



BACHELOROPPGAVE:

Sykepleie til hiv - positive

På hvilke måte kan sykepleier bidra til et helsetilbud for å fremme psykisk helse hos en hiv - positiv pasient?

FORFATTERE:

Linn Therese Nymo
Veronica Stausland

Dato: 20.11.2015

SAMMENDRAG

Tittel:	Sykepleie for hiv - positive På hvilken måte kan sykepleier bidra til å fremme psykisk helse hos en HIV – positiv pasient?	Dato: 20.11.15
Deltaker(e)/	Linn Therese Nymoen Veronica Stausland	
Veileder(e):	Inger Balke	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Psykisk helse, hiv, helsefremmende, sykepleie	
Antall sider/ord: 44/11989	Antall vedlegg: 0	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell): Åpen
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Dette er et litteraturstudie som i sin helhet beskriver hva en sykepleier kan gjøre for å fremme psykisk helse hos den hiv - positive. Dette temaet er valgt fordi det psykiske aspektet av en hiv - diagnose ofte ikke blir satt i et like stort fokus som den somatiske delen av diagnosen. Den psykiske delen av diagnosen blir en viktigere del for sykepleiere å forholde seg til, med tanke på at den hiv - positive lever lenger i dag enn de gjorde før. Ved psykisk uhelse og dårlig oppfølging av etterlevelse, vil det føre til at diagnosen progredierer raskere. Samtidig har det blitt vist i løpet av arbeidet at psykisk uhelse henger sammen med stigmatisering, holdninger og viktigst av alt kunnskap. Det har blitt innhentet vitenskapelige artikler og annen relevant litteratur. Denne litteraturen har blitt kritisk gransket for å kunne besvare vår problemstilling. Vi har tatt for oss ulike faktorer som hemmer og fremmer psykisk helse. For at sykepleier skal kunne fremme psykisk helse, kreves det kunnskap, gode holdninger, kontinuerlig og adekvat oppfølging. Vi har kommet frem til at kunnskap er nøkkelen til å fremme psykisk helse hos hiv - positive.</p>		

ABSTRACT

Title:	HIV – nursingcare In what way can nurses contribute to promote mental health to hiv - positive persons?	Date: 20.11.15
Participants/	Linn Therese Nymo Veronica Stausland	
Supervisor(s)	Inger Balke	
Employer:		
Keywords (3-5)	Mental health, HIV, healthpromoting, nursing	
Number of pages/words: 44/11989	Number of appendix: 0	Availability (open/confidential): Available
Short description of the bachelor thesis:		
<p>This is a literature study which describes what a nurse can do to promote mental health among the HIV - positive. The mental aspect of an HIV - diagnosis is often not put in an equal focus as the somatic part of the diagnosis. The reason this topic was chosen to show the importance of the nurses role in hiv - care. The mental health part of the diagnosis becomes a more important part for the nurses to deal with, considering that the HIV - positive persons are living longer today than they did before. The combination of mental health problems and poor monitoring of adherence, will lead to the diagnosis progressing faster. It has also been shown in the course of the workprocess that mental health problems is related to stigma, attitudes and most importantly knowledge. It has been gathered scientific articles and other relevant literature. This literature has been critically examined in order to answer our question. We have taken various factors in to consideration that hinder and promote mental health. To promote mental health the nurse have to require knowledge, have positive attitudes, and perform continuous and adequate monitoring. We have reached the conclusion that knowledge is key to promote mental health among HIV - positive.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 <i>Humant immunsvikt virus (hiv)</i>	2
2.0 Bakgrunn	3
2.1 <i>Sykepleiefaglig relevans</i>	3
2.2 <i>Hiv - historikk</i>	4
2.3 <i>Den psykiske helsen til hiv – positive</i>	5
2.4 <i>Stigmatisering og diskriminering</i>	6
2.5 <i>Hensikt med oppgaven og problemstilling</i>	7
3.0 Metode	8
3.1 <i>Litteraturstudie</i>	8
3.2 <i>Systematisk søk av artikler</i>	10
3.3 <i>Forskningsetikk</i>	12
3.4 <i>Begrunnelse for valg av artikler</i>	13
4.0 Resultater	14
4.1 <i>Kunnskap om hiv og psykisk uhelse</i>	22
4.2 <i>Salutogen tilnærming som verktøy</i>	22
4.3 <i>Sosial støtte</i>	23
4.4 <i>Utvikling av sykepleierollen for å tilpasse til bedre HIV - omsorg</i>	24
4.5 <i>Holdninger</i>	24
5.0 Drøfting	26
5.1 <i>Sammenheng mellom stigma, holdninger og psykisk helse</i>	26
5.2 <i>Metoder i sykepleiefaglig arbeid som brukes helsefremmende i forhold til psykisk helse og hiv - positive</i>	28
5.3 <i>Sammenheng mellom det å få en hiv - diagnose, relatert til psykisk helse og sykepleie</i>	31
5.4 <i>Kritikk til eget arbeid</i>	34
6.0 Konklusjon	36
7.0 Litteraturliste	38

1.0 Innledning

Oppgaven vil handle om hiv og sykepleierens rolle i forhold til hiv – positive. Vi avgrenset oppgaven med å utelukke aids. Vi ville heller ikke inkludere hiv – positive barn eller hiv – positive gravide kvinner. I det første kapitlet vil det bli skrevet om valgt sykepleiefaglig relevans, forskjellen på hiv og aids og hvordan hiv virker på kroppen. Dette temaet er valgt fordi det psykiske aspektet av en hiv - diagnose ofte ikke blir satt i et like stort fokus som den somatiske delen av diagnosen. Vi var også opptatt av å trekke frem hva sykepleier kan gjøre for å fremme psykisk helse hos denne pasientgruppen.

Av forskningsområdene Høgskolen i Gjøvik arbeider med, skal denne oppgaven relateres til helse i dagliglivet. Helse i dagliglivet har to fokusområder, kritiske livshendelser og å leve med helsesvikt. Begge områdene tar for seg sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon.

Sykepleiefaglig relevans til tema vil være det å hjelpe pasienten å mestre konsekvensene av sykdommen og helsesvikt. Dette forutsetter at sykepleieren har en evne til å forstå og se de ulike konsekvensene sykdommen har for den enkelte person og hans familie. Ifølge Nortvedt og Grønseth(2011) er det er da viktig å understøtte pasientens egen mestringsevne, krefter og håp i forbindelse med sykdom og helsesvikt. Det å ha tro på pasientens autonomi og ha tro på hans egne ressurser er vesentlig(Nortvedt & Grønseth 2011).

Helsepersonelloven(1999) § 4 lyder “Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Dette kan relateres til sykepleie til hiv - positive med tanke på informasjon som blir gitt til pasienten om diagnosen, i forhold til smitteforebygging og andre forholdsregler som må tas(Andreassen 2011).

1.1 Humant immunsvikt virus (hiv)

Aids er en forkortelse for acquired immunodeficiency syndrome og er en ervervet immun sykdom. Aids er i seg selv ingen sykdom, men en samlebetegnelse på en hiv – infeksjon. Hivinfeksjonen har da gitt alvorlige kliniske tegn på immunsvikt, hvor det ikke foreligger andre årsaker til en slik svikt (Andreassen m.fl 2011).

Humant immunsvikt virus (HIV) er et retrovirus som angriper celletyper i kroppen (Andreassen m.fl. 2011). Viruset angriper T – lymfocytene, som har en vital rolle i immunforsvaret.

Hiv kan påvises i alle kroppsvæsker og kan derfor overføres ved:

- Seksuell kontakt
- Blod og blodprodukter
- Vevs - og organtransplantasjon
- Mor til barn under graviditet

Smittesikoen er størst de første 3 månedene etter smitte og i aids – fasen. Viruset smittes ikke via sosial omgang og sjeldent ved stikkskader (Andreassen m.fl. 2011). Ifølge Folkehelseinstituttet (2015, (2)) er den vanligste smitemåten seksuell kontakt.

Folkehelseinstituttet (2015, (1)) skriver om hiv – situasjonen i Norge med utgangspunkt i anonymiserte meldinger som leger sender til Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS). I 2014 ble det diagnostisert 249 nye hiv – smittede i Norge, som er en beskjeden økning på 14 personer fra 2013. Økningen kommer i gruppene menn som har sex med menn (msm) og heteroseksuelt smittede bosatt i Norge. Blant innvandrere som er smittet heteroseksuelt før ankomst til Norge, fortsetter trenden med færre påviste hiv -positive. Økt testaktivitet, kondombruk og flere hiv – smittede på effektiv behandling er fortsatt de viktigste forebyggende tiltakene. Totalt er det diagnostisert 5622 hiv – positive i Norge, hvorav 3803 er menn og 1819 er kvinner (Folkehelseinstituttet 2015).

2.0 Bakgrunn

I dette kapitlet vil den sykepleiefaglige relevansen i oppgaven bli trukket frem. For å få et innblikk i hiv som diagnose, vil det bli skrevet om hiv – historikken i Norge. Den psykiske helsen til hiv – positive vil bli trukket frem, sammen med stigmatisering og diskriminering som viktige begreper.

2.1 Sykepleiefaglig relevans

Ved hjelp av relevant litteratur, knyttes sykepleierens rolle i å fremme psykisk helse sammen med hiv – positives behov for oppfølging. I denne oppgaven vil sykepleieteoretiker Joyce Travelbees sykepleieteori bli tatt i bruk. Hun presenterer sykepleie som en “interaksjonsprosess med fokus på utvikling og relasjoner mellom pasient og sykepleier”(Travelbee 1999).

Joyce Travelbee(1999, s.48) skriver om sykepleierens to hovedfunksjoner: 1) ”å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse”, 2) “å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse (om nødvendig)”. Den profesjonelle sykepleieren har på grunn av sin utdanningsbakgrunn ferdigheter og innsikt som trengs for å utøve disse funksjonene på en god måte (Travelbee 1999). Joyce Travelbee hadde en grunntanke om at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske - til - menneske - forhold til pasienten(Travelbee 1999). “Menneske - til - menneske - forhold i sykepleiesituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 1999, s171).

2.2 Hiv - historikk

Manum(2010) skriver i sin bok at hiv – positives historie i Norge er kort fortalt historien om overgangen fra overeksponering og panikk, til usynliggjøring. Da Hiv-epidemien kom til Norge i første halvdel av 1980-tallet, kom slagordet “Bekjemp aids, med kjærlighet, kunnskap og kondom!” Da epidemien kom slo man raskt fast at viruset smittet via ubeskyttet seksuell kontakt, via deling av kanyler og gjennom blod(Manum 2010). Det fantes ingen vaksine eller kur mot hiv og aids. De smittede kunne fremstå som friske, men kunne likevel smitte andre uten å vite at han eller hun hadde viruset. Hvis et individ ble smittet, ville de fleste med tiden utvikle aids og dø(Manum 2010). Sykdommen ble sett på som den første sykdommen som kunne utslette menneskeheten. Det ble foreslått tiltak for å stanse epidemien, og disse tiltakene gikk ut på tvang og begrensning av noen grupper og enkeltindivider(Manum 2010). Med utgangspunkt i 25 registrerte tilfeller av hiv i Norge 1 juli 1986, så helsemyndighetene for seg 100.000 hiv – positive innen 1 januar 1990, dersom de la en doblingstakt på åtte måneder til grunn(Manum 2010).

Manum(2010) beskriver videre at kroppens immunsystem ble angrepet av aids, som betyr at pasienten ikke døde av aids, men av opportunistiske infeksjoner. En opportunistisk infeksjon vil si at pasientene ikke hadde blitt syke dersom om immunforsvaret ikke var svekket(Manum 2010). Belastningen på helsetjenestene ville bli enorme, så store at helsesystemet kunne stå i fare for å kollapse. Dette førte til at Norge satte i gang en av de største sykdomsforebyggende kampanjene som landet noen gang har sett. For å forebygge og bekjempe hiv og aids, bevilget Stortinget 249 millioner kroner til saken mellom 1985 og 1988(Manum 2010). I 1988 ble pengene distribuert på tre hovedområder: tiltak for sprøytenarkomane, på opplysning og forskning og på å styrke apparatet for hiv - positive og aidssyke.

I landet rådet det panikk og villrede. Man visste på denne tiden at hiv smittet gjennom kroppsvæsker, sæd, blod og vaginalsekret. Det betydde at smitte skjedde gjennom ubeskyttet sex, blodoverføringer eller ved deling av kanyler. Man mente også at de små gruppene med menn som har sex med menn og sprøytenarkomane var de mest utsatte, i hvertfall i den vestlige verden(Manum 2010). I media ble sykdommen beskrevet som “homopesten”, prostituerte ble beskrevet som “dødsmaskiner på strøket”. Det var mange som var redde for at hiv smittet gjennom sosial kontakt. Man var redd for å bade i samme basseng, dele bestikk, myggstikk og redde for å håndhilse med en som var hiv - positiv(Manum 2010).

I dag har det blitt utviklet legemidler som demper eller hindrer nydannelsen av hiv - viruset. Et immunforsvar som er ødelagt, kan bygges opp igjen og bli et godt immunforsvar. Det å ha en hiv – infeksjon har endret seg fra å være 100 % dødelig, til å bli en kronisk sykdom med livslang behandling. Det har blitt en sykdom som det er mulig å leve med (Andreassen m.fl 2011). I Norge har myndighetene og ulike fagmiljøer satt fokuset på forebygging av hiv - smitte(Andreassen m.fl 2011). Andreassen m.fl(2011) skriver videre at forebyggingen består av endrete vaner. Eksempler på dette er å unngå sex uten kondom, pålitelige rutiner da det gjelder undersøkelser og bruk av blodprodukter i sykehus, og gjennomføring av effektive tiltak som er rettet mot smittespredning via kanyler blant stoffmisbrukere.

2.3 Den psykiske helsen til hiv – positive

Flere forsøk har blitt utført på å definere psykisk helse. Innenfor psykisk helse finner man begreper som velvære, mestring, glede og tilfredshet. Den subjektive opplevelsen av psykisk helse er noe som endrer seg med situasjon og livsforhold. Mennesket har en tilpasnings - og mestringsevne da det kommer til påkjenninger og stress. Velvære brukes som et uttrykk for god helse. Dette vokser frem ved at man opplever balanse og klarer å innta sin psykofysiske, sosiale og åndelig - kulturelle funksjonsevne. I perioder av livet er utfordringene så store at denne balansen forstyrres. Dette fører til at den personlige integriteten trues(Hummelvoll 2012).

Det å få en hiv – diagnose, kan føles som en krise for de fleste(Andreassen m.fl 2011). Informasjonen som en gir, skal hjelpe pasienten til å leve videre, og takle sin nye livssituasjon. Det er derfor veldig viktig at all informasjon som blir gitt ut til de forskjellige pasientene, blir individualisert. Informasjonen som blir gitt må gis i rett tid og det må beregnes passe mengde med informasjon. Her må sykepleieren ta seg god tid til å samtale med pasienten. Sykepleieren må kartlegge hvor mye kunnskap pasienten allerede har om sykdommen og smitteforebyggende tiltak(Andreassen m.fl 2011). Når pasienten begynner med behandling, kan dette føles som en ny fase av sykdommen. Ifølge Andreassen m.fl (2011) kan det å begynne på behandlingsfasen av sykdommen, ofte være forbundet med angst. Pasienten vil nå føle på det å få sykdommen “nærmere innpå livet”.

2.4 Stigmatisering og diskriminering

Joyce Travelbee(1999) mener at det finnes ulike måter å reagere på ved sykdom. Disse ulike reaksjonene bestemmes av ulike faktorer som kulturbestemte oppfatninger, religiøsitet og filosofiske synspunkter. Reaksjoner på sykdom, varierer fra person til person. Det er stor sannsynlighet for at de aller fleste vil prøve å finne en årsak til sykdommen. “Hvorfor meg?” - reaksjonen, er ifølge Travelbee(1999), den vanligste reaksjonen på sykdom og lidelse. Den kan komme av manglende aksept av sykdom. Manglende akseptasjon kan føre til ulike følelsesmessige reaksjoner som varierer i styrke, intensitet og varighet (Travelbee 1999). Eksempler på slike følelsesmessige reaksjoner er sinne, selvmedlidenhet, depresjon, angst og apatisk likegyldighet.

Mange hiv - positive frykter at sykdommen skal bli avslørt. Noen frykter avsløring og stigmatisering av hiv/aids mer enn de frykter å dø(Lien og Skaarud 2009). Det å stigmatisere vil si at man har negative og diskrediterende holdninger mot mennesker som kanskje er “annerledes” og dette fører til diskriminering. I tillegg til å leve med hiv, finnes det også andre helsemessige utfordringer som er knyttet til infeksjonen. De menneskene som lever med hiv og andre som er berørte av hiv, har blitt utsatt for diskriminering og stigmatisering i tiden som har gått siden hiv - viruset ble kjent (Regjeringen 2009). Dybvig m.fl(2004) sier at forskjellen på stigmatisering og diskriminering er at de som blir diskriminert eller mobbet ofte får en bevisst følelse om at de blir urettferdig behandlet, og at de føler seg utsatt for en urett som ikke har en rasjonell begrunnelse. En stigmatisert person vil kunne identifisere seg mer med de dårlige egenskapene som blir forbundet til stigmaet, og de vil da få en svekket evne til å kreve rettferdighet og/eller likestilling(Dybvig m.fl 2004). Dette kalles for selvstigma, man begynner å tro på de fordommene andre har om en(Dybvig m.fl 2004).

En arena som ofte kan trekkes fram som et sted for diskriminering, er arbeidslivet(Regjeringen 2009). Lien og Skaarud(2009) hevder at dersom personen som er hiv - positiv er åpen om diagnosen, kan dette føre til vansker med å få jobb. Også innenfor helse-, omsorgs- og velferdstjenestene har det forekommet en usaklig forskjellsbehandling. Det spesielt i de delene av tjenestene som sjelden er i kontakt med hiv – positive mennesker. Begrepene sosial ekskludering, diskriminering og stigmatisering, baseres alle på fordommer og mangel på kunnskap. Det generelle kunnskapsnivået om hiv i befolkningen, kan knyttes opp mot graden av stigma som er knyttet til hiv/aids og diskriminering av hiv – positive i samfunnet(Regjeringen 2009). Fafo, som er Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og

dokumentasjon(Ødegård & Lahlum 2015), hadde en undersøkelse av holdninger til hiv(Regjeringen 2009), Den viste at det var mangler i kunnskap om hvordan hiv ikke smitter. Lite kunnskap om hiv, kan føre til frykt og dermed økt stigmatisering og diskriminering av hiv – positive. Tydeliggjøring av hiv – positives rettigheter, kan medvirke til mindre opplevd stigmatisering og diskriminering(Regjeringen 2009).

2.5 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å vise hvilke tiltak en sykepleier kan bidra med for å skape et helsetilbud som fremmer psykisk helse hos en hiv – positiv pasient.

Problemstilling:

På hvilken måte kan sykepleier bidra til et helsetilbud for å fremme psykisk helse hos en HIV – positiv pasient?

For at vi skal kunne følge den røde tråden i oppgaven har vi valgt å benytte oss av arbeidsspørsmål. På denne måten holder vi oss til problemstillingen gjennom hele oppgaven.

- Hvilken sammenheng er det mellom stigmatisering, holdninger og psykisk helse?
- Hvilke metoder i sykepleiefaglig arbeid kan brukes helsefremmende i forhold til psykisk helse og hiv - positive?
- Finnes det en sammenheng mellom det å få en hiv – diagnose, psykisk helse og sykepleie?

3.0 Metode

I dette kapitlet vil det bli skrevet om hva en litteraturstudie er. Videre skrives det om søkestrategi innenfor et litteraturstudie. Forskningsetikk innenfor sykepleie vil også være et tema.

3.1 Litteraturstudie

Aveyard(2014) hevder at et litteraturstudie er et omfattende studie og tolkning av litteratur som er bundet til et spesifikt tema. Det som er viktig da man starter et litteraturstudie er å gå ut i fra en problemstilling, et spørsmål, som man ønsker å finne svaret på. Dette gjøres ved å søke på og analysere relevant litteratur på en systematisk måte. Kun et grundig søk og analyse av litteraturen som er funnet vil lede til ny innsikt i temaet. Dette er bare er mulig da litteraturen er gjennomgått og all relevant informasjon er sett på i sammenheng med resten av funnene.

I følge Forsberg og Wengström(2013) er det flere punkter man skal gjennomgå for å gjennomføre et systematisk litteraturstudie:

- Forklare hvorfor studien skal gjennomføres og ha en relevant og konkret problemstilling som skal besvares
- Formulere spørsmål som skal besvares
- Formulere en plan for litteraturstudie som skal gjennomføres
- Bestemme søkeord og søkestrategi
- Identifisere og velge litteratur i form av vitenskapelige artikler
- Kritisk vurdere, bedømme kvalitet og velge litteraturen som skal tas med
- Analysere og diskutere resultatet
- Sammenfatte og konkludere

(Forsberg & Wengström 2013).

Når man skriver et litteraturstudie er man nødt til å være kritisk til kildebruk. Kildekritikk handler om å bruke kilder på en best mulig måte. Kildegranskning kan være et bedre begrep, da man ikke kritiserer kilden direkte, men gransker den for å se hva man kan finne og bruke i den. Kildene må vurderes, tolkes og analyseres(Christoffersen & Johannesen 2012).

Historieforskning har laget et regelsett som forteller oss hvordan man skal behandle kildene,

så man ikke forandrer eller gjør om på informasjonen som kan brukes fra de.

Hovedelementene i allmenn kildekritisk tilnærning er:

1. *Autentisitet*: Hvor kommer kilden fra: Hvem, hva og hvorfor. Forskeren må forstå sammenhengen kilden ble til i, forstå det faglige, politiske og pedagogiske.
2. *Troverdigheten må vurderes i forhold til formålet det skal si noe om*:
 - Er kilden relevant i forhold til problemstillingen?
 - Er det feil eller faglige svakheter ved kilden som kan vise tegn på at den ikke er troverdig?
 - Hvilke andre kilder kan brukes for å sette innholdet i foreliggende kilde i kontrast?
3. *Representativitet*:
 - Er det et dekkende dokument for det som skal undersøkes?
 - Er dokumentet forfattet ut fra en synsvinkel som i samtiden var marginal?
4. *Tolkning/betydning* handler om å forstå det dokumentet inneholder:
 - Hva forteller dokumentet?
 - Hva står det i teksten - er det skjult mening mellom linjene?
 - Er det spesielle språklige forhold som påvirker forståelsen av kildens innhold?

(Christoffersen & Johannessen 2012).

Vitenskapelige artikler inneholder som regel alltid en bestemt struktur, som kalles for IMRAD – struktur. Kjennetegnet på denne strukturen er at den inneholder 4 hovedpunkter (Polit & Beck 2014):

I: Introduksjonsdel. Her beskrives det hva slags konsept de har i artikkelen og hva den sentrale handlingen er. Hypoteser og forskningsspørsmål blir presentert, i tillegg til hensikten med studiet.

M: Metodedel. Her presenteres hvilken metode de har tatt i bruk for å besvare problemstillingen.

R: Resultat. Studiets funn.

D: Diskusjon. Tolkning av resultatene. (Polit og Beck 2014).

3.2 Systematisk søk av artikler

I denne bacheloroppgaven er hovedmålet å bruke gode og relevante artikler som besvarer den nevnte problemstillingen. Innhenting av artikler startet så snart det ble laget en problemstilling det skulle finnes svar på. For å snevre inn og konkretisere artikkelsøket ble det satt opp inklusjons – og eksklusjonskriterier som skulle benyttes til å søke i relevante databaser. Nedenfor er det derfor satt opp en matrise som viser disse kriteriene.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Forskningsartiklene skulle være publisert i et vitenskapelig tidsskrift og være fagfellevurdert	Forskningsartikler som kun handlet om AIDS
Forskningsartiklene skulle være publisert fra 2005 eller nyere	Forskningsartikler som handlet om HIV - positive barn
Forskningsartiklene skulle ha HIV - positive personer som tema	Forskningsartikler som handlet om HIV - positive kvinner og svangerskap
Forskningsartiklene skulle ha sykepleiefaglig relevans og være knyttet opp mot psykisk helse	Forskningsartikler som handlet kun om menn eller kvinner

De brukte databasene ble funnet gjennom Høgskolen i Gjøvik sine hjemmesider. Databasene som har blitt tatt i bruk er Cinahl, Oria og Sykepleien.no/forskning da dette er databaser som har mye faglig innhold innenfor helsesektoren. Vi har prøvd ulike søkeord og sammensetninger underveis i prosessen, for å prøve og snevre inn antall treff og for at de angitte treffene skulle være mest mulig relevante. Dette ledet videre til å se på overskrifter som fanget interesse og deretter lese sammendrag. Hvis sammendragene svarte til problemstillingen ble artikkelen lest i fulltekst. Google Scholar ble brukt som søkemotor på de artiklene som ikke fantes i fulltekst i databasene. Dersom artikkelen som ble funnet var relevant, ble ISSN-nummeret eller navnet på tidsskriftet skrevet inn i et søk i nettsiden nsd – database for statistikk og høgere utdanning. **ISSN** er et internasjonalt system som brukes for å identifisere periodiske publikasjoner (Blegvad 2015). Dette ble gjort for å undersøke om artikkelen eller tidsskriftet som artikkelen er publisert i var vitenskapelig, og om artikkelen var fagfelleurdert til nivå 1 eller 2. Dersom artikkelen ikke var vitenskapelig, ble den forkastet. Alle resultatartiklene brukt i oppgaven er vitenskapelige, mens bakgrunnsstoffet i oppgaven er fagartikler eller fagbøker.

Søkeord	Database	Antall treff	Artikkel	Fagfelleurdert	Avgrensning
Human immunodeficiency virus AND nursing	Cinahl	781	The contribution of the HIV specialist nurse to HIV care: a scoping review	Nivå 1	2009 - 2015 Engelsk
Nursing care AND HIV patients	Cinahl	63	Meeting the complex needs of individuals living with HIV: a case study approach	Nivå 1	2009 - 2015
HIV AND mental health	Oria	6292	Forms of social support and their relationships to mental health in HIV - positive persons	Nivå 1	2009 - 2015
Psykisk helse	Sykepleie n.no	19	Betydningen av en salutogen tilnærning for å fremme psykisk helse	Nivå 1	2009-2015, forsknings - artikler, fagfelleurdert
HIV + general nurses + support	Cinahl	4	Nurses job satisfaction and attitudes towards people living with HIV/AIDS in Russia.	Nivå 1	2010-2015

3.3 Forskningsetikk

Forskere må ta hensyn til etiske problemstillinger, uansett om studien omhandler dyr eller mennesker. Etiske hensyn er spesielt viktig da det kommer til sykepleiefaglig forskning, dette på grunn av at linjen mellom utøvelse av sykepleiepraksis og innsamling av data ofte er tynn. Et av de mest berømte eksemplene på uetisk forskning var det nazistene utførte på fanger i 1930 - 1940 årene (Polit & Beck 2014). Her ble det testet menneskelig utholdenhet og reaksjoner på nye medisiner. Studiene var uetiske, ikke kun på grunn av at personene ble utsatt for skade og død, men fordi testpersonene var med i studien ufrivillig. Forskningen gikk tydelig foran menneskeverdet og etikken (Polit & Beck 2014).

En av de første internasjonale etiske standardene ble kalt Nürnbergkoden, og ble utviklet i 1949 på grunn av nazistenes grusomheter. Flere andre internasjonale standarder har senere blitt utviklet, blant annet Helsinkierklæringen fra 1964, av World Medical Association. Denne ble revidert i 2008 (Polit & Beck 2014).

På grunn av at menneskerettighetene har blitt brutt, har mange etiske retningslinjer blitt laget (Polit & Beck 2014). Sykepleiere har også fått utviklet etiske retningslinjer, blant annet; The American Nurses Association (ANA) ga i 1995 ut *Ethical Guidelines in the Conduct, Dissemination, and Implementation of Nursing Research*. ANA ga også ut *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements* i 2001, som er et dokument som omhandler etiske dilemmaer for praktiserende sykepleiere, men som også inkluderer prinsipper som gjelder forskere innenfor sykepleiefaget. The International Council of Nurses (ICN) har utviklet *ICN Code of Ethics for Nurses*, denne ble revidert i 2006 (Polit & Beck 2014).

Ifølge Polit og Beck (2014) er selve fundamentet i de etiske prinsippene innenfor forskning å minimere ulempene og maksimere fordelene. Deltakerene i en studie, skal ikke bli utsatt for unødig risiko for skade, og deltakelsen må være av betydning for utvikling av samfunnet (Polit & Beck 2014). Deltakelsen i en studie skal ikke føre med seg ulemper for deltakerne, og informasjonen de gir skal ikke brukes mot dem ved et senere tidspunkt. Deltakerne skal kunne kreve full anonymitet i studien, og i tillegg til dette blir også respekten for menneskeverden og pasientens fulle rett til å få tilgang til og å lese studiet tatt hensyn til (Polit & Beck 2014).

3.4 Begrunnelse for valg av artikler

Som tidligere forespeilet, har vi tatt for oss tre arbeidsspørsmål for å holde den røde tråden gjennom hele oppgaven. Disse spørsmålene har vi også brukt under utvalgsprosessen av artikler. Artikkelen som har blitt valgt ut som resultatartikkel sier noe om at hiv – positive ofte rammes av psykiske lidelser, hvilke lidelser de ofte rammes av og hvordan sykepleier kan hjelpe pasientene med å fremme god psykisk helse. Artikkelen sier også noe om hvordan stigmatisering påvirker psyken hos denne pasientgruppen. Det har også blitt funnet artikler om ulike verktøy sykepleiere kan benytte seg av for å fremme den psykiske helsen til den hiv-positive.

4.0 Resultater

I denne delen av oppgaven, vil resultatartiklene bli presentert i en matrise. Her vil det som er relevant for oppgaven fra hver artikkel bli trukket frem.

Nr.1 Referanse	Paparello J. m.fl(2014). <i>Meeting the complex needs of individuals living with HIV: a case study approach</i> . I: British Journal of Nursing.
Hensikt	Denne artikkelen diskuterer kritisk sykepleien og behandlingen av en person som lever med humant immunsviktvirus - infeksjon, som krever en svært kompleks hiv omsorg. Denne artikkelen tar sikte på å forbedre helsearbeideres forståelse for hiv, slik at de kan forbedre praksisen og kunnskapen til sykepleiere rundt om i distriktet, slik at det kan utøves god omsorg til pasienter med hiv.
Nøkkelord	HIV, Long - term conditions, HIV - associated depression, disease management, self - management
Metode	Denne studien er basert på en case - studie, hvor det ble brukt “Wagner chronic care model” for å vurdere alvorlighetsgraden av “Mr. Blake” sin hiv - infeksjon. “Wagner chronic care model” er et rammeverk som brukes for å kvalitetssikre helsetjenester. Dette blir brukt som retningslinjer og er ikke bestemte regler for hvordan tjenestene skal utføres. Det ble tatt en rekke tester i forhold til hiv-diagnosen til “Mr Blake”. En hiv test ble utført for å sjekke hiv - virusets progresjon. Denne testen ble også tatt for å undersøke behandlingseffektivitet og hiv patogenesen, i tillegg til å undersøke hvor mye virus blodet inneholdt. Det ble også utført en resistenstest for å kunne vurdere effekten av etterlevelsen til “Mr.Blake”. Etterlevelse betyr evnen til å ta et legemiddel som legen har forskrevet. hiv - resistens oppstår dersom viruset ikke blir hemmet, dvs dersom pasienten ikke tar medisinene sine.

Resultat og diskusjon	I artikkelen skrives det om forvaltningsstrategier som for eksempel bruk av kognitiv atferdsterapi, som brukes for å lindre depressive symptomer. Videre er bruk av motiverende intervjuer for antiretroviral etterlevelse fremhevet som en mulig intervensjon for å hjelpe pasienter å overvinne de fysiske, psykologiske og fysiologiske utfordringene ved å leve med hiv. Den komplekse hiv omsorgen blir forvaltet i sekundærhelsetjenesten. Nyere lovgivning har motivert til endringer i hiv omsorgen som foregår i dagens samfunn. Antiretroviral etterlevelse er en forutsetning for overlevelse av sykdom. Like viktig er det at pasienten utøver egenomsorg til tross for sykdommen. Det er derfor viktig at sykepleiere skreddersyr etterlevelsens strategier i henhold til hver enkelt pasient sitt behov.
Konklusjon	Det å utøve riktig hiv - omsorg kan være avgjørende for personen som lever med sykdommen. Dette er viktig med tanke på pasientens tilrettelegging av egenomsorg.
Relevans for oppgaven	Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den viser viktigheten av kunnskap i møte med hiv - positive. Den er relevant fordi den viser verktøy som sykepleieren kan bruke i møte med pasienten.

Nr.2 Referanse	Langeland, E.(2009). <i>Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse</i> . I: Sykepleie Forskning Nr 4 2009
Hensikt	Hensikten med denne artikkelen er å kaste lys over og drøfte følgende aspekter i sammenheng med hverandre: <ul style="list-style-type: none"> • Å beskrive hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar mest til en positiv utvikling av SOC(“sense of coherence”) • Å se på SOC`s evne til å predikere forandring i livskvalitet i løpet av ett år, • Å vise grunnlag for utvikling av salutogene terapiprinsipper • Belyse effekten av salutogene terapiprinsipper i samtalegrupper.

Nøkkelord	Psykisk helse, livskvalitet, terapi
Metode	<p>Dette er en kvalitativ studie. Studien består av to metoder; To prospektive ett års oppfølgingsstudier, og en randomisert kontrollert studie med tre målinger i løpet av ett år. I studien var det 107 hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer. De ble inkludert hvis de i tillegg oppfylte disse kriteriene: Alder: 18-80år, har tilknytning til psykiatritjenesten, pleie og omsorg og/eller dagsenter, er klar og orientert, behersker det norske språk, kan føre en samtale, har ikke rusproblemer og kan klare å delta i en gruppe over et halvt år. 107 personer(92%) svarte på spørreskjemaet på baseline, 90(84%) på andre måling og 92(78%) etter ett år. I undersøkelsen brukte de spørreskjemaer: SOC-29 som måler SOC med subkomponentene: 1) Begripelighet 2) Håndterbarhet 3)Mening. Quality of Life Scale brukes til å kartlegge livskvalitet og inkluderer de tre subdomenene 1) Relasjoner og materielt velvære 2) Helse og funksjon 3) Personlig, sosial og samfunnsengasjement. Social Provisions Scale måler kvaliteten på sosial støtte og inkluderer de seks provisjonene 1) Tilknytning 2) Sosial integresjon 3) Å ha noen å få råd og veiledning hos 4) Bekreftelse på egenverdi 5) Mulighet til å gi omsorg 6) Ha noen til å stole på. Symptom checklist-90 kartlegger deltakernes mentale symptomer, disse er delt inn i 9 dimensjoner 1) Somatisering 2) Tvangssymptomer/adferd 3)Interpersonlig sensitivitet 4)Depresjon 5) Angst 6) Fiendtlighet 7) Fobisk angst 8) Paranoide ideer 9)Psykotisisme.</p> <p>Multippel lineær regresjonsanalyse ble anvendt for å undersøke sosial støttes påvirkning på SOC og for å teste SOC`s evne til å predikere endring i livskvaliteten i løpet av ett år.</p>

Resultat og diskusjon	<p>Denne studien har relativt strikte inklusjonskriterier og andre populasjoner og settinger kan være annerledes enn foreliggende studies utvalg, anses det som sannsynlig at funnene kan generaliseres til hjemmeboende personer med ulike, stabile psykiske helseproblemer. Forskningen i denne artikkelen dokumenterer betydningen av en salutogen tilnærming med fokus på å styrke SOC i rehabiliteringsprosessen for hjemmeboende pasienter med ulike psykiske helseplager. En implementering av disse prinsipper i samtalegrupper resulterer i en økning av SOC til forskjell fra kontrollgruppen. Disse resultater støttes, utfylles og underbygges av teorier og modeller som feks positiv psykologi, psykisk helse som “flourishing”, bedringsprosesser, empowerment og mestringsforventninger. Foreliggende studie viser at sosial støtte, og spesielt evne til å gi omsorg og oppleve sosial integrasjon, bidrar til en gunstig utvikling av SOC. Muligheten til å gi omsorg er kjennetegnet av at personen er giveren heller enn mottakeren av støtte og omsorg. Denne dimensjonen er forskjellig fra de andre sosiale støttedimensjonene fordi personen mottar sosial støtte ved å gi. Kvaliteten man oppnår og opplever ved på denne måten å investere i sosiale relasjoner kan være viktig for selvbildet, mening i livet og velvære. Forskning viser at avgjørende vendepunkt i bedringsprosesser er når det utvikles en mer gjenstidig hjelpende relasjon og at fagpersoner går ut over sin rolle av det som tradisjonelt forventes av dem. Gjensidighet synes viktig. Dette inkluderer å sikre at personen har mulighet for å gi omsorg, men også å anerkjenne felles styrke, svakheter og muligheter og begrensninger hos begge parter. I tillegg indikerer denne studien også at det kan være viktig å øke kvaliteten på sosial integrasjon for å fremme en sterkere SOC.</p>
Konklusjon	<p>Studien understreker betydningen av salutogen tilnærming i bedringsprosesser innen psykisk helse. Hovedmålet for intervensjonen var å øke deltakernes bevissthet om deres potensial, deres indre og ytre ressurser (for eksempel personlige kvaliteter, mestringssevne og sosial støtte) og muligheten til å bruke dem, og således styrke deres SOC. Terapeutrollen i det salutogene perspektivet går ut på å være en samtalepartner med en kombinasjon av kvaliteter som positiv, ubetinget aksept, empati og oppriktighet. Dette innebærer en balanse mellom å lytte til problemer og oppmerksomhet til styrke og ressurser. Kunnskapsgrunnlaget indikerer at en må skreddersy behandlingsopplegg som både skal fokusere på å redusere hindringer og styrke eksterne og interne ressurser, samt fremme en positiv selvforståelse og SOC, og dermed gi en høyest mulig emosjonell, psykologisk og sosial funksjon og velvære.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi det er et verktøy sykepleiere kan ta i bruk i møte med hiv-positive. Det kan tas i bruk til de som allerede har utviklet en psykisk lidelse, men også for å forebygge psykisk uhelse.</p>

Nr.3 Referanse	Warren A.R.(2010). <i>Forms of social support and their relationships to mental health in HIV - positive persons</i> . I: Psychology, Health & Medicine
Hensikt	Hensikten med studien var å finne ut av hvilken betydning det hadde for pasientens mentale helse å ha et sosialt nettverk rundt seg, og hvor nære relasjonene i nettverket måtte være for at det skulle fungere optimalt.
Nøkkelord	Social support, mental health, HIV/AIDS
Metode	I denne studien ble det brukt en kvalitativ metode. Det ble rekruttert 626 personer som lever med hiv/aids i New York City, som deltok i et intervjubasert studie som gikk ut på å undersøke sosial støtte, helsestatus, rusmiddelbruk og psykisk helse. Dataen som ble innsamlet ble modellert etter et type analyseverktøy som kalles <i>hierarchical classes analysis</i> (HICLAS). Dette verktøyet har ikke blitt brukt i denne sammenhengen tidligere. HICLAS satte to saker opp mot hverandre, generell støtte og assistanse vs støtte fra en viktig person i deres liv. Disse ble navngitt i tillegg til andre familiemedlemmer og venner. HICLAS identifiserte så deltagerene som rapporterte at de hadde generell støtte og assistanse, støtte fra en viktig person, begge deler, eller ingen av typene. De fasilitetene deltagerene ble rekruttert fra måtte ha vært i drift i minst 3 år og måtte ha minst 50 personer som levde med hiv/aids under behandling. For å være kvalifisert for studien måtte deltagerene være fylt 18, snakke engelsk/spansk og må ha mottatt tjenester i minst 3 mnd. Gjennomsnittsalderen var 47,16 år, de fleste var heterofile og hadde levd med hiv/aids i ca 10 år.

<p>Resultat og diskusjon</p>	<p>HICLAS ledet til observasjoner om det strukturelle forholdet mellom undersøkelser rundt sosial støtte, og til konklusjoner om deres sammenheng med psykisk helse. Denne nye analytiske strategien produserte en hierarkisk struktur som skiller viktigheten av støtte fra en viktig person, som ble rapportert av en definert undergruppe fra deltagerne som også godkjente andre former for støtte og hjelp. Resultatene bekreftet predikasjonen om at sosial støtte korrelerer med bedre mental helse. Funnene er bygget på litteraturen som demonstrerer at det å motta støtte fra en viktig person trinnvis øker den psykiske helsen positivt, mer enn det gjør når man mottar støtte i fra andre instanser. Disse funnene, som støtter fordelene ved å ha en viktig person som støtte, åpner for spørsmål om hvorfor og hvordan disse sosiale nettverksmedlemmene er til fordel for personer som lever med hiv/aids. Ved å undersøke på hvilken måte støtte blir gitt og mottatt ville det gitt oss mer kunnskap om hvorfor "viktige personer" syntes å være en fordel for mental helse hos personer som lever med hiv/aids. Om nettverk bindes med viktige personer - i denne forstand, tette familiemedlemmer - felles bånd - vil man kunne forvente at disse personene tilbyr støtte ut i fra deres vurdering av behov, ikke ut i fra rettferdighet eller det normative presset til å gjengjelde tjenester. Hvis denne støtten tilbyr noe på en ikke-direkte måte, ville det kanskje støtte mottakerens autonomi, håp og optimisme. At alle respondenter med en viktig person også var koblet til andre former for støtte, viser videre at personer som lever med hiv/aids likte og hadde nytte av både sterke og svake sosiale nettverksbånd. Sistnevnte ga de tilgang til ressurser, ekspertise og informasjon som ikke kom fra det mer følelsesmessige baserte, nære forholdene. Hos de som hadde en viktig person var det mer sannsynlig at hadde blitt spurt om de kunne hjelpe noen, og var mer i stand til å kunne gjøre det uten at det gikk utover deres egne behov. Enda var det også mer sannsynlig at disse personene hadde comorbiditet med psykiatriske lidelser og hiv - diagnose, og at de i sitt sosiale nettverk hadde personer som hadde seriøse sykdomsbilder, psykiatrisk og/eller rusproblematikk.</p>
<p>Konklusjon</p>	<p>Resultatene i denne artikkelen konkluderer med at de instansene som jobber med hiv/aids pasienter bør ha som mål å gi ekstra støtte til de uten en viktig person, spesielt til unge menn. Det kommer frem i resultatene i denne analysen at det er mange yngre og mannlige deltagere som hadde et støttenettverk som dekket flere behov. Deres mentale helse kan muligens uansett representere en sårbarhet, ettersom de ikke navnga en viktig person, som et familiemedlem. Et logisk neste steg vil være å utvikle måter på å skape støttende forhold for de som ikke rapporterer å ha noen.</p>
<p>Relevans for oppgaven</p>	<p>Studien var relevant for besvarelsen av oppgaven fordi den viste hvordan sosialt nettverk hadde betydning for psykisk helse hos hiv - positive personer. Den viste også betydningen av å ha en nær relasjon til noen, fremfor å ikke ha det. Det vil være viktig at helsepersonell støtter nettverksbygging for disse personene, og det vil være et godt tiltak og sykepleiere hjelper til med dette.</p>

Nr.4 Referanse	Tunnicliff, S.A. m.fl(2013). <i>The contribution of the HIV specialist nurse to HIV care: a scoping review</i> . I: Journal of Clinical Nursing
Hensikt	Hensikten med studien var å identifisere og kritisk undersøke bidraget spesialsykepleiere gjorde i forhold til HIV pleie i Storbritannia og andre industriland.
Nøkkelord	Advanced nurse practitioner, clinical nurse specialist, HIV, scoping review
Metode	<p>Artiklene og studiene som ble brukt, ble samlet inn ved å søke i elektroniske databaser som Ovid Medline, Allied and Complementary Medicine Database (AMED), Excerpta Medica database (EMBASE), British Nursing Index (BNI) og Cochrane. Søkene ble avgrenset fra årene 2000 til 2012, dette på grunn av de store forandringene som har skjedd innenfor hiv - pleie og endringene som har skjedd for HIV - positive i forhold til hiv - behandling og introduksjonen av HAART (highly active, antiretroviral therapy).</p> <p>Det ble stilt to relevante spørsmål ved inkluderingen av artikler: 1) Om fokuset primært var på spesialistsykepleiere innenfor HIV pleie, 2) Om artiklene enten ga en detaljert innsikt i rollen eller rapportert vurdering eller evaluering av bidrag til omsorg.</p>
Resultat og diskusjon	De ulike studiene som har blitt inkludert, viser hvordan sykepleierrollen har utviklet seg på ulike måter i forhold til behov for behandling. hiv - spesialsykepleieren utfyller en rolle hvor man bygger broer mellom pleie av pasient på sykehus og pleie av pasient ute i samfunnet. Sykepleieren utvikler spesielle evner, kunnskap og ekspertise ved hjelp av undervisning.
Konklusjon	Denne gjennomgangen av litteratur, viser den nåværende forståelsen hiv spesialistsykepleiere har og bidraget de har til HIV - behandling og omsorg. Det er noen indikasjoner på nytten av hiv - sykepleie i Storbritannia, selv om dokumentasjonen viser begrenset hva omfanget av virkningen faktisk er. Hiv - pleie møter til stadighet store utfordringer, og det finnes et klart behov for å utvikle en service som er effektiv med tanke på utvidelsen av bidraget til hiv - spesialsykepleiere. Slike utviklinger må utvides innenfor et rammeverk som optimaliserer bidraget til sykepleiere og måler innvirkningen de har på hiv - omsorg. Denne studien kan være en bidragsyter for å informere om slike utviklinger.
Relevans for oppgaven	Studien var relevant for oppgaven fordi den viste sykepleierrollen i forhold til hiv - positive. Den er også relevant fordi den viser hvor stor rolle sykepleiere kan ha da det kommer til behandlingen av hiv - positive.

Nr.5 Referanse	L.Hamama m.fl(2014) <i>Nurses job satisfaction and attitudes towards people living with HIV/AIDS in Russia</i> . I: International Nursing Review
Hensikt	Hensikten med denne oppgaven var å undersøke sykepleieres trivsel på jobb og deres holdninger mot mennesker som lever med hiv/aids i fasiliteter der sykepleiere regelmessig behandler disse pasientene, og i vanlige somatiske sykehus der sykepleiere sjeldent behandler denne pasientgruppen.
Nøkkelord	Attitudes, HIV/AIDS, Job satisfaction, Nursing, Russia
Metode	Denne studien brukte et kvanitativt forsknings design. Et forskningsbasert spørreskjema ble distribuert til sykepleiere som regelmessig jobbet med personer som lever med hiv/aids, på seks ulike hiv/aids sentere i Ekaterinburg. Undersøkelsen ble holdt under et undervisningsseminar som det på det tidspunktet deltok 76 sykepleiere. Sykepleierene ble informert om målet ved studiet og ble forsikret om at studien var anonym og frivillig. Etter å ha fullført spørreundersøkelsen ble konvoluttene forsegle og levert inn. For å sammelikne ble det samme gjort hos sykepleiere som jobbet på det største somatiske sykehuset i Ekaterinburg, som driver den største sykepleieskolen i regionen. I dette sykehuset ble 371 sykepleiere rekruttert. Det forskningsbaserte spørreskjemaet ble distribuert under tre tilfeldig valgte deler av konferansen som pågikk for å undervise i de nyeste faglige oppdateringene, noe som trengs for å jobbe med personer som lever med hiv/aids. 75 sykepleiere deltok i disse utvalgte delene. Sykepleierene som jobbet på sykehuset ble tilfeldig utvalgt til de forskjellige delene av konferansen, og med det ble det tilfeldig representasjon av resultat fra sykepleierene. Deltagerene fullførte tre selv - rapport undersøkelser, alle undersøkelser i denne studien ble oversatt fra engelsk til russisk og tilbake til engelsk fra to tospråklige tolker.
Resultat og diskusjon	Sykepleiere som sjeldent behandler mennesker med hiv/aids var signifikant yngre og flesteparten hadde en master, enn de som sjeldent behandler denne pasientgruppen. Ingen signifikante forskjellige mellom de to settingene kom frem i forhold til trivsel på jobb, men det som kom godt frem var forskjellen i sykepleierenes holdninger: Sykepleierene som jobbet på hiv/aids sentere rapporterte mindre unngående adferd enn sykepleiere på det generelle somatiske sykehuset. I forhold til empati var det ingen signifikante forskjeller, men empatiske holdninger bidro til forklaringen på variasjonen i jobbtrivsel.
Konklusjon	Selv om undersøkelsen var liten i omfang, ble det funnet assosiasjoner mellom unnvikende holdninger og trivsel på jobb, noe som fremhever behovet for strategier for reduksjon av stigmatisering og økt behov for informasjon om diagnosen. Ledelsen i helsevesenet bør derfor vurdere disse holdningene mot mennesker som lever med hiv/aids som en viktig faktor for å sikre en adekvat pleie for disse pasientene. Det bør også settes i gang undervisningsprogram for sykepleiere, spesielt rettet mot enheter som behandler hiv/aids på somatiske sykehus.
Relevans for oppgaven	Denne artikkelen er relevant for denne oppgaven, fordi den belyser viktigheten av gode holdninger i helsevesenet, for å gi hiv/aids pasienter god og adekvat behandling. Den belyser også hvor viktig det er å inneha nok informasjon og kunnskap om diagnosen for at sykepleiere skal føle seg trygge på å behandle disse pasientene, slik at denne pasientgruppen føler seg godt ivaretatt av helsevesenet.

4.1 Kunnskap om hiv og psykisk uhelse

Paparello m.fl(2014) skrev i sin studie om en pasient som ble kalt “Mr. Blake”, som var en mann som hadde levd med hiv i 10 år. Mannen ble kalt “Mr. Blake” for å opprettholde hans anonymitet. I løpet av årene med diagnosen, hadde han vært innlagt i sykehus for pneumocystis carinii pneumoni, som er en hiv - assosiert infeksjon. “Mr Blake” ble brukt som et eksempel for å vise hvordan det kan være å ha hiv, og det å ikke klare å takle sykdommen sin. Han utviklet angst og hiv - assosiert depresjon. Depresjonen førte igjen med seg dårlig etterlevelse til antiretroviral terapi(ART). Han utviklet videre resistens for den antiretrovirale terapien, noe som fikk sykdommen til å utvikle seg raskere. Immunsystemet til “Mr. Blake” sviktet gradvis over tid, noe som førte til at han ble innlagt på sykehus. Studien viste videre viktigheten av ART etterlevelse, som i følge Paparello m.fl(2014) er en forutsetning for å overleve med hiv. Det er derfor viktig at sykepleiere kan kjenne igjen pasienter som trenger støtte slik som “Mr. Blake”, da disse er i risiko for dårlig etterlevelse. Paparello m.fl(2014) mener at dette kan oppnåes ved å lage etterlevelsestrategier som passer til hver enkelt pasients behov, som kan få en potensielt dødelig sykdom til å bli en sykdom hvor pasienten klarer å ta vare på seg selv. For at sykepleiere skal kunne utføre god hiv - pleie, må sykepleiere ha kunnskap om de psykiske faktorene som spiller inn hos en person som har fått hiv - diagnosen, slik som “Mr. Blake”. Sykepleieren må ha kunnskap om sykdommen og hva den kan føre med seg.

4.2 Salutogen tilnærming som verktøy

Langelands(2009) forskning dokumenterer betydningen av en salutogen tilnærming med fokus på styrking og mestring i rehabiliteringsprosessen for hjemmeboende personer med ulike psykiatriske helseproblemer. Teorien om en salutogen tilnærming gir en grunnleggende forståelse for hvordan mestring, definert som “sense of coherens”(SOC) kan skapes. Videre beskriver Langeland(2009) at målet med en salutogen tilnærming ikke bare er å behandle symptomer, men også gjøre folk i stand til å leve optimalt med sine psykiske helseproblemer. Forebygging og behandling ved helsefremming er sentralt. Langeland(2009) forteller at hovedteorien for denne studien er den tverrfaglige, positive helseteorien om salutogenese. Teorien har fokus på grunnleggende antakelser om helse og sentrale begreper som SOC og motstandsressurser med vekt på sosial støtte og livskvalitet. Teorien om salutogenese definerer helse som et kontinuum(grader av helse) og søker etter faktorer som skaper en

høyere grad av helse(et positivt helsebegrep). Det motsatte er å klassifisere mennesker som syke eller friske hvor man defineres som frisk og ved god helse ved fravær av sykdom(et negativt helsebegrep). Langeland(2009) påstår at salutogenese fokuserer heller på personens historie enn på diagnosen og vektlegger mestringsevnen i historien. Teorien understreker bruken av potensielle og/eller eksisterende motstandsressurser, da en person er definert som et åpent system i et aktivt samspill med omgivelsene(indre og ytre forhold), og fokuset blir da ikke bare på å minimalisere risikofaktorer. Sist, men ikke minst så sier Langeland(2009) at denne tilnærmingen vektlegger aktiv tilpasning som idealet i behandlingen.

Langeland(2009) beskriver at en god SOC kjennetegnes av at vedkommende forstår livssituasjonen(forståelighet), har tro på at han/hun har de nødvendige ressurser tilgjengelig for å kunne finne løsninger(håndterbarhet) og opplever utfordringer som en motivasjon(mening). Mening er følelses- og motivasjonskomponenten og er identifisert som den viktigste. Det blir også beskrevet at jo høyere grad av motstandsressurser en person og omgivelsene opplever å ha potensielt tilgjengelig og kan anvende, jo bedre SOC og høyere grad av helse vil personen oppleve. Langeland(2009) skriver at kvaliteten på den sosiale støtte, som nære emosjonelle bånd er definert som særst viktig.

Videre vil Langeland(2009) ha frem at i denne studien er livskvalitet definert som “a broad range of human experiences related to one`s overall subjective wellbeing”. Definisjonen inkluderer domener som er viktige i en persons liv og er holistisk fundert. Langeland(2009) skriver om at Antonovsky(2000) anvendte begrepet “subjective well-being”, som ikke ble definert nærmere enn at man knytter velvære til evnen til å fungere optimalt ved bruk av ulike motstandsressurser.

4.3 Sosial støtte

Warren m.fl(2010) skriver i sin forskningsartikkel at det er kjent at personer som lever med hiv/aids har større risiko for å få psykiske helseproblemer, inkludert depresjon, angst og kronisk stress. Selv om årsakssammenhengen mellom hiv og psykisk helse er kompleks, er det tydelig at dysfori hemmer personer som lever med hiv/aids i å opprettholde god helse. I følge Warren m.fl(2010) finnes det mye litteratur som forteller om positive korrelasjoner mellom sosial støtte og bedring i den mentale helsen i form av selvtillit, selvtilfredshet, og den subjektive og den objektive bedringen av livskvaliteten. Det ser ut til at sosial støtte er

nøkkelordet for å bedre og ivareta de mentale helsebehovene hos en person som lever med hiv/aids(Warren m.fl 2010). Warren m.fl(2010) skriver videre i sin forskningsartikkel at det å ha støtte fra en viktig person førte til en større bedring i den mentale helsen, fremfor det å ha støtte fra andre instanser eller andre personer som ikke stod så nær. Til de som ikke navnga en viktig person vil det være et nyttig tiltak å hjelpe de med å utvikle et nært forhold til noen, da man muligens vil være mer sårbar uten(Warren m.fl 2010).

4.4 Utvikling av sykepleierollen for å tilpasse til bedre HIV - omsorg

Tunncliff m.fl(2013) skriver i sin studie om endringer som har skjedd innenfor hiv – behandling de siste to tiår. Den største utviklingen som har skjedd innenfor medisinsk behandling, er høyaktiv antiretroviral behandling. Den ble tilgjengelig sent på 1990 tallet, og hadde god effekt på hiv – positive. Samtidig som den medisinske behandlingen har endret seg, har sykepleie til hiv – positive utviklet seg. Tunncliff m.fl(2013) skriver at rollen til spesialistsykepleieren utviklet seg i Storbritannia i 1980 - årene. Til felles for mange land, var årsaken til utviklingen av sykepleierollen grunnet stadig større utfordringer i helsevesenet og det trengtes å optimalisere bidraget til alle i helsevesenet. Utvikling av sykepleierollen innenfor HIV – pleie, gir fordeler blant annet for pasientbehandling som følge av forbedret ivaretagelse av sykepleiere. Tunncliff m.fl(2013) hevder også at det er mer effektivisering da det gjelder bruk av medisiner og sykepleiere som ressurs. Utfordringene som kommer av hiv, gjør at det er et sterkt behov for utvikling og innovative praksiser som tilbyr ”mer for mindre”. Det er da sannsynlig å inkludere økende og utvidende involvering av hiv spesialistsykepleieren utover all helsehjelp til hiv-positive.

4.5 Holdninger

Hamama m.fl(2014) hevder at holdninger er en intern tilstand som generelt er trodd at skal reflektere tre forskjellige komponenter: et kognitivt komponent(erkjennelse, oppfatning) som er koblet til en persons tro eller tenkning, det affektive komponentet(emosjoner) som er knyttet til en persons verdier, og adferdskomponentet som er knyttet til en persons handlinger. Hamama m.fl(2014) mener at holdninger derfor kan på den måten påvirke en persons valg angående adferd. Dette viser at sykepleiere da kan ha en viktig påvirkning i kvaliteten på pleien av pasienten. Tidligere studier påstår at om en sykepleier viser mer empati og medfølelse i arbeidet med personer som lever med hiv/aids, blir det assosiert med færre

psykiske plager hos pasientene. På en annen side mener Hamama m.fl(2014) at flere studier har dokumentert negative holdninger mot hiv/aids pasienter hos flere i helsesektoren. Dette av flere grunner; inkludert, men ikke begrenset til frykten av å bli smittet av sykdommen, at man ikke liker å jobbe med terminalt syke pasienter, oppfatningen av personlig risiko, at man ikke er villig til å jobbe med en viss pasientgruppe(feks rusmisbrukere og homoseksuelle) og bekymringer over å bli stigmatisert på en profesjonelt nivå. Hamama m.fl(2014) forteller også om tidligere forskning som viser at økt kontakt med personer som lever med hiv/aids hjelper folk i helsesektoren. Den økte kontakten bidrar til å heve kunnskapsnivået om hiv - smitte og øke empatien for deres pasienter. Disse funnene stemmer overens med en teori skrevet av Gordon Allport som går ut på at om man blir utsatt for kontakt med ulike gruppe mennesker, vil forhåndsdomming bli svekket og det blir flere positive holdninger mot denne gruppen(Hamama m.fl 2014).

5.0 Drøfting

I drøftingsdelen vil sentrale temaer for oppgaven bli belyst for å finne svar på problemstillingen. Studiene som ble presentert i resultatdelen og litteraturen i bakgrunnen vil bli trukket frem og bidra til å finne svar på problemstillingen sammen med annen relevant litteratur.

5.1 Sammenheng mellom stigma, holdninger og psykisk helse

Paparello m.fl(2014) viser til Boyes og Cluver(2013) som skriver at stigmatisering er en stor grunn til dårlig hiv - omsorg pga den sosiale avvisingen og ekskluderingen som denne sykdommen fører med seg. Dette kan påvirke individets evne til å erverve eller opprettholde effektiv behandling av denne diagnosen(Paparello m.fl 2014). Hamama m.fl(2014) hevder at holdninger kan påvirke adferden hos mennesker, fordi holdninger er en intern tilstand som baseres på de tre komponentene; kognitiv- affektiv- og adferdskomponent. Det blir laget en oppfatning, vi føler og handler deretter ut i fra dette. Ifølge Hamama m.fl(2014) kan dårlige holdninger i forhold til hiv – positive, føre til stigmatisering, og dette vil igjen føre til dårlig behandling til hiv – positive. Stigmatiseringen og diskriminering av hiv – positive relateres til lite kunnskap om diagnosen(Regjeringen 2009). Det at folk generelt har lite kunnskap om hiv, kan også føre til frykt(Regjeringen 2009). Tidligere forskning viser at kunnskapsnivået til personer som jobbet i helsevesenet økte, da de hadde mer kontakt med personer som hadde hiv/aids, og med det så ble stigmatiseringen redusert(Hamama m.fl 2014).

Lien og Skaarud(2009) hevder at åpenhet om hiv - diagnosen føre til vansker med å få jobb. Enkelte personer opplever stigma og sosial utstøtning på arbeidsplassen. Dette kan da føre til at personen som er hiv – positiv heller holder diagnosen skjult(Lien & Skaarud 2009).

En arena som ofte kan brukes som et eksempel på hvor diskriminering forekommer, er i arbeidslivet. Det har også forekommet usaklig forskjellsbehandling innenfor helsesektoren. Som som tidligere forespeilet, så er det spesielt i de tjenestene som sjeldent er i kontakt med hiv-positive mennesker det forekommer diskriminering(Regjeringen 2009).

Regjeringen(2009) skriver at dette forekommer på grunnlag av fordommer og mangel på kunnskap, der begrepene sosial ekskludering, diskriminering og stigmatisering er nøkkelord.

Hamama m.fl(2014) mener at på grunnlag av dette, så er det behov for å ta disse holdningene med i betrakningen for å sette i gang undervisningsprogram for sykepleiere, da spesielt rettet mot enheter som behandler hiv/aids pasienter på somatiske sykehus. Grunnen til at Hamama m.fl(2014) mener det bør være rettet mot somatiske sykehus, er fordi det ble rapportert forskjell i holdninger for de som jobbet i fasiliteter som behandlet hiv - positive på en jevnlig basis, fremfor de som jobbet på et somatisk sykehus.

Dybvig m.fl(2004) forteller i sin bok at selvstigma er en følge av det å bli stigmatisert. Man begynner å identifisere seg med egenskapene som forbindes med stigmaet. Håpløshet og et negativt selvbilde følger selvstigmaet. I følge Travelbee(1999) vil den som opplever håpløshet, være uten håp. Han tror ikke det er muligheter for forandring og derfor vil han ikke forsøke å gjøre noe med det. Dette fører da til at personen ikke vil prøve å løse problemer og han vil heller ikke forsøke å mestre vanskelighetene i livet(Travelbee 1999). For en del som opplever dette vil det gjøre at de trekker seg ut av fellesskap og unnlater å søke hjelp, noen kan også bli slurvete og forsømmer personlig hygiene(Dybvig m.fl 2004). Travelbee(1999) mener at det da er den profesjonelle sykepleierens oppgave å inspirere den syke til håp og ikke fortsette å holde fast ved håpløsheten. De kognitive, psykologiske og psykososiale byrdene, gjør ofte at en depresjon blir utviklet hos en hiv - positive person(Paparello m.fl 2014). Stigmatiseringen og den sosiale isolasjonen som "Mr. Blake" opplevde var direkte relatert til depresjonen han fikk, og det hadde en stor på effekt på hans antiretrovirale etterlevelse og hans likegyldighet til hiv-omsorgen han fikk(Paparello m.fl 2014). Dette skyldes da at depresjonen fører til at pasienten ikke klarer å følge opp behandlingstimene(Paparello m.fl 2014).

Paparello m.fl(2014) henviser til en studie skrevet av Grov m.fl(2010)som hadde funnet ut at hiv - relatert stigma og ensomhet øker muligheten for depressive symptomer med 80%. Det er derfor imperativt at sykepleieren vurderer pasienten for depressive symptomer i en tidlig fase, og presentere tiltak som er siktet mot tilrettelegging for egenomsorg(Paparello m.fl 2014). Depresjon og angst er en vanlig årsak til dårlig etterlevelse av antiretroviral terapi(Paparello m.fl 2014). Videre skriver Paparello m.fl(2014) om filosofien for hans forskningsmodell. Den fokuserer på å fremme egenomsorg ved å styrke pasienten gjennom helseundervisning for å minimalisere progresjon av hiv – diagnosen. Egenomsorg oppnås ved å hjelpe pasienter, slik som "Mr.Blake", til å få den nødvendige informasjonen og ferdighetene til å kunne utøve

egenomsorg. Videre skriver Paparello m.fl(2014) at det var funnet tiltak for å forbedre egenomsorgen, slik som å være opptatt med diverse aktiviteter og å gå til terapi.

5.2 Metoder i sykepleiefaglig arbeid som brukes helsefremmende i forhold til psykisk helse og hiv - positive

Ifølge Andreassen m.fl.(2011) skriver Kleven(2006) at kunnskap viser seg å være en viktig strategi for å håndtere den medisinske behandlingen og det uforutsigbare sykdomsforløpet. For at sykepleieren skal kunne yte god omsorg til hiv - positive, må hun/han ha kunnskap om de psykiske faktorene som spiller inn hos en person som har fått hiv(Paparello m.fl 2014). Det er kjent at depresjon, angst og kronisk stress er diagnoser som hiv - positive står i risikozonen for å utvikle(Warren m.fl 2010). Årsakssammenhengen er kompleks, men det er allikevel tydelig at dysfori hemmer personer som lever med hiv/aids i å opprettholde god psykisk helse(Warren m.fl 2010). Paparello m.fl(2014) forteller om en studie som gjort av Eller m.fl(2010). I denne studien ble det skrevet om hiv – relaterte erfaringer. Det viste seg da at mangel på sosial og psykisk støtte og hvordan pasienten selv oppfatter hiv - infeksjonen, bidrar til å utvikle depresjon. Som en konsekvens, vil depresjonen ha en innvirkning på om pasienten klarer å delta på oppfølgingstimer for å opprettholde adekvat antiretroviral etterlevelse(Paparello m.fl 2014). Paparello m.fl(2014) forteller om en studie utført av Kalichman m.fl(2011). Kalichman m.fl(2011) gjorde et randomisert kontrollert studie som fant ut at noe så enkelt som å bruke en telefon som hjelpemiddel, forbedret etterlevelse fra 87% til 95,3%. Ved å bruke denne metoden så ville “Mr Blake” få påminnelse på tekstmeldinger om medisiner og oppfølgingsavtaler.

Et annet hjelpemiddel er en salutogen tilnærming som brukes hos hjemmeboende pasienter som har utviklet psykiske helseproblemer. Dette kan sykepleiere anvende i en rehabiliteringsprosess(Langeland 2009). Teorien om en salutogen tilnærming gir en grunnleggende forståelse for hvordan mestring, definert som “sense of coherence”(SOC) kan skapes. Fokuset i en salutogen tilnærming er å skape følelsen av mestring og styrke personen som lever med et psykisk helseproblem(Langeland 2009). Videre beskriver Langeland(2009) at målet med denne tilnærmingen er å ikke bare behandle symptomene, men også gjøre folk i stand til å leve optimalt med sine psykiske helseproblemer. Forebygging og behandling ved helsefremming er sentralt. Joyce Travelbee(1999) stiller spørsmål om hva en sykepleier kan tilby noen som har gjennomgått livs – forandringer av en kronisk, invalidiserende eller en

terminal sykdom. Hun mener da at sykepleierens funksjon i slike tilfeller er å hjelpe den enkelte å oppnå optimal helse i den graden det er mulig, da det å *gjenvinne* helse ikke er mulig (Travelbee 1999). Langeland (2009) beskriver videre at den salutogene teorien har fokus på grunnleggende antagelser om helse og sentrale begreper som SOC og motstandsressurser med vekt på sosial støtte og livskvalitet.

Warren m.fl (2010) skriver i sin forskning at sosial støtte korrelerer med bedre mental helse. Studien kom frem til at å motta støtte fra en viktig person øker den psykiske helsen mer positivt, fremfor det å motta støtte fra andre instanser slik som helsevesenet. Samtidig viste også forskningen at hiv-positive hadde nytte av "svake" sosiale nettverksbånd, da de fikk tilgang til ressurser, ekspertise og informasjon fra denne typen nettverksbånd (Warren m.fl 2010). Et eksempel på å få utbytte fra "svake" nettverksbånd, er hjemmebesøk (Tunncliff m.fl 2013). Tunncliff m.fl (2013) skriver i sin studie at Totterdale (2010) beskriver en variert arbeidsrolle for sykepleier i poliklinikk, der man jobber på tvers av sykehus og samfunnets normale omsorgstilbud i urbane områder med *lav* forekomst av hiv i Storbritannia. For å hjelpe pasienten med sin etterlevelse eller med vanskelige sosiale problemer, blir det identifisert viktige områder i jobben, som for eksempel hjemmebesøk (Tunncliff m.fl 2013). Videre forteller Totterdale (2010) i Tunncliffs m.fl (2013) studie at omsorgstilbudene disse poliklinikkene har vil inkludere:

- Forberedelser til behandlingsoppstart
- Støtte de som behandles gjennom regelmessige medikamentelle vurderinger
- Symptomlindring
- Å motiverer pasientene til å delta i behandlingsløpet

(Tunncliff m.fl 2013).

I Tunncliff m.fl (2013) sin artikkel beskriver Mabey - Puttock (2007) en klinikk i Storbritannia, som blir ledet av sykepleiere. I dette området er det høy forekomst av hiv-positive. Denne klinikken ble opprettet for at sykepleierene skulle arbeide sammen i forhold til medisinske vurderinger. Fokuset for klinikken var å støtte etterlevelse, men inkluderte også et bredere støtteapparat sammen med et undervisningsprogram. Som Joyce Travelbee (1999, s.34) sa: "Kjernen i all helsefremmende undervisning er (om nødvendig) å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene". Mabey - Puttock (2007) forteller videre i

Tunnicliffs(2013) studie at til og begynne med ble klinikken opprettet for å ta vare på pasienter som var stabile i forhold til sin diagnose. Etter som tiden gikk ble klinikken og sykepleieledelsen utvidet for å hjelpe et økende og spredt spekter av pasienter i forskjellige faser av diagnosen. Disse pasientene hadde komplekse fysiske og psykososiale behov(Tunnicliff m.fl.2013). Sykepleieren har ved hjelp av utdanning tilegnet kunnskaper om sykepleie til ulike pasientgrupper med ulike diagnoser. Disse blir anvendt med sikte på å hjelpe mennesker med å forebygge sykdom, gjenvinne helse, finne mening i sykdom eller det å opprettholde en best mulig helsetilstand(Travelbee 1999).

De fleste sykepleiere er klar over at det syke mennesket har behov for helsefremmende undervisning(Travelbee 1999). Det som ofte kan skje er at den syke følger det foreskrevne regimet en tid. Etter hvert som han møter problemer begynner han å føle at livet er fratatt mening og glede, på grunn av de tiltakene som er nødvendige for helsen hans(Travelbee 1999). Ifølge Travelbee(1999) kan dette føre til at pasienten gir opp, og slutter å følge det oppsatte regimet. Paparello m.fl(2014) skriver at “Mr Blake” gikk til behandling på en sykepleieledet klinikk, som spesialiserte seg på etterlevelse. For å lette “Mr Blakes” overgang fra sykdomsbehandling til egenomsorg, ble en rekke avtaler laget av disse sykepleierne. Dette ble gjort for å fremme hans ressurser og positive atferd mot den medikamentelle etterlevelsen(Paparello m.fl 2014).

I Langelands(2009) studie står det at salutogenese fokuserer på personens historie fremfor diagnosen og vektlegger mestringsevnen i historien. En god SOC er, i følge Langeland(2009), at vedkommende forstår livssituasjonen (forståelighet), har tro på at han/hun har de nødvendige ressursene tilgjengelig for å kunne finne løsninger(håndterbarhet) og opplever utfordringer som en motivasjon. Mening er følelses- og motivasjonskomponenter og disse er identifisert som de viktigste komponentene. Langeland(2009) konkluderer med at det å implementere disse prinsippene i samtalegrupper ga en økning av SOC til forskjell fra kontrollgruppen i studiet.

5.3 Sammenheng mellom det å få en hiv - diagnose, relatert til psykisk helse og sykepleie

Angst, sosial isolasjon og stigmatisering må bli kartlagt av sykepleiere for å kunne hjelpe pasienter til å takle utfordringene som kommer av det å leve med hiv(Paparello m.fl 2014). Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har enhver sykepleier et ansvar for å fortløpende å oppdatere sin kunnskap i forhold til sine pasienter(Lien og Skaarud 2009). I følge Andreassen m.fl(2011) skal informasjonen som gis til pasienten kunne hjelpe for å kunne leve videre og for å kunne takle sin nye hverdag. Det er derfor viktig at informasjonen som blir gitt gis i passe mengder, slik at det ikke blir en overveldende flom av informasjon på en og samme tid. Det er derfor viktig at informasjonen individualiseres(Andreassen m.fl 2011). Travelbee(1999) forteller at det er ulike måter å reagere på sykdom, og disse reaksjonene er forutbestemte ut i fra kultur, religiøsitet og filosofiske synspunkter. Reaksjonene varierer fra person til person(Travelbee 1999). Paparello m.fl(2014) skriver om at filosofien for modellen i hans forskning fokuserer på å fremme egenomsorg av å styrke pasienten gjennom helseundervisning for å minimalisere progresjon av hiv – diagnosen. Ifølge Paparello m.fl (2014) kan depresjon forstyrre evnen til egenomsorg. Egenomsorg oppnås ved å hjelpe pasienter, slik som “Mr.Blake”, til å få den nødvendige informasjonen og ferdighetene til å kunne utøve egenomsorg.

I følge Tunnicliff m.fl(2013) ble det åpnet for at sykepleiere kunne fordype seg i hiv - omsorg, allerede i startfasen av hiv - behandlingen. Dette har utviklet seg over de siste to siste tiårene. Dette ble videre utviklet som en respons på forandring innenfor to områder: for det første, forandringer i behandlingen og omsorg til personer med hiv. For det andre, forandring og utvikling innenfor avansert sykepleie praksis(Tunnicliff m.fl 2013). Videre forteller Tunnicliff m.fl(2013) at når disse kliniske sykepleierene har utviklet seg i form av bestemte områder i praksis, ble fagkyndige sykepleiere i Storbritannia utviklet innenfor 4 funksjonsområder. Disse områdene var ekspertise, lederskap og rådgivning, utdanning, trening og tjenesteutvikling, forskning og evaluering(Tunnicliff m.fl 2013). I Storbritannia er det stor interesse for å utnytte kompetansen spesialsykepleiere innehar innenfor hiv - omsorg i et større omfang. Dette er fordi deres deltagelse har mottatt utbredt profesjonell støtte i forhold til omsorg til de stabile hiv - pasientene og for å skape retningslinjer for denne gruppen. Potensielt vil det gi fordeler til tre vide områder: fordeler for pasientomsorg, som et

resultat av bedre tilrettelegging for helsepersonell, mer effektivt bruk av helseressurser, og økt kostnadseffektivitet av helsetjenester for hiv - pasientene(Tunnicliff m.fl 2013).

Tunnicliff m.fl(2013) skriver om en studie hvor Griffith m.fl(2007) presenterte en kvalitativ studie som ble gjennomført i London. De fokuserte på et aspekt av omsorg og rapporterte om pasienterfaringer fra en sykepleieledet klinikk som ga råd, og hva effekten av dette tiltaket var i forhold til etterlevelse. Denne instansen var tilgjengelig for pasienter som hadde blitt rådet til å starte/forandre høyantiretroviral terapi, og de som ønsket å diskutere problemer med deres pågående behandling. Dette var gunstig for pasienter fordi det ga pasientene tilbud om enkel rådgiving i forhold til behandling. Det ga også tilbud om tett pasientovervåking for å bedre etterlevelse. I denne studien besto den innsamlede dataen av 17 observasjoner som ble gjort under ulike konsultasjoner og 10 intervjuer av pasienter. Det var positive resultater. Pasientene rapporterte at å få tilbudet om regelmessig telefonstøtte ga beroligende effekt, fjernet følelsen av isolasjon og oppmuntret til etterlevelse. Griffith m.fl(2007) foreslo også at støtte via telefonkontakt sparte tid og ressurser.

Noen forutsetninger for å kunne utføre god sykepleie til hiv – positive, er ifølge Paparello m.fl(2014) kunnskap om diagnosen. Å få en hiv – diagnose oppleves som en krise for de fleste(Andreassen m.fl 2011), som gjør at sykepleieren må ha gode ferdigheter og egenskaper til å kunne utføre god hiv - omsorg(Paparello m.fl 2014). Ifølge Tunnicliff m.fl(2013) har høyaktiv antiretroviral terapi gitt betydelige forbedringer da det gjelder livskvalitet og levetid, og hiv er nå betraktet som en sykdom man kan leve resten av livet med. Hovedfokuset til sykepleieren må være å hjelpe den enkelte person som er syk og familien dens, ikke bare med å mestre sykdom, men å finne meningen med sykdommen(Travelbee 1999).

I Storbritannia har de utvidet det bidraget hiv – sykepleiere gir i forhold til hiv – positive(Tunnicliff m.fl 2013). I følge Tunnicliff m.fl(2013) har det blitt vist at dette kan være positivt i forhold til omsorgen som blir utført til hiv – positive personer. Det er også positivt i forhold til at omsorgen til hiv – positive forbedrer seg, og det blir bedre samarbeid mellom de som jobber innen helsevesenet(Tunnicliff m.fl.2013). Sykepleierne får da muligheten til å engasjere seg mer i behandlingen til den enkelte pasienten fra begynnelsen av, og kan på denne måten utvikle et godt ”menneske til menneske” forhold, som Joyce Travelbee(1999) var opptatt av.

Paparello m.fl(2014) tar sikte på å forbedre kunnskapen og forståelsen som helsearbeidere har til hiv. Det blir også lagt vekt på at pasienten skal utøve egenomsorg, det er derfor viktig at sykepleier lager etterlevelsstrategier i henhold til pasientens eget behov (Paparello m.fl 2014). Det ble gjennomført et tverrfaglig møte for å avgjøre det beste løpet for behandling av “Mr. Blake”, for å sørge for å optimalisere hiv – omsorgen. Resultatet av dette ble å lage et tverrfaglig program for at både hiv – omsorg og psykologisk behandling skulle skje på samme dag(Paparello m.fl.2014). Videre nevner Paparello m.fl(2014) en studie som er skrevet av Nicca m.fl(2007) som støttet den tverrfaglige hiv - behandlingen fordi den optimaliserte pleien, bedret livskvaliteten og pasientens egne erfaringer fra behandlingsstedet ble forbedret.

5.4 Kritikk til eget arbeid

I begynnelsen av bachelorskrivingen vurderte vi å vinkle problemstillingen om behandlingen til hiv - positive, som er høyaktiv antiretroviral terapi. Resonnementet ble at dette ikke var en god sykepleie - relatert vinkling. Ut i fra dette ble det valgt å rette oppgaven mot hiv - positives psykiske helse og hva sykepleiere kan gjøre for å fremme psykisk helse hos denne pasientgruppen. Dette førte da til at sykepleierrollen ble inkludert i oppgaven.

Vi jobbet med oppgaven en god stund før vi kom frem til problemstillingen. Dette førte til at artikkelsøket ble begynt senere enn det som var ønsket, og tok en del tid som heller skulle vært brukt på selve skrivearbeidet.

Vi er kritiske til innholdet av funnene, da disse er basert på artikler som ikke er norske, og er ikke nødvendigvis i samsvar med det norske helsevesenet. Det ble valgt ut 5 artikler, da disse på en god måte kunne bidra til å svare på problemstillingen. Det er mulig at oversettelsen av artiklene ikke ble optimal, med tanke på vanskelige ord og faguttrykk som ble brukt. Forhåpentligvis har det ikke så mye og si for resultatet på oppgaven.

Det som kunne ha blitt gjort annerledes i oppgaven, kunne kanskje vært å brukt flere databaser og eventuelt inkludert flere artikler. Det ble utført søkt i ulike databaser, men da det ble funnet relevante artikler i en database var det lett å fortsette søket i samme database. Etter hvert som søket pågikk over en lengre periode og det ikke ble funnet flere artikler, måtte det finnes nye søkeord. Det som vi har sett på i ettertid var at vi kunne gjort det litt enklere dersom vi hadde sett på studiene vi hadde funnet, og sett på nøkkelordene som var skrevet i studien. Disse ble da heller brukt som søkeord mot slutten av søkeprosessen.

Det er mulig at det finnes andre artikler som hadde vært relevante å inkludere i forhold til problemstillingen, men det ble forsøkt på best mulig måte å holde resultatartiklene til inklusjons – og eksklusjonskriteriene for å begrense søkeresultatene i databasene. Det var forholdsvis lett å finne statistikk på antall hiv – smittede i Norge. Det som var vanskelig var å finne studier hvor det var forsket på den psykiske helsen til hiv – positive i Norge. Det ble funnet et par studier om var skrevet i Norge, men disse var for gamle og ikke relevante i forhold til inklusjonskriteriene i oppgaven. Det ble også en utfordring å finne artikler som

innehold alle elementene vi lette etter; sykepleierrolle, hiv-positive og psykisk helse. Det ble løst på best mulig måte ved å bruke noen artikler som inneholdt alle elementene og noen artikler som generelt gikk på å forebygge psykisk uhelse.

6.0 Konklusjon

Gjennom oppgaven har det kommet frem hvor viktig det er med kunnskap om den somatiske diagnosen hiv, og at mangel på kunnskap kan føre med seg psykisk uhelse. Sykepleieren kan ved hjelp av kunnskap bidra til å hjelpe hiv – positive til å takle de psykiske følgene som kommer av en hiv – diagnose. Dette er en viktig del av det å fremme den psykiske helsen til den hiv - positive. En strategi for å håndtere det uforutsigbare sykdomsforløpet og den medisinske behandlingen, vil være kunnskap. Som Joyce Travelbee(1999, s.171) sier; “Menneske - til - menneske - forhold i sykepleiesituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt”. Informasjon er en viktig del av behandlingen til hiv – positive. Informasjon henger sammen med kunnskap. Har ikke sykepleieren nok kunnskap om hiv som diagnose, så innehar ikke sykepleieren informasjonen som skal til for å hjelpe den hiv - positive tilstrekkelig under behandlingen.

For at sykepleier skal kunne forebygge psykisk uhelse hos en hiv – positiv, er det vesentlig at hun har en stor rolle i behandlingen til pasienten, fra begynnelsen av. Dette betyr deltagelse fra første stund. Helt i fra da pasienten får vite om diagnosen, og videre i behandlingen. En salutogen tilnærming kan brukes på to måter. For å fremme den psykiske helsen til den hiv - positive personen, kan sykepleieren bruke salutogenese som metode. Salutogenese har blitt brukt til å hjelpe hjemmeboende pasienter med en stabil psykisk lidelse til å føle mestring. Dette ved å kartlegge “sense of coherens”, livskvalitet, kvaliteten på støtten de mottar og ved å kartlegge symptomer. Man bruker det man har kartlagt til å bevisstgjøre pasientene på hvilke ressurser de har og dermed styrke mestringsfølelsen og styrke SOC. Det vil også kunne overføres til bruk for å forebygge psykisk uhelse. Dette ved å se på hvilke ressurser pasienten allerede har og bruke disse forebyggende.

Det har blitt vist at holdninger og stigmatisering fortsatt er en del av helsevesenet og arbeidslivet i dag. En grunn til at helsearbeidere stigmatiserer, kan være det at de ikke arbeider med hiv – positive på en jevn basis og vet derfor ikke hvordan hiv smitter og ikke smitter. Dette kan relateres til mangel på kunnskap. Arbeider man med hiv – positive ofte, er dette informasjon som du vil ha tilegnet deg ganske raskt. Det er derfor viktig at dersom sykepleier møter en pasient med en diagnose som man ikke innehar nok kunnskap om som i dette tilfellet er hiv, må sykepleier følge yrkesetiske retningslinjer og oppdatere seg på denne informasjonen i videre møte med pasienten. Dette er en forutsetning for å kunne utøve en god

pleie til den hiv – positive. Om pasientene opplever stigmatisering fra samfunnet generelt og fra helsevesenet vil de med tid begynne å identifisere seg med de egenskapene stigmaet forbindes med. Selvstigmaet vil bli en konsekvens av det å bli stigmatisert. Med selvstigma vil det ofte føre til at man trekker seg unna fellesskapet og ikke ønsker å oppsøke stedene man føler stigmatisering og derfor kanskje ikke dra til sykehuset for hjelp. Det å få en hiv-diagnose med alt det fører med seg er en påkjenning i selv, og når stigmatisering blir en del av hverdagen i tillegg vil det ofte medføre at pasienten blir deprimert.

Diagnoser som hiv-positive står i risikozonen for å utvikle er kronisk stress, angst og depresjon. Psykisk uhelse fører til dårlig etterlevelse til antiretroviral terapi. Den dårlige etterlevelsen fører igjen til at pasienten utvikler antiretroviral resistens og sykdommen vil utvikle seg raskere. Det er derfor viktig at en sykepleier klarer å se behovet for tettere oppfølging hos pasienten. Det å innføre hjemmebesøk til stabile hiv-positive vil være positivt fordi det vil føre til mindre stress for pasienten og gi pasienten større utbytte av det “svake” sosiale nettverket. Et annet eksempel på tiltak er kontakt gjennom telefon der pasienten får påminnelser om å ta medisiner og minnet på oppfølgingsavtaler. Man kan også sette av ressurser til et telefonbasert rådgivingstjeneste. Denne tjenesten vil gå ut på at sykepleiere gir råd til pasienter som har blitt anbefalt å starte eller forandre på høyantiretroviral terapi, få råd om behandling og i tillegg tett oppfølging for å bedre etterlevelse. På tross av at pasientene har utbytte av denne typen sosialt nettverk, har det større betydning for den psykiske helsen å ha en viktig person å støtte seg på. Det kommer frem i litteraturen at sosial støtte korrelerer med bedre psykisk helse. Kvaliteten på støtten har også en betydning. Det betyr at de pasientene som har en nær og god relasjon til en person vil ha en bedre mental helse enn de som ikke har denne nære støtten. Det vil da være fordelmessig om sykepleieren gir ekstra støtte til disse pasientene uten en viktig person og hjelpe de med å skape en nær relasjon. Om det da blir en ny person som blir introdusert eller om man hjelper personen til å styrke relasjonen til mennesker som allerede er i nettverket til personen.

Det er gjennomgående for hele oppgaven at det er en sammenheng mellom kunnskap, holdninger, stigmatisering, psykisk uhelse og dårlig etterlevelse. Med lite eller ingen kunnskap vil man kunne utvikle dårlige holdninger. Dette vil føre til stigmatisering som igjen fører til psykisk uhelse hos denne pasientgruppen. Psykisk uhelse vil føre til dårlig etterlevelse da pasienten ikke vil følge opp behandlingsløpet. Kunnskap er nøkkelen til hvordan sykepleier kan hjelpe til å fremme psykisk helse hos hiv - positive personer.

7.0 Litteraturliste

Andreassen, G.T., A.L.Fjellet, I.L. Wilhelmsen, og D.G. Stubberud.(2011) Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I: Almås, H., D.G, Stubberud, R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1, 4. utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, s.61-105.

Blegvad, N. (red)(2015) *Om NB* [online]. Oslo. URL: <http://www.nb.no/Om-NB/Standardnummerering/ISSN>
(29.10.2015)

Christoffersen, L., A. Johannessen(2012) *Forskningsmetode for lærerutdanningene, utgave 1*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Dybvig, S., J.O. Johannesen, R., Kjær, G., Lyngstad og G.R.B., Thorsen(2004). *Stigma, Antistigma*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning

Database for statistikk om høyere utdanning(2014) Publiseringsskanaler [online]. Bergen: Norsksamfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. URL: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside> (17.09.15).

Ødegård, A. M.(red) og J. Lahlum (red). (2015) *Om Fafo* [online] Oslo. URL: <http://www.fafo.no/index.php/nb/om-fafo> (16.11.15)

1)Folkehelseinstituttet (2015) *Hivsituasjon i Norge per 31.desember 2014* [online]. Oslo: Nydalen. URL: <http://www.fhi.no/dokumenter/ea86f9bb55.pdf> (19.10.2015)

2)Folkehelseinstituttet (2015) *Om HIV og aids* [online]. Oslo: Nydalen. URL: <http://www.fhi.no/artikler/?id=47770> (24.10.2015)

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hamama, L., E. Tartakovsky., K Eroshina., E, Patrakov., A. Golubkova., J, Bogushevich., L, Shardina(2014) Nurses`job satisfaction and attitudes towards people living with HIV/AIDS in Russia. I: *International Nursing Review*. 61, s 131-139 (05.11.15)

Helsepersonelloven (1999) *Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*. [online].

URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
(24.10.2015)

Langeland, E.(2009) Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. I: *Sykepleien Forskning* (20.10.15)

Lien, M.G og K.J. Skaarud (2009) Hvordan HIV smitter - og hvordan det ikke smitter. I: *Sykepleien Forskning* (20.10.15)

Manum, O.A(2010) *Kjærlighet, Kunnskap og Kondom: Den hivpolitiske kampen i Norge*. Oslo: Pax forlag A/S

Nordtvedt, P. og R. Grønseth. (2011) Klinisk sykepleie - funksjon og ansvar. I: Almås, H., D.G, Stubberud, R. Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 1, 4. utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag, s17 - 32.

Paparello, J., I. Zeller og A. While (2014). Meeting the complex needs of individuals living with HIV: a case study approach. I: *British Journal of Nursing*, vol. 19 (11) November 2014, s. 526 - 533 (07.10.2015)

Polit, D. E. og Beck, C. T. (2014) *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia; London: Wolters Cluwer Health/Lippincot Williams & Wilkins.

Regjeringen (2009) *Aksept og mestring - nasjonal hivstrategi (2009 - 2014)* Ansvarlig redaktør: Liv Merete Wiker. Nettredaktør: Andreas Keus. [online] URL: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/aksept-og-mestring---nasjonal-hivstrateg/id571320/> (21.10.2015)

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

Tunnicliff, S.A., H.Piercy, C. A. Bowman, C. Hughes og E.C. Goyder (2013) The contribution of the HIV specialist nurse to HIV care: a scoping review. I: *Journal of clinical nursing*, vol. 22 s. 3349 - 3360 (29.10.2015)

Warren, A.R., D. W. Lounsbury, S. Zaid - Muhammad og B.D. Rapkin (2010). Forms of social support and their relationships to mental health in HIV - positive persons. I: *Psychology, Health & Medicine*, vol. 15 (2) Mars 2010, s. 135 - 145 (29.10.2015)