ikke bruke «Comparison (C)» fordi vi ikke er ute etter å sammenligne intervensjon/ tiltak. Hovedsøkeordene våre var under hele prosessen var: hiv\*, nurs\*, hope, cope\*, experience\*

*Database: Ovid Medline og Ovid Nursing*

Vi søkte i Ovid Medline og Ovid Nursing. Vi brukte «advanced search» der vi systematisk fylte inn søkeordene våre fra PIO-skjemaet (vedlegg 1). Vi begynte med å søke på et ord av gangen og brukte trunkeringstegn der det var aktuelt å utvide søket vårt. Søket med trunkeringstegn inneholdt flere bøyinger av søkeordet, noe som ga et bredere treff. Vi brukte de logiske søkeoperatørene «AND» og «OR» når vi skulle kombinere søkeordene. «OR» bidrar til en bredde i søket, mens «AND» snevrer inn søket (Bjørk og Solhaug 2008). Vi la også inn grenser (limits) for å avgrense søket. Artiklene skulle ikke være eldre enn fem år og de skulle være kvalitative. Her fant vi tilslutt to inkluderte artikler i Ovid Nursing og to inkluderte artikler i Ovid Medline, fire artikler til sammen.

*Database: ProQuest*

I ProQuests database brukte vi de samme søkeordene våre fra PIO-skjema (vedlegg 1). Vi brukte den logiske søkeoperatøren «AND». Vi søkte i «Advanced search» og fylte inn grenser (limits). Artiklene skulle være publisert mellom 2008- present og vi krysset av for at vi kun ønsket «scholarly journals» Vi valgte å inkludere tre artikler vi mente var relevante for vår studie fra denne databasen.

*Database: SweMed*

Når vi søkte i databasen til SweMed, brukte vi de samme søkeordene fra PIO-skjema (vedlegg 1). Her fant vi en svensk artikkel fra 2001, som vi valgte å inkludere i litteraturstudiet.

*Database: Science Direct*

I databasen til Science Direkt søkte vi i advanced search og krysset av for at vi kun ønsket «journals». Vi ønsket også her artikler som var utgitt mellom 2008-2014. Her brukte vi søkeordene hiv, hope, cope\* og de logiske søkeoperatørene «AND» og «OR». Her fant vi tre artikler som vi har valgt å inkludere i litteraturstudiet.

### **3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

For å avgrense søket vårt har vi valgt å ha med noen inklusjons- og eksklusjons kriterier:

Inklusjonskriterier:

- Artiklene skal ha et pasientperspektiv, og være relevante for vår problemstilling.
- Artiklene skal omhandle pasienter som har fått en hivdiagnose.
- Årstallet artiklene skulle være publisert innenfor: 2007 -2014
- Språk: Norsk, engelsk, svensk eller dansk.
- Vi har valgt kun å søke etter kvalitative artikler.
- Alle de inkluderte artiklene måtte være etisk godkjent, fagfellevurdert og av god kvalitet.
- Artiklene vi valgte å inkludere skulle være fra Europa eller USA.
- Helsepersonell

Eksklusjonskriterier:

- Artikler som omhandlet pasienter med AIDS
- Artikler av dårlig kvalitet

### **3.3 Kvalitetsvurdering**

I arbeidet med å kvalitetsvurdere artiklene startet vi med å dele artiklene vi fant mellom oss. Deretter leste vi nøye gjennom resultatet, hensikten med studiet og metoden, for å godkjenne artiklene. Etterpå byttet vi artiklene for å hindre at eventuelle relevante funn ble oversett. Alle de resterende artiklene var etisk vurdert og godkjent av etisk komité.

Resultatene fra deltakerne i studien i de inkluderte artiklene var anonymisert. Alle artiklene ble plassert i en oversiktstabell, der informasjon om hver artikkel ble skrevet i tabellen (vedlegg 3).

Vi kvalitetsvurderte de 11 kvalitative artiklene ved å bruke Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sine sjekklister for kvalitetsvurdering (2006). Vi valgte anbefalingene til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006). Artiklene fikk poeng etter hvor mange kriterier i sjekklista de oppfylte, dette ble så delt på antall kriterier og vi fikk et prosenttall. Dette prosenttallet vurderte om artiklene våre var grad 1, 2 eller 3. Grad 1 (80-100 %) står for



høy kvalitet, grad 2 (70-79 %) er middels kvalitet og grad 3 (60-69 %) representerte lav kvalitet. Vi valgte å ekskludere artiklene som var i grad 3, da vi mente de ikke hadde god nok kvalitet, for vår litteraturstudie.

For å finne ut om artiklene vi hadde funnet var originalartikler og refereebedømt, søkte vi opp artiklene i database for statistikk om høgre utdanning (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2014). Vi skrev artikkelens tittel i søkefeltet og det kom opp om tidskriftet som artikkelen var publisert i var nivå 1 eller 2. Nivå 1 er publisert på ordinære vitenskapelige publiseringskanaler. Nivå 2 vil si kanaler med høy internasjonal prestisje (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2014).

Av artiklene vi valgte å inkludere i studien var sju fra USA, tre fra England og en fra Sverige. Ti av elleve artikler var under fem år gamle. En artikkel var fra 2001, men ble inkludert, fordi vi synes funnene var svært relevante for vår studie. Vi valgte å ekskludere artikler fra andre steder i verden enn Europa og USA, fordi vi mener levesettet er noe annerledes i de andre verdensdelene. Alle artiklene med unntak av en er skrevet på engelsk, den siste er svensk. Artiklene som ble med i vår studie er kvalitetsvurderte og ført inn i tabell over inkluderte artikler (Vedlegg 3).

### **3.4 Etisk hensyn**

Siden pasienter med en hivinfeksjon er en sårbar pasientgruppe er et viktig at det blir tatt etiske hensyn. Alle unntatt en av de inkluderte artiklene er etisk godkjent. I den ene artikkelen som ikke er etisk godkjent, har deltagerne fått informasjon og det er innhentet skriftlig samtykke, deltagerne er også anonymisert og alle er over 18 år. I de resterende artiklene har alle deltagerne fått informasjon om studien, og det ble innhentet skriftlig og /eller verbalt samtykke fra deltagerne. Alle resultatene vi inkluderte fra artiklene var anonymisert. I arbeidet med å finne artikler har vi også tatt etiske vurderinger angående oss selv. Vi har bevisst gått inn for å være redelige og vi har prøvd å møte de resultatene vi fant med åpenhet og ikke med vår egen forforståelse.

### 3.5 Analyse

For systematisk å analysere våre funn har vi tatt utgangspunkt i Evan`s (2002) fire steg, som går ut på:

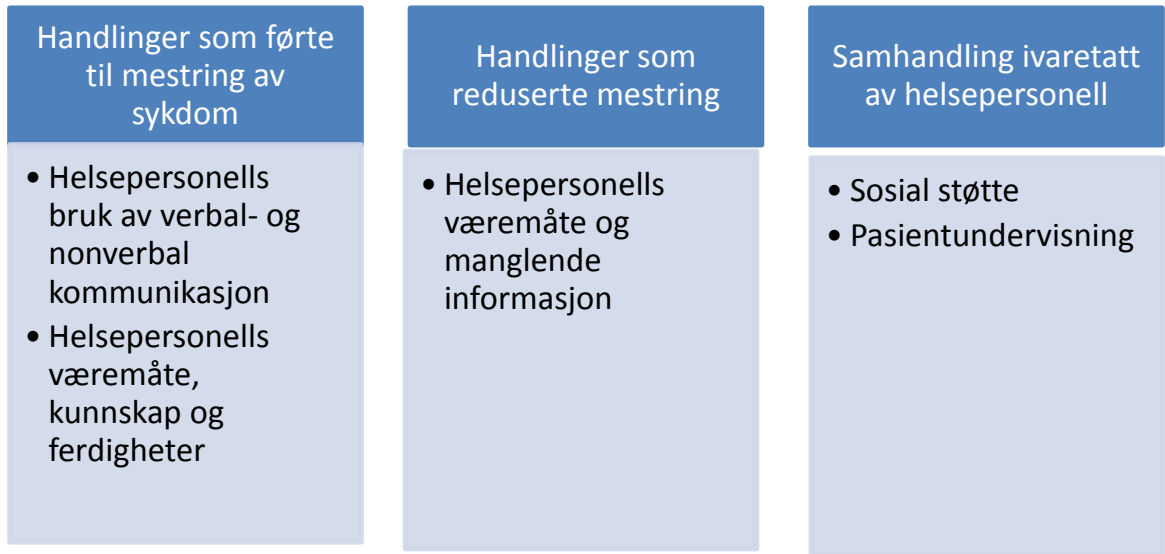
1. Samle utvalget i studien.
2. Identifisere hovedfunnene i hver artikkel.
3. Gjennomgående tema identifiseres.
4. Bringe funnene sammen for å formulere tema med referanse til datamaterialet (Evans 2002).

Den første fasen går ut på å samle utvalget i studien. Vi startet med å søke etter artikler, kvalitetsvurderte artiklene og bestemte hvilke artikler vi ville inkludere/ekskudere. Til sammen 11 artikler ble inkludert i vår studie og de ble merket med nummer 1-11. Videre i den andre fasen startet vi med å dele artiklene i to, for så å lese gjennom resultatdelen og markere funnene med farge hver for oss. Deretter byttet vi artiklene med hverandre og leste resultatdelen, for å sikre at ingen funn ble utelatt. Tilslutt gikk vi igjennom alle artiklene sammen, for å være sikre på at vi hadde en felles forståelse av artiklene. Vi markerte også andre sitater og andre funn vi mente var aktuelle for studien vår med farge, på den måten ble de lettere å finne senere.

I den tredje fasen skulle vi kategorisere de ulike temaene vi hadde kommet frem til og vurdere gyldigheten av de enkelte funnene. Vi gikk i fellesskap gjennom hver enkelt artikkel for å kvalitetssikre hverandres funn. Vi skrev opp hovedfunnene til alle artiklene på hvert sitt ark og merket de med artikkelnummer fra 1-11, på den måten kunne vi lett finne tilbake til de ulike funnene i artikkelen.

Til slutt, i den fjerde fasen der vi skulle samle funnene for å formulere tema, kom vi frem til hovedtemaene og undertemaene. Hovedtemaene viste til de funnene som var gjennomgående i alle artiklene. De tre hovedtemaene vi kom frem til var: handlinger som førte til mestring av sykdom, handlinger som reduserte mestring og samhandling ivaretatt av helsepersonell. Hovedtemaene ble også delt i undertema, disse er presentert i resultatdelen av studien vår.

## 4.0 Resultat



Figur 1: Oversikt over funnene i over- og undertemaer

### 4.1 Handlinger som førte til mestring av sykdom

#### 4.1.1 Helsepersonells bruk av verbal- og nonverbal kommunikasjon

Et hovedfunn fra studien vår beskrev hvordan deltagerne opplevde at helsepersonells verbale og nonverbale kommunikasjon medførte økt mestring av sykdom. Helsepersonell som lyttet og viste en responderende holdning, førte til økt mestringsfølelse hos deltagerne i studiene (Klotz 2010, Ndirangu og Evans 2008, Treisman, Jones og Shaw 2014). Et sitat som underbygger dette er fra Klotzs (2008) studie der en deltager snakket om hvordan helsepersonell som hadde en positiv holdning, og som viste ved hjelp av nonverbal kommunikasjon, at han hadde en fremtid:

Had a positive attitude, let me know by actions and attitudes that I had a future.  
Called me by name, looked me in the eye when they were speaking to me (Klotz 2010, 348).

I studien til Ndirangu og Evans (2008), fortalte en pasient om den fine velkomsten på sykehuset som førte til at hun kjente seg beroliget:

Every time I go to the hospital when I go to the receptionist to see my doctor, she quickly gets my card, comforts me, tells me to go and sit there, greets me and says hallo. Then with time the doctor calls me, then I go see my doctor and my doctor comforts me smiling at me. Everything is good (Ndirangu og Evans 2008, 112).

Verbal kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er en viktig del når det handler om å klare å mestre sykdommen. Sikkerheten og tryggheten som pasienten følte økte når helsepersonell brukte tid på å forklare hva som skulle skje og hvorfor (Christopoulos et al. 2013, Slomka et al. 2013, Klotz 2010, Cutcliffe og Zinck 2011).

#### ***4.1.2 Helsepersonells væremåte, kunnskap og ferdigheter***

To artikler viser til at helsepersonell som hadde kunnskap og gode tekniske ferdigheter bidro til en holdning som fikk pasientene til å føle seg komfortable og trygge (Klotz 2010, Cutcliffe og Zinck 2011, Brien et al. 2009). I Klotzs (2010) studie, snakket en deltaker om helsepersonell han mente oppførte seg profesjonelt, ved at hun blant annet hentet andre til å hjelpe seg når det var noe hun ikke fikk til:

Skilled and professional. If I could not get my IV on the first stick found someone who could, knew about the disease and could answer my question. Explained and taught me (Klotz 2010, 348).

I flere av artiklene kom det frem at helsepersonell som hadde en væremåte som viste empati bidro til at pasientene opplevde mestring (Klotz 2010, Cutcliffe og Zinck 2011, Slomka et al. 2013, Brien et al. 2009, Christopoulos et al. 2013, Treisman, Jones og Shaw 2014). I Slomka et al. (2013) sin studie viser at noen deltagere opplevde medfølelsen helsepersonell viste til de som pasienter, var det som utgjorde forskjellen når det gjaldt å komme seg videre, forbi sinnet de følte og hevntanker som de hadde. Studien til Klotz (2010) viser også at pasientene sier de ble mer sensitive til andre menneskers behov, når de hadde opplevd helsepersonell som hadde en væremåte som økte håp. En deltaker i Christopolous et al. (2013) sin studie fortalte at han hadde en empatisk sykepleier på akuttmottaket når han var nydiagnostisert med hiv, han uttalte:

I was by myself in the emergency room so I just felt horrible and there was nobody there and you know it was really bad. You know, the nurse she was really nice and she showed a lot of empathy for me. She told me, it's going to be ok (Christopoulos et al. 2010, 3).

Et hovedfunn som flere artikler har beskrevet, er helsepersonell som var optimistiske på pasientens vegne, gjorde at pasienten lettere klarte å mestre sykdommen (Klotz 2010, Brien et al. 2009, Cutcliffe og Zinck 2011, Christopoulos et al. 2013, Treisman, Jones og Shaw 2014). Noen deltagere i artikkelen til Brien et al. (2009) beskrev at det var støtten de fikk fra helsepersonell som gjorde at de så lys i enden av tunnelen. I studien til Klotz (2010) kom det frem at helsepersonell som hadde en positiv holdning fremmet håp hos deltagerne. En deltaker i studien uttalte dette om helsepersonellet: "Had a positive attitude, let me know by actions and attitudes that I had a future" (Klotz 2010, 348).

Pasienter hadde stort utbytte av helsepersonell som de kunne stole på, det ga dem trygghet (Brien et al. 2009, Klotz 2010). En deltaker i Klotzs (2010) beskrev hvordan han stolte på at helsepersonell holdt legen informert om tilstanden hans: "Was an advocate. I knew I could depend on my nurse to keep the doctor informed about how I was doing and what I needed" (Klotz 2010, 349).

## **4.2 Handlinger som reduserte mestring**

### ***4.2.1 Helsepersonells væremåte og deres manglende informasjon***

I flere av artiklene kom det fram at helsepersonells væremåte hadde stor betydning for pasienten. Pasienter som opplevde at de ikke ble akseptert av helsepersonell, følte det var vanskelig å mestre hverdagen (Klotz 2010, Ndirangu og Evans 2008, Cutcliffe og Zinck 2011). I Cutcliffe og Zincks (2011) studie fortalte en deltaker at hvis han ikke hadde følt seg akseptert fra helsepersonell så hadde det vært vanskelig å takle hverdagen:

If I experienced prejudice and non-acceptance from the health care staff, that would keep me in the victim role. I don't think I could cope if I was being treated as a second-class citizen (Cutcliffe og Zinck 2011, 37).

Deltakerne opplevde væremåten til enkelte helsepersonell som stigmatiserende på grunn av sykdommen pasienten hadde, og det ble en barriere som hindret deltakerne i å be om støtte for å klare å mestre hivsykdommen (Treisman, Jones og Shaw 2014, Ndirangu og Evans 2008, Klotz 2010). I Treisman, Jones og Shaws (2014) studie, fortalte en av deltagerne om et vanskelig møte med helsepersonell:

...the GP looked at my book and said, 'What's this?' I said, I'm HIV-positive,' and she shouted, 'Don't come back here again!' That was the worst ever experience! I've never been back to any GP! (Treisman, Jones og Shaw 2014,149).

I Klotz (2010) sin studie, beskrev en deltager hvordan han opplevde helsepersonells nonverbale kommunikasjon på en negativ måte, han uttalte:

Acted afraid –wouldn't come into the room, touch us, or even bring in the food tray. They looked at us like we were dirt. Inferred not only are you going to die, you're going to hell – you deserve whatever pain you have (Klotz 2010, 349).

I Treisman, Jones og Shaw (2014) snakket en deltager om hvordan hun opplevde å bli behandlet på en fordømmende måte av jordmødrene på grunn av sin hiv diagnose:

The midwives treated me differently; they threw my sheets away, put masks on, and only let me use certain showers. They didn't play with my baby like the others! (Treisman, Jones og Shaw 2014, 149).

## **4.3 Samhandling igangsatt av helsepersonell**

### **4.3.1 Sosial støtte**

Fire av artiklene viser at sosial støtte ved å treffe andre pasienter i støttegrupper for hiv-smittede organisert helsepersonell var viktig. Deltakerne fikk støtte av andre i samme situasjon. Dette opplevde deltagerne som positivt (Campbell et al. 2010, Karlsson og Klang 2001, Slomka et al. 2013, Enriques, Lackey og Witt 2008). En deltager i studien til Enriques, Lackey og Witt (2008) hadde gjennom deltagelse i støttegrupper, uttalt at han

var takknemlig for at han ikke var alene: "... Im just grateful that I am not alone in this" (Enriques, Lackey og Witt 2008, 42).

I studien til Campbell et al. (2010) erfarte en deltager at han ble gladere, mindre bekymret for fremtiden og han hadde noen å snakke med ved å delta i en gruppe, det gjorde at han ikke følte seg så alene:

I feel happier and know that I am not alone and I am not afraid anymore. I feel less scared now. I feel less worried about the future as I did before. I know that I am not the only one with it and I can do most things that other people can do but just need to be careful. I know that I have someone to talk about things (Campbell et al. 2010, 266).

Et funn fra studien til Campbell et al. (2010) nevnte at det var til god hjelp å være en del av en gruppe der de ikke trengte å komme med forklaringene angående sykdommen og de trengte ikke å holde sykdommen hemmelig for de andre som deltok i disse gruppene. Et annet av funn fra en artikkel viser at noen av deltagerne satt pris på å få utdelt en støttekontakt som også hadde hiv, men som hadde erfaring i det å leve som hiv positiv. En deltaker fortalte at å ha en støttekontakt gjorde at han opplevde å bli akseptert, sørget for personlig utvikling og empowerment (Peterson et al. 2012).

#### ***4.3.2 Pasientundervisning ivaretatt av helsepersonell***

I et hovedfunn fra tre artikler, kom det frem at gjennom pasientundervisning ivaretatt av helsepersonell klarte deltakerne lettere å håndtere sykdommen og de opplevde dermed økt kontroll og trygghet over sin situasjon (Karlsson og Klang 2001, Campbell et al. 2010, Christopoulos et al. 2013). En deltaker beskriver at han kjente seg tryggere og mindre redd ved å få informasjon. Det førte til en følelse av kontroll over situasjonen:

Jag kanner mig lite tryggare, jag kanner mig inte så kanske undrande och lite halvrad som jag var forut. Att få informationen uppdaterad det har betytt at jag har kunnat ha lite kontroll på nåt satt över tillvaron (Karlsson og Klang 2001, 44).

To av studiene beskriver at undervisning og informasjon om medisinbruk førte til at deltakerne aksepterte at medisin fra nå av, var en del av hverdagen og de lærte seg å forstå helsegevinsten ved å bruke medisiner (Karlsson og Klang 2001, Campbell et al. 2010).

I Karlsson og Klang (2001) mente samtlige av deltakerne som deltok i pasientundervisningen at det var bra å få mer kunnskap om bivirkninger og også kunnskap om bivirkninger som de ikke visste fantes. En deltager i studien nevnte: “bra att alla biverkningar kommer fram så man inte får en overraskelse på posten” (Karlsson og Klang 2001, 44).

En deltager beskrev hvor viktig undervisningen og informasjonen han fikk av helsepersonell på sykehuset var når han var nydiagnostisert med hiv og trodde han fikk dødsdommen:

The doctor, they told me, 'You can have 20-30 years. It's like diabetes. I go, 'What?' I thought it was a death sentence. I didn't know. That's my ignorance. And then when it was explained to me I go, 'What? I'm 50 years old. 80? You're not gonna keep me alive that long, are ya? But you can if you want? (Christopoulos et al. 2013, 4).



## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

I dette kapitlet tar vi for oss styrker og svakheter ved datainnsamling/litteratursøk, analysearbeidet, kvalitetssikring av artiklene og etiske overveielser vi har gjort. Vi har hatt et godt samarbeid, fordelt oppgaven godt mellom oss og diskutert det vi har kommet frem til.

#### 5.1.1 *Datainnsamling/litteratursøk*

Vi var tidlig ute med å bestille time hos bibliotekar og i forkant av timen prøvde vi å utforme et PIO-skjema. Dette skjemaet ble korrigert, siden vi hadde vært usikre på hvor og hvordan søkeordene skulle plasseres, for å få størst mulig utbytte av PIO- skjemaet.

Vi utførte prøvesøk i de ulike databasene for å finne ut om det fantes relevant litteratur som passet til vår problemstilling. Vi brukte likevel lang tid på å finne artikler vi mente var gode nok for studien vår, og dette kan være en svakhet ved vår studie, da vi brukte lengre tid på å finne artikler enn på å skrive selve oppgaven. Dermed kom vi senere i gang med skrivingen enn det som var planlagt. Det at vi brukte lang tid på å finne artikler og kvalitetsikringsarbeidet som fulgte dem, kan også sees på som en styrke da artiklene er en vesentlig del av oppgaven. Vi bestilte en ny time til hos bibliotekar, for å se om vi kunne finne flere relevante artikler og kanskje få noen søketips. Dette mener vi er en styrke ved studien vår, da vi har forsikret oss om at vi har søkt på rett måte. I de ulike databasene brukte vi forskjellige søkeord. Dette kan være en svakhet ved studiet og vi kan ha gått glipp av viktige funn ved å ikke jobbe systematisk. I ettertid ser vi også at vi kunne brukt søkeordet pasient i PIO-skjemaet, siden vi var ute etter pasientperspektivet. Vi mener likevel at alle artiklene vi har funnet er relevante for litteraturstudiet og av god kvalitet. Vi måtte endre problemstillingen noen ganger underveis i prosessen. Den opprinnelige problemstillingen viste til både håp og mestring. Det ble for få artikler som omhandlet både håp og mestring, derfor valgte vi å ta bort håp fra problemstillingen. Dette kan være en svakhet, da vi under hele søkeprosessen har hatt håp som et av hovedsøkeordene.

I inklusjonskriteriene bestemte vi oss tidlig for at vi ikke ønsket aldersbegrensning i artiklene fordi i mange av artiklene vi fant så var det stor spennvidde mellom alderen til

deltagerne som deltok. Dette kan kanskje være en svakhet i studien, fordi det kan være forskjeller i hvordan mennesker tenårene og mennesker i 60 årene mestrer sykdommen og hvordan de erfarer eventuell støtte fra helsepersonell. Likevel vet vi at mennesker er veldig forskjellige, så hvordan de takler vanskelige situasjoner kan ha like mye med erfaringer de har som med alder å gjøre. Vi valgte også å ekskludere artikler som omhandlet pasienter med aids, da vi mener det er stor forskjell i forhold til mestring, når det kommer til å ha en hivinfeksjon og det å være aidssyk.

Det å bruke ny og oppdatert forskning tror vi er en styrke i vår studie. Av alle inkluderte artikler var det kun en som var eldre enn fem år. Vi valgte å ta med en svensk artikkel fra 2001, som vi likevel mener er veldig relevant for studien, selv om den etter våre inklusjonskriterier var for gammel. Den hadde noen funn vi synes var interessante, derfor tok vi den med. Vi fant lite nordisk forskning innenfor temaet hiv, men veldig mange artikler fra USA. Helsesystemet i USA og Norge er ulikt. Vi mener likevel at det ikke er forskjeller når det kommer til det mellommenneskelige aspektet, det er det samme uansett hvor i verden man er.

I enkelte av artiklene våre inngår det både et pasient- og pårørendeperspektiv. Resultatene vi har med i studien er kun rettet mot pasienters erfaringer. Det kan likevel være en svakhet i studien vår at vi har valgt å ta med artikler som også har et pårørendeperspektiv, da det kunne gjøre det vanskelig for oss å skille mellom de ulike perspektivene, som igjen kan føre til feil i funnene.

### **5.1.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Vi har brukt Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sine skjemaer for å kvalitetsvurdere artiklene vi har inkludert i studien. Å bruke disse skjemaene er med på å styrke troverdigheten av kvalitetsvurderingen vi gjorde av artiklene. I enkelte av artiklene var det likevel vanskelig å komme frem til et svar på noen av spørsmålene i sjekkheftet. Siden vi ikke har særlig erfaring fra før i å kvalitetsvurdere artikler, mener vi det kanskje kan være en svakhet i studien vår, da det kan ha gitt oss feil svar og påvirket kvalitetsvurderingen på en negativ måte. Nesten alle de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk og i arbeidet med disse kan det ha vært enkelte feiltolkninger fra vår side. Engelske ord kan på norsk ha flere

ulike betydninger. Dette kan være en svakhet i vår studie, da noen av funnene kan være tatt ut av sin sammenheng eller mistolket av oss.

Vi har kun valgt å ta med kvalitative artikler i studien, dette kan også sees på som en svakhet da vi ikke har noen tall å underbygge de kvalitative dataene med. Alle artiklene vi har tatt med i studien vår er utgitt i tidsskrifter som er fagfelleurdert og på nivå 1 eller 2. Det er en styrke for studien vår.

Mennesker med hiv er en sårbar gruppe, derfor var det viktig at etiske hensyn var tatt. Nesten alle artiklene var etisk vurdert av en etisk komité. En av artiklene var ikke etisk vurdert, men den er fagfelleurdert og utgitt i et stort tidsskrift som heter AIDS Care. Derfor valgte vi å ta den med likevel. I artiklene vi valgte å bruke i litteraturstudiet var det viktig at alle deltagerne var anonymiserte og at de hadde fått informasjon om studien og godkjent deltakelsen i de ulike studiene. Fordi vi berørte en sårbar gruppe tok vi hele veien egne etiske vurderinger i arbeidet med funnene.

### ***5.1.3 Analyse og resultat***

Arbeidet med å analysere alle artiklene brukte vi mye tid på. Vi analyserte systematisk alle funnene etter Evans (2002) sine anbefalinger, noe som gjorde det lettere for oss å identifisere alle funnene. Det at vi gjorde analysen hver for oss, før vi gikk gjennom alle funnene sammen kan være en styrke for vår studie. På denne måten mener vi at vi har fått med oss flest mulig av de viktige funnene i artiklene. Vi har også kvalitetssikret funnene til hverandre og dermed passet på at ingen viktige funn ble utelatt fra studien. Det var også viktig å gå gjennom alle artiklene samlet for å sikre at begge hadde samme oppfatning og forståelse av resultatet. Der vi hadde ulik oppfatning om funn, gikk vi tilbake i artikkelen for sammen vurdere funnene. Det mener vi er en styrke for vår studie.

I analysen ble artiklene merket med nummer fra 1-11, så skrev vi opp alle funnene til hver enkelt artikkel på et ark så vi fikk en oversikt. Deretter startet vi arbeidet med å samle alle funnene fra alle artiklene under ulike hovedtema og undertema. For å gjøre arbeidet med denne analysen lettere hadde vi kunnet gi hvert enkelt tema en farge, sånn at det ble lettere å se om noen funn ble utelatt og det ville kanskje blitt litt mindre arbeid for oss. Vi mener

likevel vi har gjort en grundig jobb, når det kommer til å analysere resultatdelen til artiklene og det ser vi på som en styrke ved vår studie.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

De ulike hovedtemaene vi kom frem til i funndelen, må sees i samspill med hverandre. Dette er utgangspunktet for resultatdiskusjonen.

### **5.2.1 Å lære å leve med hiv**

Helsepersonell som var optimistiske på pasientens vegne, gjorde at pasienten lettere klarte å mestre sykdommen (Klotz 2010, Brien et al. 2009, Cutcliffe og Zinck 2011, Christopoulos et al. 2013, Treisman, Jones og Shaw 2014). Helsepersonell har all grunn til å være optimistiske. Leveutsiktene er i dag gode for de pasientene som starter med antiretroviral terapi (ART) i tide og følger opp behandlingen. Hivpositive har i Norge omtrent samme forventet levealder som pasienter med andre kroniske sykdommer, som for eksempel diabetes (Haugstvedt 2012). Helsepersonell må likevel oppfordre pasienter til å teste seg, da det fra smittetidspunkt til de første symptomene viser seg, kan det gå flere år (Jacobsen et al. 2009). Det å få vite at en er smittet med hiv, kan oppleves som vanskelig. Alle mennesker er imidlertid ulike og reagerer på hendelser og utfordringer veldig individuelt. Alvorlige eller vanskelige livshendelser kalles ofte for kriser (Eide og Eide 2007). Ordet krise betyr dramatisk høydepunkt eller vendepunkt (Reitan 2010). Det er viktig at helsepersonell fortsetter å være optimistiske på pasientenes vegne da en krise i følge Reitan (2010) kan føre til vekst og mestring. Måten hver enkelt pasient kan reagere på er avhengig av deres psykiske helse og evne til å takle påkjenninger. Støtten de opplever fra helsepersonell har også mye å si for hvordan pasientene mestrer sykdommen sin (Haugstvedt 2012). Mestring handler i følge Reitan (2010) om hvordan personer møter livshendelser som er belastende i hverdagen.

Det å bli smittet med hiv har nesten blitt fremstilt som det å få aids. “Aids brukes ved langkommet hivinfeksjon med komplikasjoner”(Helsenorge 2012). Derfor er det viktig for helsepersonell å kartlegge hvilke kunnskaper pasienten har om hiv. Tror pasienten kanskje han skal dø i løpet av få år? (Haugstvedt 2012). Eide og Eide (2007) skriver at det er nær sammenheng mellom følelser og mestring og nær sammenheng mellom vurderingen av

den situasjonen en er oppe i og de følelsesmessige reaksjonene (Eide og Eide 2007). Det vil si at en mann som oppdager at han er hivpositiv, vil mestre sykdommen etter hvordan han vurderer situasjonen. Om han har god kunnskap om sykdommen og vet han har gode sjanser for å leve et godt liv med hiv, vil han mestre sykdommen helt annerledes enn om han tror han for eksempel skal dø. Dette kan vi i følge Reitan (2010) kalle de indre ressurser. Det vil si menneskers evne, selvstendighet, myndighet, kognitive ferdigheter, kunnskaper, livserfaringer, motivasjon og å ha tro på egne krefter. Håp kan også betraktes som en indre ressurs, som mobiliseres ved kriser og alvorlig sykdom (Reitan 2010, 84).

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee beskriver sykepleierens funksjon som å hjelpe den enkelte til å mestre sin sykdom og lidelse når disse melder seg i livet (Travelbee 1999). Kronisk sykdom kan føre til at pasienten opplever stress, men også mestring. Den syke må lære seg å leve med og mestre en ny situasjon (Reitan 2010). Travelbee beskriver at sykepleierens mål og hensikt er å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne en mening ved sykdommen (Kristoffersen 2005). En må hjelpe mennesker i krise til å redusere stress, angst og styrke deres evne til mestring av gjenoppbyggingen av livet (Reitan 2010). Stressreaksjoner utløses når en person opplever en situasjon som belastende eller farlig (Kristoffersen 2011). For å kunne tilby god pleie og omsorg til pasienter med hiv, er det veldig viktig for helsepersonell å kartlegge hva den enkelte pasient trenger. Siden det er så forskjellig fra person til person hvordan de klarer å takle det å få en kronisk sykdom, er det viktig for sykepleiere å få vite hva pasientene selv mener helsepersonell kan gjøre for å bidra til mestring. På denne måten kan sykepleiere og helsepersonell hjelpe og støtte pasienten til å lære å mestre livet som hivpositiv.

### **5.2.2 Å være tilstede i samtalen**

Litteraturstudiet identifiserte både verbal og nonverbal kommunikasjon som et viktig element for at pasientene skulle oppleve mestring. Helsepersonell som viste at de så og forstod pasientene, ga deltagerne i studiene en mestringsfølelse (Klotz 2010, Ndirangu og Evans 2008, Treisman, Jones og Shaw 2014). Det første møtet mellom pasient og sykepleier er viktig. Travelbee sier at det innledende møtet er preget av at sykepleier og pasient ikke kjenner hverandre, og bygger på generaliserte oppfatninger av hverandre. Dette er den første fasen i etableringen av Travelbees menneske til menneske forhold (Kristoffersen 2005). Helsepersonell kan si mye gjennom kroppsspråket, og for pasienten

kan kroppsspråk ha mye å si for hvordan han eller hun oppfatter situasjonen. Dette bygger studien til Ndirangu og Evans (2008) opp om, der uttalte en deltager at når hun ble møtt med smil og trøst så var alt ok. Holm (1987) skriver at både den hjelpende og den hjelpesøkende var mest tilfredse med besøk der hjelperen viste høy grad av oppmuntring gjennom kroppsspråket. Joyce Travelbee bygger også opp om dette, med sin sykepleierteori beskriver hun kommunikasjon som en kontinuerlig prosess der meninger og budskap mellom individer blir overført. Disse meningene overføres gjennom nonverbale og verbale uttrykksmidler (Travelbee 1999).

Nonverbal kommunikasjon er en profesjonell ferdighet som hjelperen anvender under hele hjelpeprosessen (Eide og Eide 2007). I litteraturstudien kom det frem at helsepersonell som viste en fin væremåte der hun brukte pasientens navn og så pasienten inn i øynene når de hadde en samtale, fikk pasienten til å tro på at han eller hun hadde en fremtid (Klotz 2010). Til og med den minste gest som et smil hadde innvirkning på pasienten, det virket beroligende på pasienten (Ndirangu og Evans 2008). Det å kommunisere nonverbalt bekreftende betyr å møte den andre på en bekreftende, styrkende og oppmuntrende måte. Gjennom det skapes trygghet, tillitt og motivasjon (Eide og Eide 2007). For at pasienten skal tro på det sykepleieren sier uten ord er det viktig at det er en overensstemmelse mellom det verbale og det nonverbale. Det kalles å kommunisere kongruent, og med det menes det at det er sammenheng mellom det man sier med ord og det man uttrykker uten ord (Eide og Eide 2007). I Travelbees (1999) fem faser, går den andre fasen ut på evnen til å verdsette pasienten som et unikt individ og klare å etablere tilknytning til den andre. Dette krever at pleieren bruker seg selv som instrument for å få det til og i tillegg har gode kommunikative ferdigheter.

Den verbale kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell ble også sett på som viktig når det gjaldt sykdomsmestring. Pasientene opplevde å bli å føle trygghet når helsepersonell brukte tid på å forklare hva som skulle skje og hvorfor (Christopoulos et al. 2013, Slomka et al. 2013, Klotz 2010, Cutcliffe og Zinck 2011). I følge Travelbee (1999) er verbal kommunikasjon, kommunikasjon ved hjelp av ord – skriftlig eller muntlig. Eide og Eide (2007) skriver i boka kommunikasjon i relasjoner, at det å bruke verbalt bekreftende ferdigheter kan fortelle at man ser, hører og forstår. Bruk av bekreftende ferdigheter forutsetter og uttrykker respekt og interesse i den andre, og formidler bekreftende og anerkjennende svar på det den andre sier (Eide og Eide 2007). Disse

ferdighetene er med på å trygge pasienten. Nonverbal og verbal kommunikasjon er det kommunikative grunnlaget for empowerment (Eide og Eide 2007). God kommunikasjon kan hjelpe pasienten å bearbeide reaksjonene han/hun får og til å mestre sykdom og krise bedre (Eide og Eide 2007).

Gjennom litteraturstudiet har vi sett, at pasientene mener det er viktig med helsepersonell som klarer å kommunisere godt. Det henger tett sammen med det å klare å mestre det nye livet med en sykdom. Derfor mener vi det er viktig for helsepersonell å kunne en del om verbal og nonverbal kommunikasjon. Mener vi virkelig det vi spør om? Viser vi til pasienten gjennom kroppsspråket at vi kan klare å ta i mot et ærlig svar? Dette er det viktig for oss å tenke på under samtaler med pasientene, vi må klare å være *tilstede* i samtalen. Det må være en sammenheng mellom det verbale og det nonverbale for at det vi sier skal virke oppriktig. Det er også viktig for helsepersonell å klare å tolke pasientenes kroppsspråk, da det kan gi andre signaler enn det som pasienten uttrykker verbalt.

### **5.2.3 *En kald hjerne og et varmt hjerte***

Litteraturstudien viser at helsepersonell som hadde ny og oppdatert kunnskap, gode tekniske ferdigheter og en fin væremåte fikk pasientene til å føle seg komfortable og trygge (Klotz 2010, Cutcliffe og Zinck 2011, Brien et al. 2009). Dette er i følge Håkonsen (2003) det en holdning består av. Holdninger inneholder tre ulike komponenter, en kognitiv, en følelsesmessig og en adferdsmessig komponent. Dette vil si hva vi mener og tenker om noe, positive eller negative følelser vi har og oppførselen vår (Håkonsen 2003). Det viser at sykepleiere som har en god holdning er viktig for at pasientene skal føle seg trygge og komfortable under omsorg av helsepersonell. I Håkonsen (1999) står det at det å være profesjonell hjelper forlanger både kunnskaper, ansvarlighet, evnen til å kunne gjøre vurderinger og medmenneskelighet. Videre skrives det at om en skal tegne det ideelle bildet av en hjelper, er det en som viser respekt for andre mennesker, som handler respektfullt gjennom å bruke sine ferdigheter og sin kunnskap på en måte som er til det beste for pasienten. Travelbee (1999) skriver at om sykepleieren mangler viktig og vesentlig kunnskap, kan hun ikke avdekke og enda mindre ivareta pasienters behov på en konsistent måte. Å ha gode hensikter og å være vennlig kan ikke erstatte innsikt og ferdigheter i sykepleieprosessen.

Helsepersonell som viste empati bidro til at pasientene opplevde mestring (Klotz 2010, Cutcliffe og Zinch 2011, Slomka et al. 2013, Brien et al. 2009, Christopoulos et al. 2013, Treisman, Jones og Shaw 2014). En allmenn betydning av ordet empati i psykologisk litteratur er å oppleve eller følelsesmessig vite hva et annet menneske kjenner i et gitt øyeblikk i deres livsverden (Holm 1987). Emosjonelle reaksjoner kan være både glede og tilfredsstillelse når andre har det bra, men empati kan også være preget av medfølelse, sympati, sorg og tristhet (Håkonsen 2003). Empati er den tredje fase i Travelbees (1999) oppbygging av forholdet mellom sykepleier og pasient. I etableringen av et menneske til menneske forhold er empati erfaringen som finner sted mellom to individer (Travelbee 1999). En hjelper som er empatisk kan oppfatte hva som ligger bak den hjelpesøkendes utspill, provokasjoner og holdning, og har større mulighet til å klare å ta hånd om disse reaksjonene på en måte som er avpasset etter den andres behov og som ikke er styrt av egne følelser (Holm 1987). På denne måten kan sykepleiere hjelpe pasientene til mestring. Vårt grunnlag for empati vil imidlertid være magert dersom vi ikke kjenner oss selv. Ved å forstå våre egne reaksjoner vil vi ha et grunnlag for å forstå andre. Vi kan bare skape en relasjon til andre som er preget av nærhet til deres smerte og problemer, dersom vi klarer å ha en nærhet til det som er smertefullt og svakt i vårt eget liv (Skau 2008).

Når helsepersonell viste empati og medfølelse ble pasientene mer sensitive for andres behov (Slomka et.al. 2013, Klotz 2010). Er det likevel slik at vi må ha opplevd og erfart det samme for å kunne klare å forstå hvordan andre har det? Heggen og Mjell (1997) skriver at livserfaring gir en tilleggsdimensjon, en innsikt og kunnskap som gjør at vi lettere kan forstå pasientens situasjon (Heggen og Mjell 1997). Dette kan forklare hvorfor pasientene ble mer sensitive for andres behov, når de hadde opplevd det samme selv. Heggen og Mjell (1997) påpeker også noe annet viktig. De skriver at mennesker som opplever krise, sykdom eller andre hendelser kan sitte igjen med erfaringer som kan brukes positivt overfor andre som havner i tilsvarende situasjon. Men det kan også tenkes at de ikke har fått bearbeid krisen godt nok, og misbruker pasienten som hjelp til sin egen bearbeidelse. Ved å fortelle om egne erfaringer kan presset om å gjøre det vi sier bli forsterket, i stedet for at pasienten gjennom informasjon får mulighet til å velge selv.

Pasientene hadde stort utbytte av helsepersonell de kunne stole på det ga dem trygghet (Klotz 2010, Brien et al. 2009). Pasienter skal kunne stole på helsepersonell, for å kunne stole på andre er tillit et viktig begrep. Helsepersonell har taushetsplikt og skal i følge



helsepersonell-loven § 21: «Hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (Molven 2012, 197). Relasjonsbygging forutsetter tillit, tilliten som skapes og vedlikeholdes gjennom samhandling, er frivillig og obligatorisk. Tilliten kan bryte (Heggen og Mjell 1997). Helsepersonell må derfor jobbe for å opprettholde et godt tillitsforhold med pasientene for å kunne gi trygghet. Vatne (2007) skriver at tillit er en grunnverdi i hjelperelasjonen som må skapes og gjenskapes kontinuerlig. Travelbees (1999) siste fase i den mellommenneskelige prosessen, har som mål å hjelpe pasienten til å mestre sykdommen basert på gjensidig tillitt og som oppleves som meningsfull og viktig for begge parter.

Det kom frem i litteraturstudiet at pasientene satte pris på at sykepleier holdt legene informert om pasientenes helsetilstand og fungerte som pasientens advokat (Klotz 2010, Brien et al. 2009). Hjelperen er derfor med sin fagkunnskap, forståelse av det medisinske perspektivet, ulike behandlingsprosedyrer og et nært forhold til pasienten, i en unik posisjon til å være pasientens advokat (Vatne 2007, 20). Helsepersonell har på grunn av sin forståelse innenfor helsetjenesten bedre utgangspunkt til å fungere som pasientens advokat enn for eksempel familie og venner av pasienten. Likevel stilles det spørsmål om det er mulig å være systemets og pasientens talsmann på samme tid (Vatne 2007). Vi kan med dette se for oss forskjellige konflikter og dilemmaer som kan bli vanskelige om sykepleier skal ha en rolle som både pasientens talsmann og systemets talsmann.

#### **5.2.4 I de beste hender?**

Helsepersonells væremåte er til stor betydning for pasienten. De pasientene som ikke føler de blir akseptert hadde vanskeligere for å mestre hverdagen (Klotz 2010, Ndirangu og Evans 2008, Cutcliffe og Zinck 2011). Det å akseptere og det å være tolerant innebærer at en ikke dømmer og bedømmer den andres opplevelse. En hjelper må akseptere den andres rett til opplevelsen og tåle den. Først når følelsene blir akseptert og tolerert kan pasienten se seg selv med andre øyne og oppnå en endret selvoppfatning (Vatne 2009). Om pasientene ikke opplever at de blir akseptert, blir det vanskelig å mestre. Reitan (2010) skriver at alt som har betydning for pasienten er mestringens viktigste ressurser.

Det kom frem i litteraturstudien at enkelte kunne oppleve væremåten til helsepersonell som dømmende, noe som gjorde at de ofte ikke oppsøkte hjelp (Treisman Jones og Shaw

2014, Ndirangu og Evans 2008, Klotz 2010). Selv om det har skjedd store fremskritt når det gjelder kunnskap hos helsepersonell, så er det fortsatt mange som har lite kunnskap om hiv. I Haugstvedt (2012) står det at det er en selvfølge at pasienter med hiv skal behandles på samme måte som andre pasienter. Dessverre vet vi at det ikke alltid er slik i praksis.

Helsepersonell som forhåndsdomte og ikke aksepterte pasientene med hiv, kunne bidra til at den hivpositive ikke mestret sykdommen like godt (Cutcliffe og Zinck 2011). Å forhåndsdomme og ikke akseptere pasienten kan kalles stigma. Stigma innebærer at pasienten stemples og får tildelt en sosial status som mindreverdige i møtet med andre. (Norvoll 2006). Fra vår praksis har vi erfart at pasienter med andre kroniske sykdommer som også smitter via blod, kan bli stigmatisert av helsepersonell. Vi har blant annet opplevd at pasienter som er innlagt på sykehus og som har en annen type blodsmittesykdom, har fått smittetrekant på døren til pasientrommet. Det kan for pasienten oppleves som stigmatiserende. Stigmatiseringen kan også påvirke pasientens måte å se på seg selv, der det skjer en selvstempling. Pasienten kan få en opplevelse av å være annerledes og mindreverdige, som igjen kan føre til et dårlig selvbilde og isolasjon (Norvoll 2006). Dette kan skape fysiologiske reaksjoner hos pasienten. Ved fysiologiske reaksjoner kan personen oppleve at blodtrykket stiger, få hjertebank, hyperventilere og få søvnproblemer. Ved emosjonell respons kan man oppleve frykt, angst og sinne (Reitan 2010). Stigmatiseringen og de påfølgende fysiologiske reaksjonene kan bidra til at pasienten ikke opplever mestring.

Det kom også frem at de pasientene som hadde en dårlig opplevelse med helsepersonell, ikke dro tilbake for å motta behandling (Treisman, Jones og Shaw 2014). Å la være å få behandling for hiv, kan få en dødelig konsekvens for pasienten. Pasienter må kunne ha tillit til helsepersonell, og føle at de er i de beste hender. I Lian (2007) står det at tillit er viktig for å gjennomføre, velge og se resultat av medisinsk behandling. Uten tillit vil pasienten la være å gi fra seg informasjon, ikke følge råd som blir gitt eller ikke ta kontakt med helsevesen i det hele tatt. Tillit spiller en så avgjørende rolle at den er et grunnleggende vilkår for helsepersonells virke (Lian 2007). Studien viser dermed at helsepersonell må være åpne og vise omsorg for pasientene, for å legge til rette for at pasientene skal oppleve mestring. Travelbees fjerde fase går ut på sympati. Sympati formidles gjennom holdningen og væremåten til sykepleieren. Det at sykepleieren viser sympati kan gjøre at pasienten opplever at noen bryr seg. Dette påvirker pasienten både

fysisk og psykisk (Kristoffersen 2005). Pasienter med hiv bør få et best mulig møte med helsepersonell og helsevesenet. Helsepersonell bør derfor vite hva som bidrar til at pasienter ikke opplever mestringsproblemer, for å kunne hjelpe pasientene å mestre.

### **5.2.5 Helsefremmende undervisning**

Pasienter som fikk undervisning som var ivare tatt av helsepersonell, klarte å håndtere sykdommen bedre, noe som førte til at de fikk økt kontroll og trygghet over sin situasjon (Karlsson og Klang 2001, Campbell et al. 2010, Christopoulos et al. 2013). For at pasienten skal kunne medvirke i å opprettholde eller gjenvinne helse er pasientens kompetanse viktig. Pasientundervisning har utviklet seg fra å ha et snevert medisinsk innhold, til å ha et innhold som er i tråd med empowerment tenkning (Tveiten 2008). Begrepet empowerment er vanligvis assosiert med enkeltpersoners frigjørelse, selvaktelse og mestringsproblemer. I behandlingssammenheng gjør empowerment at pasienter tar myndighet i sitt eget liv og at hjelpere tar styring over omgivelser og endrer de det opplever som et undertrykkende behandlingssystem (Vatne 2007). Pasientene får dermed økt kontroll og trygghet over egen situasjon. I Travelbee (1999) står det at helsefremmende undervisning fremfor alt handler om å hjelpe pasienter til å forebygge sykdom og/eller mestre erfaringene med sykdom og lidelse (Travelbee 1999). Kontroll og trygghet kan dermed føre til mestringsproblemer.

Litteraturstudien viste at pasientene satt stor pris på undervisningen som de fikk av helsepersonell, det å få informasjon om medisinbruk gjorde at pasientene lettere forsto helsegevinsten ved å bruke medisiner (Karlsson og Klang 2001, Campbell et al. 2010). Siden mye av medisinen har så mange bivirkninger som magesmerter, kvalme, diare, utslett, svimmelhet, hodepine, muskel smerter og leddsmerter (Haugstvedt 2012) er det viktig at pasienten får god informasjon om medikamentene. Bivirkninger kan gå over i løpet av noen dager (Haugstvedt 2012). I Eide og Eide (2007) står det at økt kunnskap kan gi en følelse av kontroll og en opplevelse av mestringsproblemer.

I studien til Karlsson og Klang (2001) mente deltagerne at det var bra å få vite om alle bivirkningene av medisinbruk, også bivirkninger som de ikke visste fantes. Eide og Eide (2007) skriver at det ofte er sånn at pasienten selv ikke vet hva hun eller han trenger, pasienten vet kanskje ikke hva helsepersonell kan bidra med og ofte har pasienten et behov

for informasjon uten å være klar over det selv. Eide og Eide (2007) skriver også at det er viktig at pasienter får god og tilstrekkelig informasjon om både behandling og sykdom. Dette er med på å gjøre situasjonen forståelig og det skaper en forutsigbarhet og en mening. Likevel er det ting som kan virke inn på pasientopplysning som er med på å påvirke om utfallet blir bra. På motsatt side skriver Heggen og Mjell (1997) at det å formidle helseråd overfor en gruppe eller en person kan ha tre virkninger: ingen atferdsendring, atferdsendring i gunstig retning eller atferdsendring i ugunstig retning. De negative virkningene av helseopplysning har tidligere vært sett på som pasientens egen feil, ikke helsepersonellens feil. Feilslått helseopplysningstiltak kan forsterke den negative adferden man har ønsket å bekjempe (Heggen og Mjell 1997).

Pasienter ønsker kunnskap om hiv og med kunnskap klarte de å håndtere situasjonen de var i bedre. Helsepersonell har et stort ansvar når det kommer til å undervise pasienter. Det er helsepersonells oppgave å gi pasienten best mulig informasjon. Vi mener at først når pasienten har god kunnskap kan han eller hun begynne å ta egne avgjørelser om behandling på et forsvarlig grunnlag. Pasientene er vårt ansvar som helsepersonell, men det må være pasientene selv som bestemmer. Undervisning er helsefremmende.

#### **5.2.6 Vi er i samme båt**

Det kom frem i litteraturstudien at ved å treffe andre mennesker i ulike støttegrupper for hivpositive iverksatt av helsepersonell, fikk de støtte av andre som var i samme situasjon, noe som ble opplevd som positivt (Campbell et al. 2010, Karlsson og Klang 2001, Slomka et al. 2013, Enriques, Lackey og Witt 2008). Å delta i en gruppe gjorde at pasienten ble gladere, mindre redd og ikke like bekymret for fremtiden (Campbell et al. 2010). En fordel med å være i en gruppe er at man opplever at andre også er i samme situasjon, det bidrar til en følelse av fellesskap og samhold, og en alminneliggjøring av eventuelle problem, dette kan igjen bidra til en opplevelse av trygghet og bevisstgjøring noe som fører til mestring (Tveiten 2008).

I Skau (2008) står det at for å få til et godt samarbeid i en gruppe, er det viktig å føle seg trygg. For at pasientene skal kjenne seg trygge er igjen tillit viktig. Gruppens medlemmer må være ærlige mot hverandre, kunne stole på hverandre, vise respekt for andres følelser og verdsette hverandre som unike individer (Skau 2008). Ved problemorientert mestring

skal personen møte problemet på en aktiv måte, som å søke hjelp, råd og sosial støtte fra andre (Reitan 2010). Personer som opplever hjelp og støtte fra omgivelsene i stress-situasjoner, viste en større evne til å takle stresset (Håkonsen 1999). Det er viktig å komme sammen med andre mennesker som kan stimulere selvutviklingen (Solvoll 2002).

Studien viste at det var fint å slippe hemmelighet og bort forklaringer angående sykdommen når en deltok i gruppe (Campbell et al. 2010). Det finnes likevel pasienter som ikke ønsker kontakt med andre av forskjellige grunner. I Haugstvedt (2012) står det at mange hivpositive kan leve godt med diagnosen, de pasientene som ikke ønsker kontakt med andre hivpositive og som synes hivdiagnosen medfører problemer og nedsatt livskvalitet sliter psykisk og isolerer seg. De blir ikke kjent med andre i samme situasjon og er redde for at andre skal få vite om sykdommen (Haugstvedt 2012).

Studien viste oss at det ble sett på som positivt å ha en støttekontakt som har erfaring i det å leve som hivpositiv (Peterson et al. 2012). Buddy-ordningen (likemannsarbeid) er et tilbud til hivpositive, der de får snakke med andre hivpositive (Haugstvedt 2012). De fleste organisasjoner driver med likemannsarbeid. En likemann har bearbeidet sin situasjon slik at det vonde og det vanskelige har kommet på avstand. En likemann skal mer enn noe annet være et medmenneske (Hopen 2010). Å bruke mennesker som har opplevd samme situasjon selv til å gi informasjon og veiledning viser å ha svært god effekt. De som har vært gjennom samme opplevelse kan legge vekt på å formidle det de selv synes var vanskelig eller viktig (Kristoffersen 2011).

Den siste fasen i etableringen av et menneske til menneskeforhold er gjensidig forståelse og kontakt mellom pasient og sykepleier. Denne fasen utvikles når sykepleieren har vist forståelse gjennom sine handlinger og vist et ønske om å hjelpe pasienten (Kristoffersen 2005). Det kan være tøft for pasienten å være alene om sykdommen. Helsepersonell kan oppfordre pasienten til å dele sykdommen sin med noen de stoler på, dersom de vet at det å dele hemmeligheten med noen kan bidra til positive erfaringer for pasienten.

Helsepersonell kan være naturlige kontaktpersoner fordi de har taushetsplikt og kunnskap om hiv. De har også en stor oppgave med å formidle kontakt mellom pasienten og aktuelle organisasjoner og nettsteder som for eksempel ulike støttegrupper eller en buddy-ordning. Det kan være bra for pasienten å snakke med andre «i samme båt». Det er selvfølgelig

pasienten selv som avgjør om sykdommen er noe han eller hun ønsker å dele, og helsepersonell må være vare for at dette er et sårbart og følsomt tema. Pasienter med hiv er en sårbar gruppe.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse hva helsepersonell kan gjøre for at pasientene kan mestre å leve med hiv. Med hensikten i fokus kom det frem at en vanskelig livshendelse som det å få en hiv diagnose, fører til at helsepersonell kan hjelpe pasientene med å oppleve mestring og vekst. Støtten de får fra helsepersonell kan være avgjørende når det kommer til å mestre det nye livet en kronisk sykdom medfører.

Helsepersonell er ansvarlige for å kartlegge pasientenes behov for kunnskap. Det å få økt kunnskap bidrar til mestring. Enten de er i støttegrupper, likemannsordninger eller ved å delta på pasientundervisning i sykehus, oppleves erfaringen som helsefremmende. Å møte andre i samme situasjon gir en indre styrke til å mestre hverdagen. Det gir pasientene et håp om en god fremtid og et godt liv med hiv. De blir inspirert av hverandre. Noen velger imidlertid å holde diagnosen hemmelig. Disse pasientene sliter oftere psykisk.

Helsepersonell har derfor en viktig oppgave i å formidle kontakt mellom pasienter med hiv, ulike organisasjoner og støttegrupper og å fortelle om fordelene ved å delta. Kunnskap er viktig for å kunne akseptere seg selv som hiv positiv.

Studien viste at verbal og nonverbal kommunikasjon var et viktig element når helsepersonell skulle etablere en tilknytning til pasienten. Det må være samsvar mellom det som blir uttrykt med ord og det som blir uttrykt med kroppsspråk. God kommunikasjon henger tett sammen med det å klare å mestre å leve med hiv. Helsepersonell som gjennom kunnskap, erfaring og væremåte bidro til at pasientene opplevde mestring, var i følge pasientene empatiske, trygge og til å stole på. De hadde gode holdninger. Oppgaven deres er på mange måter å fungere som pasientens advokat. Når helsepersonell fungerer som trygge rådgivere for pasientene, er det med på å hjelpe pasientene å mestre den nye hverdagen og å lære å leve med en hivinfeksjon.

Mange hivpositive pasienter opplever fortsatt uvitenhet blant helsepersonell. Enkelte forhåndsdømmer pasientene, noe som fører til at pasientene kan unnlate å motta videre behandling. Pasienter kan fortsatt føle seg stigmatisert av helsepersonell. Hivpositive pasienter skal ha likeverdig behandling fra helsepersonell som alle andre pasienter. Funnene fra vår studie er med på å gi oss et ekte bilde av hva pasientene selv mener helsepersonell kan bidra med for at de skal mestre sykdommen. Dette er viktig for praksis fordi det stadig er nye pasienter som smittes med hiv, i tillegg er det økt innvandring fra

land som har stor utbredelse av hiv. Dette er uvurderlig kunnskap for oss som sykepleiere å ta med oss ut i arbeidslivet.

### **6.1 Forslag til videre forskning**

Studien vår har vist at det er lite norsk eller skandinavisk forskning om hiv. Det hadde vært interessant med ny og oppdatert forskning på det området. Det er fortsatt mange som ikke tør å være åpne om hiv diagnosen. Derfor hadde det også vært interessant å få mer kunnskap om hvilken grad stigmatisering kan påvirke hivpositive i å la være å oppsøke eller motta ulike former for hjelp fra helsevesenet.



## Litteraturliste

Andreassen, Gro Tørseth, Anne Lise Fjellet, Inger-Lise Wilhelmsen og Dag-Gunnar Stubberud. 2010. "Sykepleie ved infeksjonssykdommer." I *Klinisk sykepleie 1*, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 93-94. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug. 2008. *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Brien, Kelly K. O., Aileen M. Davis, Carol Strike, Nancy L. Young og Ahmed M. Bayoumi. 2009. "Putting episodic disability into context: a qualitative study exploring factors that influence disability experienced by adults living with HIV/AIDS." *Journal of the International AIDS Society* 12(30).

Campbell, Tomas, Hanna Beer, Rebecca Wilkins, Ella Sherlock, Anna Merrett og Jayne Griffiths. 2010. "I look forward. I feel insecure but I am ok with it". The experience of young HIV+ people attending transition preparation events: a qualitative investigation." *AIDS care* 22(2): 263-269.

Christopoulos, Katerina A, Amina D. Massey, Andrea M Lopez, Bradley C. Hare og Mallory O. Johnson. 2013. "Patient Perspectives on the Experience of Being Newly Diagnosed with HIV in the Emergency Department/Urgent Care clinic of a Public Hospital." *Public Library of Science* 8(8): 1-6.

Cutcliffe, John R. og Kirk Zinck. 2011. "Hope Maintenance in People Living Long-term with HIV/AIDS." *Qualitative Research Journal* 11(1): 34-50.

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjon. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Enriques, Maithe, Nancy Lackey og Jacki Witt. 2008. "Health Concerns of Mature Woman Living With HIV in the Midwestern United States." *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 19(1): 37-46.

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

Folkehelseinstituttet. 2013. *Tema: Hiv*.  
<http://www.fhi.no/tema/hiv-og-aids> (Lest 22.11.13)

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.

Hannsen, Tove A. 2001. "Stress og mestring." I *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*, red. Eva Gjengedal og Berit Rokne Hanestad, 37-50. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Haugstvedt, Åse. 2012. *Hiv for helsepersonell: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Heggen, Kristin og Johny Mjell. 1997. *I askeladdens fotspor – om dilemmaer i helsefag yrkesutøvelse*. Tano Ascheboug AS.

Helsenorge. 2012. Tema: *Hiv og aids*.  
<https://helsenorge.no/Sykdomogbehandling/Sider/HIV-AIDS-hurtigtest-for-hiv/Fakta-om-hiv-og-aids.aspx> (Lest 11.06.14)

Holm, Ulla. 1987. *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Malmo: Rahms i Lund.

Hopen, Liv. 2010. "Læring og mestring ved langvarig sykdom." I *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*, red. Unni Knutstad, 284-308. Oslo: Akribe As.

- Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag. 2013. *Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde.
- Håkonsen, Kjell Magne. 1999. *Mestring og relasjon. Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Håkonsen, Kjell Magne. 2003. *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jakobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvald, Trond Buanes og Olav Røise. 2009. *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, Anette og Birgitta Klang. 2001. "Att leva med hiv. HIV infekterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning." *Vård i norden* 21(2): 42-46.
- Klotz, Linda K. 2010. "Hope in relation to nursing interventios for hiv-infected patients and their significant others." *Journal of the Association of Nurses in AIDS care* 21(4): 345-355.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2005. "Teoretiske perspektiver på sykepleie." I *Grunnleggende sykepleie Bind 4*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 26-33. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. "Stress og mestring." I *Grunnleggende sykepleie Bind 4*, red. Nina Jahren Kristofferen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 134-191. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lian, Olaug S. 2007. *Når helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*.
- Molven, Olav. 2012. *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. 2006. *Tema: Sjekkliste for kvalitativ og kvantitativ forskning*.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/> (Lest 10.01.14)

Ndirangu, Eunice W. og Catrin Evans. 2008. "Experiences of African Immigrant Women Living With HIV in the U.K.: Implications for Health Professionals." *Journal Immigrant and Minority Health* 11: 108-114.

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. 2014. *Tema: Database for statistikk om høgre utdanning*.

<http://dbh.nsd.uib.no/> (Lest 22.11.13 og 12.03.14)

Norsk Helseinformatikk. 2013. *Tema: hiv infeksjon, behandling*.

<http://nhi.no/sykdommer/blod/> (Lest 02.02.14)

Norvoll, Reidun. 2006. "Sosiale avvik og sosial kontroll." I *Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, red. Elisabeth Brodtkorb, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa, 123-151 Oslo: Gyldendal Akademisk.

Peterson, Jennifer L, Lance S. Rintamaki, Dale E Brashers, Daena J. Goldsmith og Judith L. Neidig. 2012. "The Forms and Functions of Peer Social Support for People Living with HIV." *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 23(4): 294-305.

Reitan, Anne Marie. 2010. "Mestring." I *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*, red. Unni Knutstad, 74-106 Oslo: Akribe.

Skau, Greta Marie. 2008. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm As.

Slomka, Jacquelyn, Jung-won Lim, Barbara Gripshover og Barbara Daly. 2013. "How Have Long-Term Survivors Coped With Living With HIV?" *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 24(5): 449-459.

Solvoll, Betty-Ann. 2002. "Å utvikle og bevare sin identitet." I *Generell sykepleie 2. Pasient og sykepleier-samhandling, opplevelse og identitet*, red. Nina Jahren Kristoffersen, 139-186. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Treisman, Karen, Fergal Jones og Elizabeth Shaw. 2014. "The Experiences and Coping Strategies of United Kingdom-Based African Women Following an HIV Diagnosis During Pregnancy." *Journal of the Association of Nurses in AIDS care* 25(2): 145-157.

Tveiten, Sidsel. 2008. "Noen eksempler fra virkeligheten – og noen refleksjoner." I *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vatne, Solfrid. 2007. *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vatne Solfrid. 2009. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*, 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

World Health Organization. 2013. *Tema: Hiv*.  
<http://www.who.int/hiv/en/> (Lest 22.11.13)

### Vedlegg 1: PI(C)O skjema

<b>Patient/problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison/control</b>	<b>Outcome</b>
Hiv* Patient Hiv Newly diagnosed	Nurs*		Coping Cope* Hope* Experience Hope Cope

## Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg (nummer) – Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
hiv and nurs* (hope cope* or coping), limit to 2008 – present, publication journal	15.12.2013	ScienceDirect	223	50	32	2
hiv and (hope or cope or coping), limit to 2008 – present, publication journal	12.03.2014	ScienceDirect	13645	0	0	0
hiv and (hope or cope or coping), limit to 2008 – present, publication journal, limit to hiv	12.03.2014	ScienceDirect	469	97	20	1

<p>hiv AND (hope) AND (experience), limit to (danish or english, norwegian), limit to scholarly journals, article, limit to 2008 – 2014.</p>	03.12.2013	Proquest	5203	150	57	1
<p>Hiv AND (hope or cope* or coping) Limits 2008 – present Limit to (Danish, English, finish, Norwegian) limit to scholarly journals, article</p>	12.03.14	Proquest	16731	17	4	1



Hiv* AND Nurs* AND cope* Limits 2008- current	21.11.13	Ovid Nursing database	18	8	1	1
Hiv* AND nurs* AND hope* Limits 2007- current	21.11.13	Ovid Nursing Database	19	4	1	1
Hiv* AND hope* AND young. Limits 2008- current English text	15.12.13	Ovid Medline	63	10	1	1

Hiv AND (hope) AND (nurs) AND newly diagnosed Limit 2008- 2013	21.11.13	ProQuest	75	10	1	1
Hiv AND patient	15.12.13	SweMed	182	4	1	1
Hiv* AND nurs*AND cope*	14.03.14	Ovid Nursing Database	19	1	1	1

### Vedlegg 3: Oversiktstabell over inkluderte forskningsartikler

Nr	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode /Instrument	Deltagere /Frafall	Hovedfunn	Etiskvurderin g / kvalitet
1	Petterson, Jennifer L., Lance S. Rintamaki, Dale E. Brashers, Daena J. Goldsmith og Judith L. Neidig. 2012. USA. Journal of the association of nurses in aids care, 23 (4) 294-305	The forms and functions of (peer) social support for people living with hiv	Å beskrive ulike former og forskjellige funksjoner av sosial støtte for hiv-positive mennesker, organisert av helsepersonell	Kvalitativ studie med kombinerte metoder.  Semistrukturerte intervju  Studien brukte demografiks spørreskjema som alle deltakerne fylte ut.	81 hiv- positive deltagere som hadde noen erfaringer med (peer) sosial støtte. 85% menn og 15% kvinner. Deltakere skrev under på skriftlig samtykke skjema.	Deltagerne som fikk utdelt en støttekontakt som hadde samme sykdommen, organisert av helsepersonell, hadde en positiv opplevelse. Deltagerne opplevde sosial aksept, personlig vekst og empowerment.	Nivå 1  Etisk godkjent av Institutional review board for the protection of human subjects at both the Ohio State University and the University of Illionois at Urbana – Champaign

2	Brien, Kelly K O, Aileen M Davis, Carol Strike, Nancy L Young og Ahmed M Bayoumi. 2009. Canada. Journal of the international AIDS society, 12 (30)	Putting episodic disability into context: a qualitative study exploring factors that influence disability experienced by adults living with HIV/AIDS	Å forstå de helse konsekvensene oppleves av pasienter som lever med hiv og faktorene som påvirker dette.	Kvalitativ studie Gjennomførte fire fokusgruppe diskusjoner og intervju Alle deltakere fylte ut demografisk spørreskjema og HIV symptom index	38 voksne menn og kvinner som har opplevd minst en helsekonsekvenser relatert til hiv sykdommen.	Flere deltakere følte seg komfortabel og trygge når helsepersonell viste gode kunnskaper og ferdigheter. Praktiske støtte fra helsepersonell hjalp noen deltakere fullførte daglige aktiviteter. Samt deltakere nevnte også den støtten de fikk fra helsepersonell, førte til positive tanker.	Nivå 1 Etisk godkjent av St. Michael's hospital and the University of Toronto Research Ethics Boards
3	Cutcliffe, John R og Kirk Zinck. 2011. USA. Qualitative Research Journal, 11(1)	Hope maintenance in people living long-term with hiv/aids The forms and functions of	Forskningsstudien søker å forklare hvordan håp kan bli inspirert og vedlikeholdes hos mennesker som lever med hiv i	Kvalitativ studie Semistrukturerte intervju. Intervjuene varte 1-2 timer	10 hiv-positive deltagere	Deltakere satt pris på at helsepersonell viste optimist om deres framtid. Denne holdningen gjør en forskjell og det ga håp. I tillegg medfølelse, ikke fordømmende, dyktig og	Etisk godkjent av The university's institutional review board

	34-50	(peer) social support for people living with hiv	lang tid. Å beskrive ulike former og forskjellige funksjoner av sosial støtte for hiv-positive mennesker, organisert av helsepersonell			oppdatert helsepersonell gjorde at deltakere tenker positiv om langsiktig framtid. Deltakere nevnte at hvis de opplevde fordommer fra helsepersonell og helsepersonell som ikke aksepterte dem, de følte at ikke kunne takle sykdommen.	
--	-------	--	--	--	--	---	--

4	<p>Treisman, Karen Fergal Jones og Elizabeth Shaw. 2014. United Kingdom. Journal of the Association of Nurses in AIDS care, 25 (2) 145-157</p>	<p>The experiences and coping strategies of United Kingdom- based African women following an HIV diagnosis during pregnancy</p>	<p>Å utforske opplevelsen av afrikanske kvinner som lever I Storbritannia etter diagnostisert med hiv i løpet av svangerskapet</p>	<p>Kvalitativ studie  Semistrukturerte intervju. Intervjuene varte 40-90 minutter.  Studien brukte en demografisk spørreskjema som alle deltakere fylte ut.  Interpretativ phenomenologic al analysis (IPA- metoden) ble brukt for å analysere</p>	<p>12 deltakere (kvinner) som ble diagnostisert med hiv i løpet av svangerskape t  Flertallet av deltakerne ble rekruttert gjennom en svangerskaps gruppe for afrikanske kvinner i London og som hadde blitt diagnostisert</p>	<p>Kvinner opplevde at helsepersonell var optimistisk og viste empati. Samt kvinner satte pris på at helsepersonell gir dem rom/plass hvor de kunne føle seg respektert, sett, hørt og behandlet med verdighet. Samt hvor mulighetene til fremtiden kan bli dyrket.  Noen kvinner fortalte at stigmatisering de opplevd fra helsepersonell var verst.</p>	<p>Nivå 1  Etisk godkjent av university ethics panel and adhered to the british psychological society code of ethics and conduct</p>
---	--	---	--	--	--	---	--

				datamaterialet.	med hiv i løpet svangerskap.  Alle deltakere ga skriftlig samtykke		
5	Klotz, Linda K. 2010. USA. Journal of the Association of nurses in AIDS care, 21 (4) 345 - 355	Hope in Relation to Nursing Interventions for HIV- Infected Patients and Their Others. Signifikant	Å utforske hvilke sykepleieintervensjoner pasienter med en hivinfeksjon mener bidrar til å redusere håpløshet og som oppmuntrer til håp for fremtiden	Kvalitativ beskrivende studie. Intervju.	10 deltagere med hiv ble rekruttert til studien. Deltakerne var informert og ga verbalt samtykke til å delta. Ikke frafall	Sykepleiere som hadde god kunnskap, og gode ferdigheter, samt sykepleiere som hadde en positiv væremåte bidro til at pasientene håp for fremtiden. På motsatt side, sørget sykepleiere som stigmatiserte pasientene for å gjøre det vanskeligere å mestre	Nivå 1  Etisk Godkjent av "The human subjects review board of the university."

						hverdagen.	
6	Karlsson, Anette og Birgitte Klang. 2001. Sverige. Vård i nordn. 21 (2) 42-46	Att leva med hiv – <i>HIV infecterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning</i>	Beskriver en gruppe hivsmittede pasienters opplevelse av pasientundervisning.	Kvalitativ metode, åpent intervju	6 deltagere som deltok på pasientundervisning. Deltagerne ga verbalt samtykke til studiet.  Frafall: En droppet ut av studien pga en lengre reise, en annen fikk ikke artikkelforfatter tak i.	Gjennom undervisning av helsepersonell, klarte pasientene lettere å håndtere sykdommen og de opplevde dermed trygghet og økt kontroll over sin situasjon.	Nivå 1  Etisk godkjent av «forskningsetisk komité ved karolinska sykehus i Stocholm»



7	Campbell, Thomas Hanna Beer, Rebecca Wilkins, Ella Sherlock, Anna Merrett og Jane Griffiths. 2010. England. AIDS care, 22 (2) 263-269	"I look forward. I feel insecure but I am ok with it". The experience of young HIV+ people attending transition preparation events: a quallitative investigation.	Utforsket opplevelsen ungdom mellom 13-15 år hadde av å delta på pasientundervisnin g i regi av helsepersonell og hvilken innvirkning deltagelsen hadde å si for livene deres.	Kvalitativ metode. Intervju.	19 deltagere som tidligere hadde deltatt på et prosjekt takket ja til å være med i studien.  Deltakerne var informert og ga verbalt samtykke.  8 deltagere droppet ut av uviss årsak.	gjennom dette prosjektet fikk deltagerne oppleve felleskap og tilhørighet med andre unge personer med hiv, det førte til at de ikke følte seg så alene om sykdommen.	Nivå 1  ikke etisk godkjent av en komite.
8	Slomka, Jacquelyn Juang-won Lim, Barbara Gripshover og Barbara Daly.	How Have Long- Term Survivors Coped With Living With	Å undersøke hvilke faktorer som har hjulpet voksne mennesker med hiv	Kvalitativ metode med et undersøkende design.	16 deltagere med hiv ble rekruttert til studien.	For å mestre sykdommen var det viktig å ha en god kommunikasjon helsepersonell. Pasientene	Nivå 1  Etisk vurdert av the

	<p>2013. USA. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 24 (5) 449-459</p>	<p>HIV?</p>	<p>å mestre hverdagen.</p>	<p>Semistrukturerte dybdeintervju.</p>	<p>Det ble innhentet skriftlig samtykke fra alle deltagere.</p> <p>Deltakerkrite rier: -Eldre enn 21 år. -Diagnostiser med hiv for minst 5 år siden.</p> <p>Ingen dokumenterte frfall.</p>	<p>erfarte at helsepersonell som viste medfølelse hjalp de å komme seg videre i livet.</p>	<p>University Hospitals Case Medical Center Institutional Review Board.</p>
--	---	-------------	--------------------------------	--	--	--	---

9	<p>Christopoulos, Katerina A, Amina D Massey, Andrea M Lopez, Bradley C Hare, Mallory O Johnson. 2013. USA. Public Library of Science, 8 (8) 1-6</p>	<p>Patient Perspectives on the Experience of Being Newly Diagnosed with HIV in the Emergency Department/Urge nt Care clinic of a Public Hospital.</p>	<p>Undersøke hvilken opplevelse pasientene hadde når de kom på akuttmottak/ legevakt og fikk vite at de var hiv positive, og undersøke hvilke faktorer som er med å fremme eller hemme en kontakt med hiv omsorgen.</p>	<p>Kvallitativ. Dybde intervju med åpne spørsmål.</p>	<p>24 deltagere som ble diagnostisert med hiv minst 6 måneder før intervjuet. Pasientene ble informert og ga verbalt samtykke til å delta i studien. Ingen dokumenterte frafall</p>	<p>Helsepersonell som viste omsorg og medfølelse gjorde at pasientene håndterte det å få en hiv diagnose bedre. Helsepersonell som ga god informasjon om sykdommen, gjorde at pasientene følte seg tryggere og mindre usikre på fremtiden.</p>	<p>Nivå 2  Etisk Godkjent av “The Comitte on Human Research at the University of California San Fransisco”.</p>
---	--	---	---	---	---	--	---

10	Enriques, Maithe, Nancy Lackey og Jacki Witt. 2008. USA. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 19 (1) 39-43	Health Concerns of Mature Woman Living With HIV in the Midwestern United States.	Studien var utviklet for bedre å forstå hvilke medisinske, psykososiale behov og bekymringer relatert til egen helse, middelaldrende kvinner med HIV i USA har.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju som bestod av åpne spørsmål.	18 kvinner med hiv og lav inntekt mellom 41-68 år deltok. Alle deltagerne ga skriftlig samtykke til å delta i studien. Ingen dokumenterte frafall.	Kvinnene erfarte deltagelse i støttegruppene førte til at de møtte andre i samme situasjon, noe som hjalp dem til å leve et så normalt liv som mulig med hiv. For enkelte var deltagelsen i studien første gang de fikk møte andre i samme situasjon.	Nivå 1  Etisk Godkjent av "the institutional review board".
11	Ndirangu, Eunice W og Catrin Evans. 2008. England. Journal Immigrant and Minority Health	Experiences of African Immigrant Woman Living With HIV in the U.K.:	Undersøke opplevelsen afrikanske innvandrerkvinner med hiv har av helsesystemet og	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju	8 kvinnelige deltagere med hiv. Deltagerne ble godt	Deltakerne i studien satte pris på å bli behandlet som «alle andre», og å bli behandlet med vennlighet og respekt av helsepersonell. De som	Nivå 1  Etisk godkjent av "National Health Service Research and

	11 108-114	Implications for Health Professionals	deres opplevelse av å leve med hiv.		informert om studien, og gav verbalt samtykke. Deltagerkrite rier: -18-50 år -Kan snakke engelsk.  Ingen dokumenterte frafall.	opplevde å ikke bli akseptert, hadde vanskeligheter for å mestre hverdagen.	Etichs Committee”
--	---------------	---	--	--	--	--	----------------------