



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidatnummer: 68

Leveringsfrist: 23.02.2012 kl. 14.00

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarlig: Aina Skorpen

Mestring av hverdagen som HIV-positiv



Foto: Privat

Veileder: Aina Skorpen

Antall ord: 8949

Abstract

Worldwide there are 146 million people that are infected with HIV, and over 3 million of these die of the disease. In Norway, between 200-250 people are infected annually with HIV. In 2010 647 people died from the disease in Norway.

HIV is a disease that is associated with shame, guilt and fear. In society, the disease is a taboo and people living with it often live a "secret life".

The aim of this study is to identify sources of stress in everyday life to people living with HIV, and to find out what nurses can help with to promote coping of the various physical, social and psychological challenges.

In this study I have used literature review as method. To answer my question, I have used previous studies and research that is done on the subject. Findings in this study show that the loss of physical, social and mental function increases the stress level in the lives of HIV-positive persons. To avoid further stress, these aspects of the HIV-positive life have to be safeguarded. Research shows that nurses can promote coping by helping the user to maintain and prevent further loss of physical, social and psychological function.

Keywords: *HIV, Human Immunodeficiency Virus, nursing, home nursing, stress factors, coping, everyday challenges*

Sammendrag

På verdensbasis beregnes det at 146 millioner mennesker er smittet av HIV, og at over 3 millioner av disse dør årlig av sykdommen. I Norge smittes mellom 200-250 personer årlig av HIV og i 2010 døde 647 mennesker av sykdommen.

Hiv er en sykdom som er forbundet med skam, skyldfølelse og frykt. I samfunnet er sykdommen tabubelagt og mennesker som lever med sykdommen lever ofte et ”hemmelig liv”.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse kilder til stress i hverdagen ved HIV, samt finne ut hva sykepleier kan bidra med for å fremme mestring av ulike fysiske, sosiale og psykiske utfordringer.

I oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. For å besvare min problemstilling har jeg benyttet meg av tidligere studier og forskning som er gjort på temaet. Funnene i oppgaven viser at tap av fysisk, sosial og psykisk funksjon øker stressnivået i hverdagen til HIV-positive. For å unngå ytterligere stress må disse aspektene av den HIV-positives liv ivaretas. Forskning viser at sykepleier kan fremme mestring hos hjemmeboende brukere ved å hjelpe brukeren med å opprettholde og forebygge ytterligere tap fysisk, sosial og psykisk funksjon.

Nøkkelord: *HIV, Humant Immunsvikt Virus, sykepleie, hjemmesykepleie, stressfaktorer, mestring, hverdagslige utfordringer*

Table of Contents

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering av valgt problemstilling	2
1.4 Sentrale begreper	2
1.5 Oppgavens mål og hensikt	3
1.6 Oppgavens oppbygning	3
2.0 Teoretisk rammeverk	4
2.1 Sykepleieteori	4
2.1.1 Sykepleie.....	4
2.1.2 Syn på mennesket	4
2.1.3 Omsorg	5
2.1.4 Stress og mestring	5
2.2 Kronisk sykdom	7
2.3 Hjemmesykepleie	8
2.4 Kommunikasjon og relasjon	9
2.5 HIV	9
2.5.1 Generelt om HIV	10
2.5.2 Å leve med HIV.....	10
2.5.3 Sykepleie til pasienter med HIV.....	12
3.0 Metode	13
3.1 Hva er metode?	13
3.1.1 Litteraturstudie som metode	13
3.1.2 Sterke og svake sider ved litteraturstudie.....	13
3.2 Kildekritikk	14
3.3 Ethiske overveielser	15
3.4 Valg av litteratur	16
3.4.1 Fremgangsmåte for artikkelfunn	16
3.4.2 Søketabletter – aktuelle funn	16
4.0 Resultat/funn	17
4.1 Sammendrag og funn i artiklene	17
5.0 Diskusjon	20
6.0 Konklusjon/ Refleksjon	27
7.0 Referanseliste	29
8.0 Vedlegg	32

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I denne bacheloroppgave har jeg valgt mestring av hverdagen som HIV-positiv (Humant Immunsvikt Virus) som tema. Jeg har i praksis møtt pasienter med nyoppdaget HIV og pasienter med fullt utviklet AIDS.

På verdensbasis er det i dag HIV/AIDS som tar flest menneskeliv. UNAIDS¹ beregner at det finnes 146 millioner mennesker som er HIV-smittet i verden og over tre millioner mennesker dør hvert år av denne epidemien. I Norge regnes det at det er 200-250 som smittes årlig (Tjade, 2008). I 2010 var det 4627 HIV-smittede og 647 som døde av aids i Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2011). I 2011 har antall HIV-smittede i Hordaland økt til det dobbelte. Smittevernoverlege i Bergen kommune har iverksatt ytterligere tiltak for å forebygge ytterligere spredning. Tiltakene består av en informasjonspakke som skal inneholde konkrete tall for økningen, informasjon om hvor man kan teste seg og hvordan man selv kan unngå smitte (Stølås, 2012). Da sykdommen bredte seg i den vestlige verden på 80-90-tallet fikk alle vite det gjennom media, kunst og film. Personlige opplevelser fra personer som var rammet av sykdommen ble delt. Sykdommen var knyttet til skam da den bredte seg i homoseksuelle- og rusmisbrukermiljøer (Tjade, 2008). Det konservative heterofile mennesket anså ikke seg selv i faresonen.

Økningen i Hordaland skjer i rusmiljø, homoseksuelle miljø og blant heterofile som benytter seg av prostitusjon. Smittevernoverlegen mener økningen kan skyldes redusert respekt for sykdommen (Stølås, 2012). I tillegg vil jeg påpeke at enkeltmenneskers lidelser er ikke synlige i det offentlige rom. Dette gjenspeiles også i offentlig helsepolitikk og –informasjon. For å dempe den dramatiske oppblomstringen har det norske samfunn behov for å opprettholde og videreutvikle kunnskap om

¹ UNAIDS er FN's organisasjon som kjemper mot epidemien HIV/AIDS (Tjade, 2008)

sykdommen og smittespredning. Fordommer og stigmatisering² rundt sykdommen medfører store utfordringer i hverdagen for denne pasientgruppen (Galt, 2008)

1.2 Presentasjon av problemstilling

” Å leve som HIV-positiv påvirker hele mennesket. Hva kan sykepleier bidra med slik at HIV-positive brukere mestrer sykdommens utfordringer i hverdagen?”

1.3 Avgrensning og presisering av valgt problemstilling

I oppgaven begrenses temaet grunnet oppgavens omfang. Bakgrunn for oppgaven er møtet med pasienten i eget hjem, hjemmesykepleie. Pasienten er i fase 3 av sykdommen og har betydelige fysiske, psykiske og sosiale utfordringer.

Jeg har valg å ta for meg fysisk aktivitet, kronisk tretthet, sosial distansering, brukers informasjonsbehov, kunnskapsmangel blant bruker og helsepersonell og betydningen av en god relasjon.

Pasienten er kommet over katastrofefasen og er her begynt å tenke over mottatt informasjonen rundt sykdommen. Pasienten har norsk kulturbakgrunn. Oppgaven er uavhengig av alder, kjønn, seksuell legning og smittemåte, og den tar ikke for seg rusmisbrukere eller prostituerte. Oppgaven tar ikke for seg pårørendes perspektiv eller innvirkning. Hverdagslige utfordringer for brukeren er fokuset i oppgaven.

Jeg vil bruke forkortelsen HIV, som står for Humant Immunsvikt Virus, gjennomgående i hele oppgaven min. Jeg har valgt å bruke begrepet pasient i teoridelen min for å følge det som står i teorien, men i avsnitt om hjemmesykepleie bruker jeg begrepet bruker. Dette begrepet bruker jeg videre gjennomgående i min diskusjon.

1.4 Sentrale begreper

Når man opplever et tap eller forstyrrelser i det individet ser på som det normale, oppleves **stress**. Dette krever sorg og tilegning av nye kunnskaper og/eller ferdigheter (Benner og Wrubel, 2001). Det man gjør med stresset, kalles **mestring**. I følge Benner og Wrubel finnes der ingen faste mestringsstrategier, men personen mestrer

² Stigmatisering vil si at individet blir plassert i en spesiell kategori eller posisjon i samfunnet av andre individer, på grunnlag av spesielle kjennetegn eller egenskaper (Galt, 2008)

situasjonen ut i fra de forutsetninger som er tilstede. Det er begrenset hvordan et individ kan mestre en situasjon ut i fra hvem man bryr seg om og hvordan forholdet til den er (Konsmo, 2003)

I følge Curtin og Lubkin (1998, s. 6) er **kronisk sykdom**:

”[...] en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt” (Sitert i Gjengedal og Hanestad, 2007, s. 13)

1.5 Oppgavens mål og hensikt

Målet med denne oppgaven er å øke min faglige kompetanse i forhold til mennesker med HIV (Humant Immunsvikt Virus). HIV har stor innvirkning på dagliglivet til personen som er smittet og påvirker flere aspekter av mennesket. Jeg ønsker derfor å tilegne meg mer kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe denne pasientgruppen til å oppleve redusert stress og økt mestringsfølelse tross sykdommens utfordringer. Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med HIV opplever mestring av sykdommens utfordringer i hverdagen.

1.6 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2, teoridel, utdypes sykepleieteori av Benner og Wrubel. Deretter defineres sentrale begreper som er aktuell for oppgaven. Videre i oppgaven presenteres teori om HIV, å leve med HIV og sykepleie ved HIV pasienter. Kapittel 3, metodedel, defineres og utdypes begrepet metode. Videre presenteres fremgangsmåte for søk og søketabeller for de aktuelle funnene, kildekritikk og etiske overveielser. I resultatdelen, kapittel 4, presenteres de aktuelle studiene og viser hovedfunnene som er benyttet i oppgaven. I kapittel 5 diskuteres ulike fysiske, psykiske og sosiale utfordringer i dagliglivet til den HIV-positive opp mot teori. Konklusjon presenteres i kapittel 6 etterfulgt av referanseliste og resultattabell.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Sykepleieteori

En sykepleieteori beskriver hvordan en sykepleier er og bør være i ulike situasjoner, samt hvilke rolle sykepleieren har overfor pasienten (Kirkevold, 2001).

Fokusområdet mitt i min studie er mestring og jeg har derfor valgt å bruke Patricia Benner og Judith Wrubel sin omsorgsteori. Deres omsorgsteori innebærer at omsorg er grunnlaget for å hjelpe pasienten til å mestre hverdagen sin (Konsmo, 2003)

2.1.1 Sykepleie

Benner og Wrubels mål for sykepleieren er å hjelpe pasienten til å mestre sin livssituasjon, på tross av tap, sykdom eller lidelse. Sykepleier må da forstå pasientens individuelle behov, hvordan pasienten opplever sin situasjon, sin historie og sine muligheter i nåværende situasjon. Dette danner grunnlaget for å handle rett i forhold til pasienten og pasientens behov og ønsker. Da kan man hjelpe med å skape ny mening og nye muligheter ved å veilede, fortolke og trene pasienten til å tilegne seg nye ferdigheter. Eller ved å gi omsorg ut i fra pasientens perspektiv på hva omsorg for han/hun er (Siteret i Konsmo, 2003). Sykepleier har og en viktig rolle i å undervise, veilede og informere pasienten. Det er viktig at sykepleier har godt kunnskaper om sykdommen og dens følger, samt om behandlingstilbud. Dette kan hjelpe pasienten til å akseptere sin sykdom og fremme motivasjon til å klare å leve med sykdommen. Informasjonen må gis tid rett tid og i rett mengde. Overses dette, kan pasienten bli skremt, og håpet kan bli revet bort. Pasienten kan bli demotivert og miste følelsen av å ha kontroll over seg selv (Benner og Wrubel, 2001).

2.1.2 Syn på mennesket

I den kartesianske tradisjonen ser man på kropp og sjel som to adskilte deler ved mennesket. Dette synet tar Benner og Wrubel (2001) avstand fra, da de selv har et holistisk (helhetlig) menneskesyn. Dette vil si at kropp og sjel er udelelig og må sees i samspill med hverandre, samt at de har en gjensidig innvirkning på hverandre. Benner og Wrubels (2001) holistiske menneskesyn innebærer at mennesket er et resultat av fysisk, sosial, psykisk, kulturell og åndelig omfang. De ser mennesket i sammenheng med sine omgivelser. Når enkeltheter ved mennesket skal betraktes må en alltid ta

hensyn til mennesket som helhet (Konsmo, 2003).

2.1.3 Omsorg

Omsorg er grunnleggende i menneskets liv og i sykepleien mener Benner og Wrubel (2001). Å bry oss om noe eller noen vil si å ha omsorg i følge dem. Benner og Wrubel mener dette er så grunnleggende for mennesket at de sier at det man bryr seg om definerer en person. En forutsetning for at sykepleieren skal kunne forstå pasientens opplevelse av situasjonen, må sykepleieren engasjere og involvere seg i pasienten, og lytte til hva pasienten har å fortelle. Ut i fra dette kan sykepleieren vurdere og kartlegge hvilke forutsetninger pasienten har i situasjonen. Sykepleier kan registrere hva pasienten opplever som stressende og dermed hjelpe til å redusere dette for å fremme mestring hos pasienten (Benner & Wrubel, 2001). Omsorg er og et uttrykk for håp, i følge Benner og Wrubel (Siteret i Konsmo, 2003, s. 98).

Målet med Benner og Wrubels teori er å vise at omsorg er kilde til hvordan pasienter opplever stress og mestring ved sykdom, samt at omsorg i sykepleiepraksis er helt grunnleggende. I tillegg hevder de at omsorgsfull sykepleie kan ha innvirkning på sykdommens resultater (Siteret i Konsmo, 2003, s 22). Benner og Wrubel legger og vekt på at omsorgen kan misforstås og at den kan virke mot sin hensikt. Med dette mener de at man kan hjelpe pasientene for mye i ulike situasjoner. Benner og Wrubel hevder derfor at vurdering av pasientens ressurser er påkrevd for å kunne utøve god omsorg (Benner og Wrubel, 2001).

2.1.4 Stress og mestring

I sin forståelse av stress bygger Benner og Wrubel på Lazarus, som mener at stress omfatter ikke bare personen, men og hvilke situasjon personen er i. Stress er et resultat av personens vurdering av sine evner til å tilpasse seg situasjonen, og blir da en følge av hvilke mening situasjonen har for personen (Siteret Benner og Wrubel, 2001, s. 88). Benner & Wrubel (2001) hevder at når man står i fare for å miste den eller det man bryr seg om, av sykdom, død eller andre omstendigheter, opplever man stress. Stress kan og utløses ved at man ikke får til noe man så fryktelig gjerne vil få til, for eksempel at man ikke kan få barn. Det er da nødvendig å finne ny mening eller lære seg nye måter å fungere på, fordi ens vanlige funksjon er brutt sammen.

En komponent som bryter livet slik, er at man opplever å bli syk. Det som alltid har vært en selvfølge og har blitt tatt for gitt, er ikke en selvfølge lengre. Man opplever dermed stress. Benner og Wrubel definerer stress som:

” [...] et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det man forstår og ens jevne fungering, noe som medfører at man opplever smerte, tap og utfordringer. Man trenger å sørge og utvikle nye forståelsesmåter og ferdigheter” (Sitert i Konsmo, 2003, s 79).

Benner og Wrubel (2001) hevder at man mestrer stresset så godt man kan ut i fra den situasjonen man er i, men mulighetene for å mestre stresset er begrenset. Det avhenger av hvem og hva man bryr seg om, og hvilket forhold man har til den eller det. Mestring er, i følge dem, det man gjør med stresset. Benner og Wrubel definerer mestring slik (Sitert i Konsmo, 2003, s. 84):

Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger. Mestring er alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til det som ansees som stressende.

Benner og Wrubel hevder at der finnes ingen fasit eller standardiserte mestringsstrategier for hvordan man bør mestre livets utfordringer. Dette må vurderes ut i fra hva pasienten synes er meningsfullt i livet, samt pasientens muligheter og begrensninger i situasjonen (Benner og Wrubel, 2001). Lazarus (1981) har utarbeidet 5 punkter om hvordan man kan mestre stress:

- Å gjøre noe direkte med situasjonen
- Å bevisst velge å ikke gjøre noe med situasjonen
- Skaffe seg informasjon om situasjonen
- Prøve å føle seg bedre
- Prøve å forandre måter man betrakter stresset på

(Sitert i Konsmo, 2003, s. 89).

Det er og avgjørende for mestring av den nye situasjonen at pasienten blir informert

tilstrekkelig. Men det er viktig at informasjonen ikke blir overveldende fordi dette kan fremme håpløshet og stress. Informasjon er ment for å redusere stress og fremme mestring. Å hjelpe pasienten til å finne håp eller skape håp i en situasjon, er og avgjørende for å kunne mestre en situasjon (Benner og Wrubel, 2001).

Benner og Wrubel (1995) skriver at den største trusselen mot mestring er meningsløshet og mangel på tilhørighet. Med andre ord kan man si at for å mestre en situasjon bryr man seg om noen og har omsorg for den, samt at det er viktig å finne tilhørighet og mening med livet (Siteret i Kønsmo, 2003, s. 38).

Begrepet mestring kan deles inn i praktisk mestring, sosial mestring og psykososial mestring. Praktisk mestring vil si å håndtere praktiske/fysiske utfordringer som oppstår. Sosial mestring innebærer hvordan man håndterer sosiale situasjoner. Psykososial mestring innebærer det å forholde seg til det å leve med sin sykdom (Fjørtoft, 2006)

2.2 Kronisk sykdom

Når man blir rammet av en kronisk sykdom endrer hverdagen seg, ikke bare for den som blir rammet, men også for venner og familie til den rammede. Sykdommen snur gjerne hverdagen på hodet og krever helt nye forutsetninger for livsutfoldelsen. Å gå fra å være frisk og "normal" som alle andre, til å få en kronisk sykdom kan oppleves overveldende og skremmende (Gjengedal og Hanestad, 2007).

I 1956 la lederen for den amerikanske kommisjonen for kronisk sykdom, Strauss et. al. (1984, s.1), frem denne definisjonen på kronisk sykdom:

Alle avvik fra det normale som har en eller flere av følgende karakteristika: er permanente, medfører varig funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie (siteret i Gjengedal og Hanestad, 2007, s. 11)

Hyppig kontakt med helsevesenet er en stor forandring for den som blir rammet. Forholdet mellom helsepersonell og pasienten har dermed stor betydning for den rammedes opplevelse av å være kronisk syk. Å bli rammet av en kronisk sykdom

innebærer ofte at man trenger noen å snakke med om diagnosen og om livet med diagnosen, samt informasjon rundt den nye livssituasjonen. Den som er kronisk syk ønsker gjerne ikke å være en belastning for familie og venner. Det er derfor viktig med en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Helsevesenet blir ofte en nær støttespiller for pasienten (Gjengedal og Hanestad, 2007)

2.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie innebærer å yte pleie og omsorg til hjemmeboende når akutt eller kronisk sykdom inntreffer. Dette tilbudet er uavhengig av alder. Brukeren skal få den hjelpen som trengs for at brukeren skal kunne mestre hverdagen i sitt eget hjem på best mulig måte. Dette krever en helhetlig tilnærming til brukeren. Brukers fysiske, psykiske og sosiale behov må ivaretas. Dette krever individuelle tilpasninger, fleksibilitet og et tett samarbeid med brukeren og deres pårørende, og at sykepleier blir godt kjent med sin bruker. I hjemmesykepleie er brukermedvirkning sentralt. Dette innebærer at bruker har rett til selvbestemmelse og medvirkning i avgjørelser som angår brukeren selv. Dette skal være med på å ivareta brukers autonomi og integritet. Det handler om å gi makt til en person i en avmaktssituasjon for å fremme personens ressurser (Fjørtoft, 2006).

Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003) sier at en hver bruker av helse- og omsorgstjenester har rett på individuell og tilpasset hjelp etter brukers behov. Lov om helse- og omsorgstjenester har som formål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Den skal og fremme sosial trygghet og bidra til en meningsfylt og aktiv tilværelse i fellesskap med andre (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Aktivitetsnivået må være tilpasset den enkeltes behov og kapasitet (Kristoffersen, 2005).

Arbeidsdagen i hjemmesykepleien innebærer mye variasjon i pasientgrupper og stadig nye utfordringer. Travle dager, høyt tempo og akkurat nok tid til hver enkelt bruker kjennetegner arbeidsdagen i hjemmetjenesten (Fjørtoft, 2006). Hjemmesykepleien har ansvar for å ivareta sine brukere og kontinuerlig vurdere deres behov for hjelp/assistanse. Sykepleieren må se den enkeltes situasjon og hva som bør gjøres for at den enkelte bruker skal klare seg best mulig (Fermann og Næss, 2008).

Det er viktig at sykepleier ikke overkjører pasienten og hjelper for mye. Dette kan medføre ytterligere tap av fysisk funksjon (Kristoffersen, 2005).

2.4 Kommunikasjon og relasjon

Begrepet kommunikasjon betyr å delaktiggjøre en annen i en situasjon, å ha forbindelse med andre og å gjøre noe felles. Å utveksel meningsfylte tegn og signaler mellom minst to parter. Relasjon innebærer at mennesker står i forbindelse med andre mennesker; kontakt eller forbindelse mellom personer (Eide og Eide, 2008).

Helsefaglig kommunikasjon vil alltid være hjelpende kommunikasjon, ved at den er faglig begrunnet og ment for å være til hjelp for pasienten. Som sykepleier er kommunikasjon et viktig redskap for å fremme mening og mestring hos pasienten, samt for å skape tillit. Man må sette seg inn i pasientens situasjon og vise forståelse for pasientens reaksjoner og følelser, samt være lyttende til hva pasienten forteller (Eide og Eide, 2008). Sykepleier må møte pasienten der han er og at sykepleier må tørre å være seg selv på en profesjonell måte. Sykepleier må være nær, ekte og villig til å få og gi (Hummelvoll, 2008).

Nonverbal kommunikasjon er viktig i oppbyggingen av en relasjon. Dette er spesielt viktig for profesjonelt helsepersonell i møte med en pasient. Kroppsspråket vårt uttrykker følelser og holdninger. En pasient er ofte veldig var for helsepersonellens kroppslige uttrykk. Å møte pasienten på en oppmuntrende og bekreftende måte er med på å skape trygghet og tillit. Et nikk eller smil for å vise at en følger med på hva pasienten forteller, en beroligende berøring, øyekontakt, åpen kroppsholdning og kroppslig ro er viktig nonverbal kommunikasjon som kan være med å styrke den verbale kommunikasjonen. Alt dette er med på å skape tillitsfull kontakt og bygge opp/forsterke en relasjon mellom helsepersonell og pasient (Eide og Eide, 2008).

2.5 HIV

2.5.1 Generelt om HIV

HIV forårsakes av Humant Immunsvikt Virus og er en kronisk infeksjon. HIV fester seg på T4-lymfocytter som har en reseptor som heter CD4-molekyl. Derfra trenger viruset seg inn i cellen og formerer seg. Disse lymfocytene har en sentral rolle i

kroppens immunforsvar og blir kalt ”dirigenten i det immunologiske orkesteret”, i følge Bruun (2007), Bruun og Christensen (2009) & Jacobsen et. al. (2009). (Sitert i Andreassen, Fjellset, Wilhelmsen & Stubberud, 2010, s. 93).

Når cellene blir infisert oppstår en immunsvikt. For å måle omfanget på virusformeringen måles HIV-RNA-mengden i plasma. For å måle graden av immunsvikten måles antall CD4-T-celler. Er dette nivået lavere enn 200/l kalles det alvorlig immunsvikt, også kalt aids. Ubehandlet HIV utvikler seg til aids, men det kan ta opptil 8-10 år (Tjade, 2008).

HIV smitter via kroppsvæsker og overføres ved seksuell kontakt, blod, sæd, vaginalsekret, transplantasjon og fra mor til barn under graviditeten eller under fødselen. Mange som er smittet kan gå flere måneder eller år uten å få symptomer, men ca 30% får symptomer etter 2-4 uker. Dette symptomutbruddet kalles primærinfeksjon (fase 1) og forveksles ofte med mononukleose. Sykdomsbilde er akutt og sees ved sår hals, feber, utslett og ledd- og muskelsmerter, munnsår og hovne lymfeknuter. Dette går ofte tilbake etter 1-2 uker og da kan den smittede være symptomfri i mange år (fase 2). Når pasienten igjen får symptomer sees dette som bl.a. langvarig feber, uforklarlig vekttap, diaré, tretthet, nattesvette og nevropati. Denne fasen av sykdommen kalles Aids-Related Complex (ARC) (Fase 3). Neste stadium i sykdomsforløpet er fullt utviklet aids (fase 4). Dette karakteriseres ved såkalte opportunistiske infeksjoner som for eksempel encefalitt. Stadiet karakteriseres også av redusert hukommelse, kognitive utfall, tuberkulose, Kaposi sarkom og cancer cervicis uteri, skriver Bruun og Christensen (2009) og Jacobsen mfl. (2009) (Sitert i Andreassen et. al., 2010, s. 94).

2.5.2 Å leve med HIV

Å leve med HIV er en påkjennelse. Det kan føles ensomt og pasienten føler seg ofte uren, deprimert og sosialt isolert. Den smittede kan slite med angst, fornektelse og redsel. Sykdommen har et uforutsigbart forløp, noe som og kan medføre stress, i følge Abel mfl. (2004), Grønningsæter mfl. (2009), Holzemer mfl. (2009) & Kleven (2006) (Sitert i Andreassen et. al. 2010, s 94). HIV er en stigmatisert sykdom i samfunnet og

kunnskapen til helsevesenet rundt denne sykdommen er det ofte mangel på. Den smittede blir ofte møtt med fordommer og redsel, som kan oppleves traumatisk for den smittede (Galt, 2008). Mange pasienter lever ”et hemmelig og skjult liv” med denne sykdommen og helsevesenet er ofte deres nærmeste støttespillere.

Etter hvert som sykdommen utvikler seg kan den bli synlig for omverdenen og medføre økt stressnivå. Redusert fysisk funksjon og kronisk tretthet er faktorer som medfører stress hos personer med HIV (Andreassen et. al., 2010). Aktivitet kan gi opplevelse av mestring og økt kroppslig kontroll (Kristoffersen, 2005). En balanse mellom søvn og hvile og fysisk aktivitet er viktig for opplevelsen av mestring (Bastøe og Frantsen, 2005).

Endring i seksualvaner og usikkerhet rundt smitteoverføring skaper også stress, i følge Abel mfl. (2004), Grønningsæter mfl. (2009), Holzemer mfl. (2009) & Kleven (2006) (Siteret i Andreassen et. al. 2010, s 94). Seksuell aktivitet hos HIV-positive er kriminalisert ved at den er nedfelt i straffelovens lovparagraf §155. Denne sier at den som smitter forsettelig eller uaktsomt kan få inntil 6 års fengsel (Straffeloven, 1902).

I følge Fafo³'s rapport; ”Fra holdninger til levekår, Liv med HIV i Norge i 2009”, går det frem at medisnutviklingen de siste 10-15 årene har bidratt til at HIV blir sett på som en kronisk tilstand istedenfor en dødelig sykdom. Mange deltakere uttrykker frykt for bivirkninger av medisinene og ønsker derfor ikke å motta behandling, selv om det er kommet til et punkt hvor legene sier det er høyst nødvendig. Deltakerne uttrykker og at å leve med HIV oppleves ensomt til tider. Deltakerne meddeler og at symptomer som tretthet, slapphet og redusert kroppslig kontroll gir dem en følelse av at kroppen ikke fungerer slik som før. Dette medfører økt stressnivå som igjen medfører at kroppens immunforsvar reduseres.

I Olaussen og Bunch (2011) sitt studie går det frem at stigmatisering i samfunnet er et stort problem for HIV-positive mennesker. Kildene i studien viser til stigmatisering i form av skam, skyldfølelse, smittefrykt, sosial avvisning/isolasjon, åpenhet/hemmeligholdelse og møte med helsetjenesten. Målet med studien er å identifisere

³ Fafo er en uavhengig stiftelse som forsker på arbeidsliv, velferdspolitik og levekår, nasjonalt og internasjonalt (Forskningsstiftelsen FAFO).

felles aspekter ved opplevelsen av stigma, for å kunne bidra med kunnskap til sykepleiere. Helsetjenestens kunnskaper er viktig for å kunne redusere og forebygge HIV-stigma.

HIV påvirker altså hele mennesket, både det fysiske, psykiske og sosiale aspektet.

2.5.3 Sykepleie til pasienter med HIV

Som sykepleier i møte med en HIV-positiv er det viktig at man har reflektert over sine holdninger til denne pasientgruppen. I samfunnet er sykdommen stigmatisert. Dette medfører tabu, skam og skyldfølelse rundt den smittede. Blant sykepleiere er det mye frykt, usikkerhet, motstand og vegring for denne pasientgruppen. Smittefare og fordommer kan være årsaker til dette. I ulike faser av sykdommen trenger pasienten ulik form for hjelp til ivaretagelsen av sine grunnleggende behov. Avmagring og vekttap er kjente fenomen ved HIV-positiv. Kronisk tretthet, fatigue, og redusert fysisk funksjon er noen av mange bivirkninger fra de antivirale legemidlene. Symptomlindrende behandling er også sentralt. Dette er viktig sykepleie til de fysiske plagene sykdommen medfører, men den påvirker og det psykiske og sosiale aspektet ved mennesket i aller høyeste grad (Andreassen et. al., 2010).

Ivaretagelse av pasientens psykososiale behov er derfor en stor del av sykepleien til denne pasientgruppen, uansett om det er innvandrere, rusmisbrukere, homofile eller heterofile. Pasienten trenger informasjon om virusets påvirkning på kroppen, hvordan sykdommen utvikler seg, hvilke symptomer som kan fremtre, hvordan sykdommen smitter, forebyggende tiltak for videre smitte, hvordan immunforsvaret blir svekket, forklaring av CD4-tall og hiv-RNA, og sykdomsprogresjon. Pasienten trenger også informasjon om legemiddelhåndtering, virkning og bivirkning av legemidlene, og ikke minst viktigheten av å fortsette med legemidlene selv om bivirkningene kan være alvorlige. Det er og fare for resistensutvikling (Andreassen et. al., 2010).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode er, i følge Tranøy, en fremgangsmåte for å produsere kunnskap eller etterprøve påstander som skal være gyldige, sanne eller holdbare (Sitert i Dalland, 2007, s. 83).

Dalland siterer også Vilhelm Aubert som definerer metode som følgende:

” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(1985:196) (Sitert i Dalland, 2007, s. 94).

Det skilles mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode innebærer å fange opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Kvantitativ metode innebærer å forme informasjonen til målbare enheter slik at det kan foretas regneoperasjoner, som for eksempel å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (Forsberg og Wengström, 2008).

3.1.1 Litteraturstudie som metode

I følge Forsberg og Wengström (2008) innebærer et litteraturstudie å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde.

For å kunne gjennomføre et litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelig med litteratur og studier av god kvalitet som omhandler problemstillingen. Problemstillingen skal være klart formulert og søkeprosessen skal vises tydelig. Nøkkelord benyttet i søket skal presenteres (Forsberg og Wengström, 2008).

3.1.2 Sterke og svake sider ved litteraturstudie

En sterk side ved å bruke litteraturstudie som metode er at man tar for seg et tema som man er interessert i og søker opp litteratur og andre studier som allerede er gjort på dette temaet. Deretter oppsummerer man forskning som allerede er gjort og man

fremstiller en helhetlig oversikt av det emnet man interesserer seg for (Forsberg og Wengström, 2008).

En svakhet ved å bruke litteraturstudie som metode er at det kan være gjort mye forskning på emnet og bredden på kunnskapen kan blir for stor til at man klarer å se helheten i forskningen. Samt at ikke all forskning på området kan være like relevant for akkurat egen problemstilling (Forsberg og Wengström, 2008).

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å kunne si om en kilde er sann eller ikke. Dette innebærer å karakterisere og vurdere den litteraturen man finner. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få innblikk i hvorfor man har valgt å bruke litteraturen og hvilke relevans og gyldighet litteraturen har for problemstillingen. Kunnskap er grunnlaget for kildekritikk, med andre ord så må man ha kunnskaper om det man skriver om og kjenne litteraturen man bruker godt. Vurderingene innenfor kildekritikk legger vekt på kildens **holdbarhet, gyldighet og relevans** (Dalland, 2007).

Kildens holdbarhet: Artikkene som presenteres i oppgaven er søkt opp i godkjente databaser fra skolen bibliotek. Alle artikkene er vurdert med tanke på metode, diskusjons, resultat og referanseliste. Dette danner grunnlaget for vurdering av kildens holdbarhet.

Kildens gyldighet: HIV er en sykdom som stadig er i utvikling og medisnutviklingen på dette området har utviklet seg enormt den siste tiden. Oppgaven vil derfor benytte seg av litteratur som er publisert de siste 12 årene.

Kildenes relevans: Kildene jeg har valgt å benytte i oppgaven ser ut til å være relevant i forhold til min problemstilling. Studiene til Bunch (2004), Plattner og Meiring (2006) og Karlsson og Klang (2001) tar alle opp hvordan det å leve med sykdommen HIV påvirker individet på ulike måter. Det vises også hva ulike deltakere i studiene opplever som stressende, samt hva som hjelper deltakerne til å mestre hverdagen. I studien til Bunch (2004) går det og frem at deltakerne opplever kunnskapsmangel, både hos seg selv og hos helsepersonell som en stressfaktor.

Studien til Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta tar opp hvordan håp virker inn i hverdagen til HIV-positive og at helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen må ha gode kunnskaper om dette for å fremme mestring med sykdommen. Jeg innser i ettertid at å bruke andre søkeord kunne kanskje gitt bedre treff.

Jeg har og valgt å ta med en levevilkårsundersøkelse som Fafo gjorde i 2009. Denne er relevant fordi den omhandler hvordan mennesker som lever meg HIV i Norge opplever å leve med sykdommen.

3.3 Ethiske overveielser

Etikk handler om hvordan man oppfører seg og hva man foretar seg. Etikken skal gi oss veiledning og grunnlag for de vurderinger og avgjørelser man tar. I dagliglivet er det uskreve regler og normer for hvordan man oppfører seg og hvordan man uttrykker seg. Ethiske overveielser er viktig å tenke over allerede i planleggingsfasen av et arbeid. Da stiller man spørsmål som; hvem kan ha nytte av de nye kunnskapene, hvordan skal jeg fremstille denne nye kunnskapen og kan dette bidra med noe for den gruppen mennesker dette prosjektet omhandler. (Dalland, 2007).

I et litteraturstudie samler man inn forskning og litteratur som andre har skrevet. Her er det viktig å bruke riktige kildehenvisninger slik at dem som bidrar med opplysninger til oppgaven får vite hvordan man har tenkt å presentere deres bidrag (Dalland, 2007).

Artiklene "*Symptom management for Hiv-positive persons in Norway*" (Bunch, 2004) og "*Att leva med HIV- HIV infekterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning*" (Karlsson og Klang, 2001) er begge godkjent av etiske komité.

Artikkelen "*Dynamics of hope in living with HIV- Professional caregivers' observations*" (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta, 2001) fant jeg i databasen Vård i Norden som er et sykepleiefaglig tidsskrift. Denne har jeg valgt å ta med fordi den er relevant for min problemstilling. Artikkelen "*Living with HIV: The psychological relevance of meaning making*" (Plattner og Meiring, 2006) fant jeg i databasen CINAHL som er et vitenskapelig tidsskrift hvor alt blir godkjent av eksperter på fagområdet før det blir publisert.

3.4 Valg av litteratur

3.4.1 Fremgangsmåte for artikkelfunn

I mine søk etter forskningsartikler har jeg gjennom høyskolen sitt bibliotek søkt i databasene Ovid Nursing, Svemed+, Vård i Norden, Cinahl og ProQuest.

Tilfredsstillende funn av artikler har vært i databasene Vård i Norden og Cinahl.

Søkeordene jeg har brukt er "cope/coping", "stress", "nursing/nursing care", "hiv", "care", "Norway", "patient", "self care", "chronic disease", "previously diagnosed hiv", "knowledge" og "information". Jeg begrenset søkene til "Fulltext" og til artikler som ikke er eldre enn 2001. Samtidig kombinerte jeg ulike søkeord for å få mest mulig presise artikler i forhold til min problemstilling.

3.4.2 Søketabletter – aktuelle funn

Database: CINAHL

<i>"Living with HIV: The psychological relevance of meaning making"</i>		
Søkeord:	Kombinasjoner:	Antall treff:
S1 previously diagnosed hiv		16
S2 stress		13 103
	S1 and S2	10

Først brukte jeg søkeordet "previously diagnosed hiv" og fikk 16 treff. Deretter brukte jeg søkeordet "stress" og fikk 13 103 treff. Deretter kombinerte jeg disse to og fikk 10 treff. Artikkelen jeg har valgt å bruke kom opp som nr. 4.

Database: Vård i Norden

“Att leva med hiv: HIV infekterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning”

Søkeord:	Kombinasjoner:	Antall treff:
”hiv”		21

Jeg skrev inn søkeordet ”hiv” og fikk 21 treff. Artikkelen kom opp som nr. 2.

Database: Vård i Norden

“Dynamics of hope in living with HIV – Professional caregivers’ observations”

Søkeord:	Kombinasjoner:	Antall treff:
”hiv”		21

Jeg brukte her sammen søkeord som for artikkelen over; ”hiv” og fikk 21 treff. Denne artikkelen kom opp som nr. 4.

Artikkelen ” **Symptom management for HIV-positive persons in Norway**” fikk jeg navnet på av en medstudent. Jeg skrev den inn i søkeruten i databasen CINAHL og den kom opp.

4.0 Resultat/funn

4.1 Sammendrag og funn i artiklene

”Living with HIV: The psychological relevance of meaning making”

(Plattner og Meiring, 2006).

Et kvalitativt studie med 10 deltakere som er HIV-positive. Denne studien tar for seg hvordan hiv-infeksjonen påvirker de smittede psykisk.

Å bli fortalt at man er HIV-positiv kan være veldig smertefullt, stressende og

traumatisk. HIV medfører en stigmatisering, samt at døden vil inntreffe før eller senere. Dette medfører at sykdommen er en av de mest fryktede sykdommene. HIV er en sykdom som medfører at den smittede må mestre store psykiske påkjenninger som for eksempel angst, frykt, skyldfølelse og skam. Den smittede kan også oppleve tap av helsestatus, venner, arbeid, økonomi og familiær støtte. Deltakerne i denne studien har tatt på seg skylden for at de er blitt smittet, for å kunne mestre hverdagen. Det var deres egen feil at de ikke beskyttet seg under samleie, og klandret seg selv og bar ingen nag til dem som hadde smittet de. Noen av deltakerne mente at de ble smittet som en test eller straff fra Gud, men bærer heller ikke noe nag til Gud, men føler heller at de har kommet nærmere Gud etter smitten. Sykdommen medfører endring i livsstilen både fysisk og psykisk. Funnene i denne studien viser at å akseptere sykdommen og innfinne seg med at man er smittet er viktig for mestre dens følger. Den viser og at religion og forsoning kan medføre håp og at håp er grunnleggende for mestring. Samt viser studien at å gjøre det beste ut av situasjonen fremmer mestring.

”Att leva med hiv- HIV infekterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning”

(Karlsson og Klang, 2001)

Deltakerne meddelte i studien at kunnskap, følelsen av kontroll og trygghet hjalp dem med å mestre sin situasjon. De gav alle uttrykk for at det å møte andre mennesker med samme sykdom og kunne relatere seg til de var viktig. Gruppeundervisningen skapte samhørighet blant deltakerne, noe som opplevdes positivt. De beskrev at det å kunne bruket ordet ”vi” var nærende og helsefremmende. Noen av deltakerne uttrykte overraskelse ved at andre opplevde samme problemer som dem selv, og deltakerne delte erfaringer, gode og vonde, med hverandre. Redusert fysisk funksjon og kronisk tretthet er noen av mange utfordringer i hverdagen til deltakerne. De gir uttrykk for at dette er utfordringer som øker stressopplevelsen. Men åpenheten rundt sykdommen og det å kunne lære av hverandre opplevdes styrkende. Deltakerne hadde ulike kunnskaper om lag sykdommen og for noen var deler av informasjonen helt ny. For andre var dette en oppfriskning i kunnskapen om sin diagnose. Deltakerne meddeler at de føler det er for lite tid hos legen til å snakke om diagnosen, medisinene og

usikkerheten rundt det hele. Dermed sa alle deltakerne at gruppeundervisningen opplevdes læringsrik, styrkende og som en støtte.

Studien konkludere med at mer støtte og kunnskap hos HIV-positive kan hjelpe for at denne pasientgruppen skal klare å mestre sin situasjon i hverdagen.

”Dynamics of hope in living with HIV- Professional caregivers’ observations”

(Kylmä, J., Julkunen-Vehviläinen, K. & Lähdevirta, J., 2001).

Deltakerne i studien var profesjonelle omsorgsarbeidere som har jobbet med HIV-positive pasienter i poliklinikk og på døgnbehandlingspost. Deltakernes observasjoner av håpets innvirkning og dynamikk i arbeid med HIV-positive viste at håpløshet og fortvilelse er to viktige aspekter som må tas hensyn til for å kunne fremme håp hos pasienter og deres pårørende. Resultatet viser at det er viktig for pasienter at sykepleier har kunnskaper om disse to aspektene og vet forskjellen mellom disse, samt kunnskaper om at håp, håpløshet og fortvilelse er individuelt for hver pasient. Sykepleier må kunne gjenkjenne tegn på håp og fortvilelse for å kunne hjelpe pasientene til å underbygge håpet og dermed hjelpe HIV-pasienter i hverdagen.

”Symptom management for HIV-positive persons in Norway”

(Bunch, E. H., 2004)

Dette er en kvalitativ studie med 422 deltakere fra USA og 20 deltakere fra Norge som er HIV-positive. Studien tar sikte på å finne ut hvilke symptomer som er dominerende ved sykdommen og hvordan de påvirker personen i hverdagslivet.

Det er både fysiske og psykiske symptomer ved sykdommen HIV. Det er stor variasjon i symptomutbredelsen, og den kan variere fra dag til dag, i hyppighet og intensitet. For å mestre stresset de opplever er evne til egenomsorg viktig. Deltakerne uttrykte og behov og ønske for mer informasjon om ernæring og seksualitet. Ulike symptomer deltakerne opplever er kvalme/oppkast, diaré, nedsatt matlyst,

ereksjonsproblemer, frykt, depresjon, fysisk og psykisk tretthet, søpp og nevropati. De opplever og problemer som stigmatisering i samfunnet og sosial isolasjon. Deltakerne uttrykket at hverdagslige aktiviteter som friske mennesker tar som en selvfølge er for dem en hindring i hverdagen. Det påvirker dem fysisk, psykisk og sosialt. Videre går det frem at hjemmesykepleien trenger å ha et tettere samarbeid med andre relaterte yrkesgrupper, samt selvhjelpsgrupper. Helsepersonell trenger og mer informasjon om sykdommen for å hjelpe pasientene til å oppleve mestringsfølelse i hverdagen.

5.0 Diskusjon

I studien til Karlsson og Klang (2001) går det frem at redusert fysisk funksjon og sosial tilbaketrekning medfører økt stressopplevelse hos HIV-positive. Videre funn i samme studie viser at ivaretagelse av disse aspektene kan redusere stressopplevelsen og gi økt mestringsopplevelse. Dette viser at ivaretagelse av disse aspektene krever ikke bare ivaretagelse av fysisk funksjon, men og ivaretagelse av mental styrke. I følge Benner og Wrubel (2001) er slik ivaretagelse av mennesket i samsvar med helhetlig menneskesyn, holistisk tenkning. Mennesket må sees på i samhandling med sin kontekst, kropp og sjel som har gjensidig påvirkning på hverandre (Benner og Wrubel, 2001).

HIV-positive brukere jeg har møtt i praksis har gitt uttrykk for at opplevelse av at kroppen ikke fungerer som før gir økt stressopplevelse i hverdagen. Det er blitt en utfordring for de. Dette underbygges i studien til Karlsson og Klang (2001). Studien viser at redusert kroppslig funksjon og kroppslige endringer er kilde til økt stressopplevelse blant HIV-positive (Karlsson og Klang, 2001). I Fafo's levekårundersøkelse går det frem at økt stressnivå i kroppen reduserer kroppens immunforsvar. Dette kan medføre forverring eller fremkalling av symptomutbrudd hos brukeren. Mange HIV-positive opplever symptomer som tretthet, slapphet og redusert kroppslig kontroll. Disse symptomene kan medføre opplevelse av at kroppen ikke fungerer slik den gjorde før og følelse av redusert fysisk funksjon. Her er effektiv mestring viktig (Grønningsæter, et. al., 2009). Studien til Bunch (2004) viser at forebygging av ytterligere funksjonstap og opprettholdelse av nåværende funksjon er nødvendig for å redusere opplevelsen av stress.

I følge Fjørtoft (2006) kreves tilpasset hjelp og omsorg for at brukeren skal kunne utnytte sine ressurser på best mulig måte i dagliglivet. Kristoffersen (2005) skriver at aktivitet kan gi en opplevelse av mestring og økt kroppslig kontroll. I studien til Karlsson og Klang (2001) meddeler deltakerne at følelsen av kontroll er med på redusere stressnivået i hverdagen. Aktivitetsnivået til brukeren må tilpasses individuelt (Kristoffersen, 2005). Av Kvalitetsforskriftens § 3 går det frem at pleie- og omsorgstjenestens brukere har rett på individuell og tilpasset hjelp (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester, 2003). For at sykepleier skal kunne tilpasse hjelpen individuelt krever dette at sykepleier blir kjent med brukeren (Fjørtoft, 2006). Dette underbygger Benner og Wrubel (2001), og sier at sykepleier må sette seg inn i brukerens situasjon for å kunne vurdere brukerens muligheter og begrensninger. Utføres ikke dette kan omsorgen som utøves virke mot sin hensikt. Dette innebærer at brukeren blir hjulpet for mye. Dette kan medføre at fysisk funksjon går tapt (Kristoffersen, 2005). Som et resultat av tapt fysisk funksjon kommer redusert mestringsfølelse og økt stressnivå (Bunch, 2004). Tilpasset omsorg og hjelp til selvhjelp er to viktige aspekter for å bevare en brukers funksjon, to viktige aspekter som sykepleier må fokusere på (Fjørtoft, 2006).

Men er det å bli kjent med sin bruker tilstrekkelig for å kunne kartlegge brukerens muligheter og begrensninger? Deltakerne i Karlsson og Klang (2001) sin studie meddeler at deres hyppighet og intensitet av symptomene kan variere veldig fra dag til dag. Dette underbygges av Andreassen et. al., (2010) som skriver at symptomene ved HIV kan ha stor variasjon. Ikke bare fra person til person, men og fra dag til dag hos samme person. Sykepleier må altså kontinuerlig vurdere brukers muligheter og begrensninger. Av egen praksiserfaring er arbeidsdagen i hjemmesykepleien preget av høyt tempo og minimalt med tid hos hver enkelt bruker. Dette underbygges av Fermann og Næss (2008) som skriver at travle hverdager kan medføre svikt i individuell vurdering av brukers ressurser og evne til egenomsorg. På grunnlag av dette bør sykdommens utvikling og innvirkning vurderes av sykepleier kontinuerlig. Dette vil kunne fremme opplevelsen av økt kontroll over fysisk funksjon hos brukeren (Fjørtoft, 2006).

Kronisk tretthet er et kjent fenomen blant HIV-positive. Dette er én av mange bivirkninger med de antivirale medisinene (Andreassen et. al., 2010). Deltakerne i studien til Karlsson og Klang (2001) underbygger dette og uttrykker at dette påvirker deres fysiske funksjon i negativ retning og at det øker stressnivået i hverdagen. Deltakerne i Bunch (2004) sin studie meddeler samme utfordringen i hverdagen. Deltakeren uttrykker dette ved at fysisk aktivitet som dagligdagse gjøremål tenkes ikke over av en frisk person. For personen med HIV må dagligdagse gjøremål planlegges ned til minste detalj og i hvilke rekkefølge. Dette grunnet at trøttheten blir verre og verre etter hvert som dagen går. Denne planleggingen tapper personer med HIV for mental energi (Bunch, 2004). På grunnlag av dette ser jeg dette som at kropp og sjel påvirker hverandre gjensidig, slik som Benner og Wrubel (2001) skriver. Dette er i tråd med deres holistiske tenkning. Det fysiske og det psykiske aspektet ved mennesket har gjensidig innvirkning på hverandre. For å redusere opplevelsen av stress i hverdagen er dermed søvn og hvile er derfor viktig for pasienter med HIV. Sykepleier bør derfor hjelpe brukeren til å finne en balanse mellom fysisk aktivitet og søvn og hvile. Grunnen til dette er at for mye fysisk aktivitet eller for mye søvn og hvile kan øke opplevelsen av stress og redusere mestringsfølelsen (Bastøe og Frantsen, 2005). Blir søvn og hvile ivaretatt kan dette ha positiv innvirkning på brukers ønske om å være i fysisk aktivitet og dermed redusere stressopplevelsen i hverdagen. Dette underbygger en av Lazarus' (1981) fem punkter om hvordan man kan mestre stress: "Å gjøre noe direkte i situasjonen" (Sitert i Kongsmo, 2003, s. 89).

I møte med HIV-positive personer i praksis har enkelte pasienter uttrykt at redusert fysisk funksjon har medført distansering fra sosialt samvær. Dette underbygges i studien til Bunch (2004) som viser at sosial distansering er et kjent fenomen blant HIV-positive. Deltakerne uttrykker at å "miste" det sosiale samværet som de tidligere var vant med, oppleves som et tap av krontoll. I studien til Karlsson og Klang (2001) går det frem at tap av krontoll er kilde til økt stressopplevelse ved HIV. Økt stressnivå i kroppen medfører redusert immunforsvar (Grønningsæter et. al., 2009), og symptomer kan dermed fremtre eller forverres, noe som kan medføre ytterligere distansering fra det sosiale liv (Andreassen et. al., 2010). I følge Benner og Wrubel er den største trusselen mot mestring mangel på tilhørighet og meningsløshet (Kongsmo,

2003). Jeg ser dette som at mangel på meningsfulle samvær og sosial kontakt kan medføre økt stressopplevelse. Dette underbygges i studien til Karlsson og Klang (2001) og i Andreassen et. al., (2010). Etter hvert som sykdommen utvikler seg kan symptomene ved HIV bli synlige. Den smittede kan oppleve dette både plagsomt, smertefullt og ikke minst pinlig (Andreassen et. al., 2010). I studien til Bunch (2004) går det frem at deltakerne trekker seg tilbake og unngår sosialt samvær på grunnlag av at symptomene oppleves både smertefull og pinlig. Dette stemmer overens med én av Lazarus' måter å mestre stress på. Nemlig å velge å ikke gjøre noe direkte med situasjonen (Konsmo, 2003). Dette kan sees på som at deltakerne i studien til Bunch (2004) distanserer seg fra sosialt samvær for å øke sin mestringsopplevelse og opplevelsen av å ha kontroll over sin egen kropp. Er dette tilfelle bør sykepleier respektere dette valget og trekke seg tilbake. Dette er, i følge Benner og Wrubel viktig for at brukeren skal oppleve omsorg, som er grunnleggende for å kunne hjelpe brukeren til økt mestringsopplevelse (Konsmo, 2003). Å respektere brukerens valg er og i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven som sier at brukers integritet og verdighet skal ivaretas. Men loven har og som formål å fremme sosial trygghet og sørge for at bruker har en meningsfylt og aktiv tilværelse i fellesskap med andre (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det kan dermed sees på en annen måte; det er viktig at sykepleier motiverer brukere med HIV til å delta i sosiale sammenkomster. I studien til Karlsson og Klang (2001) går det frem at sosialt samvær er viktig for opplevelsen av en meningsfylt tilværelse. Å skape mening i sin livssituasjon er og viktig for å redusere stress og fremme opplevelsen av mestring, i følge deltakerne i studien til Plattner og Meiring (2006). Dette underbygger Benner og Wrubel, som sier at en meningsfylt tilværelse er sentralt for opplevelsen av mestring (Konsmo, 2003).

Benner og Wrubel skriver også at å føle tilhørighet til noe eller noen er avgjørende for å redusere stress og fremme mestring ved sykdom (Konsmo, 2003). Dette underbygger Karlsson og Klang (2001) i sin studie. Det vises her at sosialt samvær med andre har positiv innvirkning på hvordan deltakerne ser på seg selv og hvordan de mestrer sitt sosiale liv.

I det norske samfunn er HIV en tabubelagt sykdom. Dette medfører store psykiske

utfordringer for den som er smittet av sykdommen (Andreassen et. al., 2010). Daglig lever den smittede med skyldfølelse og skam, samt frykten for å bli avvist i samfunnet (Bunch, 2004 og Olaussen og Bunch, 2011). I følge Benner og Wrubel må sykepleier her sette seg inn i og forstå hvordan brukeren opplever denne påkjenningen.

Sykepleier må videre hjelpe brukeren til å se muligheter til endring og motivere brukeren til å fokusere på disse og ikke på begrensningene (Konsmo, 2003). I studien til Plattner og Meiring (2006) går det frem at for mange HIV-positive er det å akseptere at man har fått sykdommen helt avgjørende for å redusere stresset og mestre de psykiske utfordringene sykdommen medfører. Deltakerne sier at å være bitter og bære nag til dem som har smittet dem øker stressopplevelsen i hverdagen, mer enn det hjelper dem til å mestre sykdommens følger. Dette er i tråd med enda et punkt av hvordan Lazarus mener man kan mestre stress på; nemlig å prøve å forandre måten man ser på stresset (Konsmo, 2003). Utfordringen blir for den smittede å klare å akseptere det å leve med en sykdom som er forbundet med skyldfølelse, skam og mangel på kunnskap (Plattner og Meiring, 2006).

Det er stor mangel på kunnskap rundt HIV, både blant brukere og i helsevesenet. Mange HIV-positive ønsker mer kunnskap rundt sykdommen for å kunne mestre hverdagen på best mulig måte (Bunch, 2004). Studien til Karlsson og Klang (2001) underbygger dette. Deltakerne sier at kunnskap og trygget medfører kontroll over sykdommen. For noen av deltakerne var kunnskapene i pasientundervisningen helt ny, mens for andre var det en oppfriskning. Alle deltakerne opplevde dette som en positiv sosial sammenkomst, som virket styrkende og fremmet følelsen av tilhørighet. De var plutselig ikke alene i en ellers veldig ensom hverdag, hvor de lever et ”hemmelig liv” med sine symptomer og bivirkninger. Dette viser at hjemmesykepleien kan ha positivt utbytte av å ha et tettere samarbeid med andre yrkesgrupper og selvhjelpsgrupper slik at en del av denne brukergruppens psykososiale behov blir ivaretatt (Bunch, 2004). I følge Benner og Wrubel må sykepleieren dermed kjenne sin bruker (Konsmo, 2003) og ta ansvar for å koordinere ulike yrkesgrupper slik at kilder til stress reduseres for å fremme mestring (Fjørtoft, 2006). Motivasjonen til brukeren for å endre sin situasjon er viktig for at brukeren skal oppleve kontroll over sitt eget liv (Benner og Wrubel, 2001).

Etter møte med HIV-positive mennesker i praksis, kan det synes at mangel på informasjon som sykdommen er stor. Studien til Bunch (2004) underbygger dette. Deltakerne uttrykker at kunnskapsmangel, både hos dem selv og blant helsepersonell, medfører økt stressnivå i hverdagen. For den som blir rammet av en kronisk sykdom blir hverdagen snudd på hodet veldig fort. Den rammede har et stort behov for støtte og informasjon (Gjengedal og Hanestad, 2007). Dette underbygges av Benner og Wrubel (2003) som sier at det er viktig å informere brukeren, men ikke overvelde dem med informasjon. For mye informasjon kan føre til at brukeren mister motivasjonen og opplever håpløshet. For å fremme håpet og for å unngå ineffektiv mestring av sykdommen må sykepleier hjelpe pasienten til å fokusere på det betydningsfulle i livet.

Å leve som HIV-positiv kan oppleves svært ensomt (Grønningsæter, et. al., 2009) og helsevesenet blir ofte den smittedes nærmeste støttespiller (Galt, 2008). Når det da oppleves at helsepersonell vegrer seg for å prate om sentrale, svært viktige temaer som seksualitet, blir informasjonsmangelen en forsterkelse av "å være alene" i kampen mot sykdommen og dens følger (Bunch, 2004). HIV er en seksuelt overførbart sykdom og angår det mest intime ved mennesket. Sykdommen er derfor forbundet med fordommer og skam (Andreassen et. al., 2010). I følge studien til Plattner og Meiring (2006) unngår mange HIV-positive nærkontakt med andre fordi de er redd for å smitte andre, men som alle andre mennesker ønsker det å ha et seksualliv. Seksualitet, å føle seg attraktiv og elsket er like viktig for den HIV-positive nå som det var før smitten; om ikke viktigere. Men frykten for å smitte andre forsterkes nok ved at man blir straffeansvarlig hvis dette skjer uten at dem smittede informerer om at han/hun har HIV. I Straffeloven står det at hvis man forsettelig eller uaktsomt overfører smitte kan dette medføre inntil 6 års fengsel (Straffeloven, 1902). Seksualitet kan dermed oppleves skremmende og ulovlig. Denne psykiske påkjenningen kan være overveldende for den HIV-positive (Plattner og Meiring, 2006). Sykepleier må her ta ansvar og tørre å snakke om det usnakkelige (Andreassen et. al., 2010). Kommunikasjon er sykepleierens viktigste redskap for å fremme mestring. Sykepleieren må møte brukeren der han er og bruke kommunikasjonen aktivt. Seksualitet er et sårt tema og er ofte vanskelig å snakke om. Sykepleieren bør

derfor respektere hvis brukeren ikke ønsker å prate om det aller mest intime (Hummelvoll, 2008). Deltakerne i studien til Bunch (2004) ga uttrykk for at de ønsket med informasjon om temaet, men at det kan bli en pinlig samtale. Spesielt om dette temaet må sykepleier tørre å være seg selv, men på en profesjonell måte (Hummelvoll, 2008). Å møte brukeren på en bekreftende og oppmuntrende måte kan være med på å skape trygghet i relasjonen mellom bruker og sykepleier. Relasjoner som bygger på trygghet, tillit og hvor sykepleier viser forståelse for det brukeren forteller, både med verbalt og nonverbalt språk, er viktig (Eide og Eide, 2008). Dette kan være med på å få brukeren til å prate, og dermed kan brukeren få opplevelsen av mestingsfølelse og kontroll i situasjonen (Hummelvoll, 2008).

Informasjon og følelsen av kontroll er og sentralt ved medikamenthåndtering (Andreassen et. al., 2010). En av de største utfordringene ved å leve som HIV-positiv er å måtte være avhengig av medisiner. Mye medisiner, som skal tas punktlig, noen med og noen uten mat. Dette påvirker den HIV-positives liv fysisk ved at det kan opptre en del bivirkninger fra medisinene som påvirker ens fysiske funksjon i dagliglivet (J.fr. punkt 2.5.3). Medisinavhengigheten påvirker også det sosiale livet ved at man blant annet kan oppleve sjenerende symptomer som kan være synlig for omverdenen (J.fr. punkt 2.5.2). Medisinavhengigheten påvirker også den HIV-positives psykiske aspekt i livet. Rundt dette ligger nemlig den største frykten for mange – usikkerheten om medisinene ”holder mål”. Hvor lenge man er symptomfri, hvilke symptomer som kan opptre og hvor intensiv de fremtrer er uforutsigbart. Hvor lenge en HIV-positiv kan være symptomfri er det ingen som kan forutsi eller si noe sikkert om (Plattner og Meiring, 2006). I følge Benner og Wrubel er det i en slik situasjon er det viktig at sykepleier er bekreftende overfor brukeren og viser forståelse for denne usikkerheten og bekymringen brukeren opplever. En god relasjon mellom sykepleier og bruker blir viktig for at sykepleier skal kunne handle korrekt og se hvilke behov brukeren har (Konsmo, 2003). Av praksiserfaring har jeg erfart at det er viktig å sette seg ned med brukeren og snakke om hva som oppleves skremmende for brukeren og hvorfor, samt hvordan bruker ønsker hjelp hvis symptomene inntreffer. Slik brukermedvirkning kan være med på å redusere opplevelsen av stresset rundt usikkerheten. Dette underbygges av Fjørtoft (2006) som skriver at når

brukermedvirkning benyttes aktivt og bruker får være delaktig i planlegging av det som angår bruker eget liv, fremmes opplevelse av kontroll og mestring hos bruker. Å vite hva brukeren ønsker, er å utøve omsorg på brukerenes premisser og perspektiv som er i tråd med Benner og Wrubels syn på omsorg. Å vise omsorg er også med på å fremme håp (Konsmo, 2003). I studien til Kylmä et. al., (2001) går det frem at håp er helt grunnleggende for den som lever som HIV-positiv, og at sykepleier må vite hva som med meningsfullt i brukerenes liv for å kunne hjelpe med å fremme mestring av en slik sykdom som HIV. Dette underbygges av Benner og Wrubel som sier at der det er håp er det rom for mestring (Konsmo, 2003).

6.0 Konklusjon/ Refleksjon

Denne oppgaven belyser tre viktige aspekter for mennesker som lever med HIV. Det fysiske, sosiale og psykiske. De fysiske aspektene er preget av redusert fysisk aktivitet og kronisk tretthet. Studiene viser at ivaretagelse av de fysiske aspektene reduserer stressopplevelsen og fremmer mestringsfølelse. Dette er i samsvar med Benner og Wrubels holistiske tenkning. Sykepleier må tilrettelegge for søvn og hvile og fysisk aktivitet gjennom å bli kjent med brukeren.

Det sosiale aspektet preges av sosial distansering. Studiene viser at dette er et kjent fenomen blant HIV-positive. Dette oppleves som et tap av kontroll og er kilde til økt stress. Studiene viser og viktigheten av pasientundervisning og at sosialt samvær med andre med samme sykdom skaper tilhørighet og fremmer mestringsfølelse og følelse av kontroll. Dette er i tråd med Benner og Wrubels holistiske menneskesyn. For at sykepleier skal kunne fremme sosial funksjon må sykepleier tilrettelegge og fremme følelsen av kontroll og tilhørighet.

Det psykiske aspektet preges av skam, frykt og skyldfølelse, samt kunnskapsmangel. Studiene viser at HIV-positive synes dette er temaer som er vanskelig å snakke om. Kunnskapsmangelen, hos dem selv og hos helsepersonell, skaper økt stress, usikkerhet og mangel på tilhørighet. For å fremme mestring må sykepleier skape en god relasjon, være nær og ekte, holde seg oppdatert på kunnskaper om HIV, tørre å

snakke om det usnakkelige og fremme følelsen av tilhørighet i samfunnet. Dette er igjen i tråd med Benner og Wrubels syn på helhetlig omsorg.

Oppsummert kan en si at ivaretagelse av helhetlig omsorg er avgjørende for at hjemmeboende brukere med HIV skal oppleve mestring av sykdommens utfordringer i hverdagen. Videre forskning på hvordan HIV og den følger påvirker hjemmeboende brukere vil være nyttig for at denne pasientgruppens behov skal ivaretas på best mulig måte.

7.0 Referanseliste

- Andreassen, G. T., Fjellet, A. L., Wilhelmsen, I.-L. & Stubberud, D.-G. (2010). Sykepleie ved infeksjonssykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D.-G. & Grønseth, R (Red.). *KLINISK SYKEPLEIE 1* (s. 61-105). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bastøe, L.-K. H & Frantsen, A.-M. (2005). Behovet for søvn og hvile. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. - A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (bind 2) (s.302-336). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje – Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard Danmark
- Bunch, E. H. (2004). Symptom management for HIV-positive persons in Norway. *International Council of Nurses, 51, 167-175*.
- Dalland, O. (2007). *Metode i oppgaveskriving for studenter* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2008). Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fermann, T. & Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 196-218. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *All göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm; Bokförlaget Natur och Kultur
- Forskningsstiftelsen FAFO. (u.å.). Hentet 19. februar 2012 fra <http://www.faf.no/hist/index.htm>
- Galt, J. (2008). *Døden ved min side: Å leve med hiv*. Oslo: Aschehoug & Co.

Gjengedal, E & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s.10-26). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Grønningsæter, A. B., Mandal, R., Nuland, B. R. & Haug, H. (2009). *Fra holdninger til levekår – Liv med hiv i Norge i 2009* (Fafu-rapport nr. 13:2009). Allkopi AS.

Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s.10-26). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. Juni 2011 nr. 30*. Hentet 13. februar 2012 fra <http://lovdata.no/cgi-wift/lldles?doc=/all/nl-20110624-030.html#map001>

Hummelvoll, J. K. (2008). Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karlsson, A. & Klang, B. (2001). ATT LEVA MED HIV – HIV infekterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning. *Vård i Norden*, 21 (60), 42-46.

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Konsmo, T. (2003). *en hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie- en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: TANO Aschehoug

Kristoffersen, N., J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. - A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (bind 2) (s.206-270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenester. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Hentet 13. februar 2012 fra <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html>

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. (2001). Dynamics of hope in living with HIV – Professional caregivers' observations. *Vård i Norden* 21(62), 10-15.

Olaussen, C. & Bunch, E. H. (2011). Bruk av metasyntese som metode for å syntetisere kvalitativ forskning – Et eksempel hvor HIV-stigma er brukt som tema. *Vård i Norden* 31(100), 24-29

Plattner, E. & Meiring, N. (2006). Living with HIV: The psychological relevance of meaning making. *AIDS Care* 18 (3), 241-245.

Statistisk Sentralbyrå. (2011). *HIV-infeksjon etter smittemåte og AIDS, etter diagnoseår*. Hentet fra <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-129.html>

Straffeloven. (1902). *Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven) av 22. mai 1902*. Hentet 8. Januar 2012 fra <http://lovdata.no/cgi-wift/wiftloksok?base=QNL&sys=1&felt=titt&emne=straffeloven&button=S%F8k&PROS=02>

Stølås, R. (2012, 7. Januar). Vil stoppe hiv-utviklingen. *Bergens Tidene*. Hentet fra: <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Vil-stoppe-hiv-utviklingen-2636774.html#.TxQM5JjX2jI>

Tjade, T. (2008). *MEDISINSK MIKROBIOLOGI OG infeksjonssykdommer*. Bergen; Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

8.0 Vedlegg

Tittel/ forfatter	Utvalg	Metode	Resultat/Funn	Diskusjon	Konklusjon
<p>“Living with HIV: The psychological relevance of meaning making”</p> <p>Plattner, E. & Meiring, N. (2006)</p>	<p>10 deltakere, 8 kvinner og 2 menn fra alderen 20-48 år. Kjent hiv-statur fra 6 mnd til 8 år.</p> <p>Studien er basert på frivillig deltakelse.</p> <p>Studien inneholder en liten gruppe mennesker og kan derfor ikke generaliseres.</p>	<p>Kvalitativ metode ble brukt.</p> <p>Deltakerne ble intervjuet med fokus på deltakernes egen oppfatning av sin hiv-infeksjon og hvordan de mestrer stresset dette medfører.</p> <p>Det ble brukt semi-structured in-depth intervjuer.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på tape og svarene ble deretter analysert og drøftet.</p>	<p>Før deltakerne hadde funnet en mening: De fleste pasientene hadde tenkt på å ta sitt eget liv etter de hadde fått kunnskaper om sin diagnose, men var bekymret for familie og venner.</p> <p>Pasientene slet alle med angst, frykt og usikkerhet.</p> <p>Etter deltakerne hadde funnet mening:</p> <p>Alle hadde nå akseptert sin sykdom – de var blitt smittet på grunn av deres egen uansvarlighet, eller fordi Gud skulle teste eller straffe de. Ingen av deltakerne bar nag til dem som smittet de.</p> <p>Dette hjalp</p>	<p>I studien blir det diskutert hvordan hiv-smittede finner mening med sin infeksjon og hvordan dette er med på å redusere stress og fremmer mestring i hverdagen, samt hvordan mål, verdier og tro har en innvirkning på å mestre hverdagen.</p>	<p>Studien viser at å finne mening med å være hiv-smittet er med på å gjenvinne psykologisk balanse og mestring av en stressende og uforutsigbar hverdag.</p>

			deltakerne til å mestre sin nye helsesituasjon		
<p>“Att leva med hiv – hiv infekterade patienters upplevelser av erhållen patientutbildning.”</p> <p>Karlsson, A. & Klang, B. (2001)</p>	<p>Seks pasienter deltok i studien.</p> <p>Blant pasientene varierte kjønn, alder, hvor lenge de hadde vært smittet og smitte måte. Alle pasientene var svensktalende.</p> <p>Fire av pasientene ble intervjuet, en kvinne og tre menn, med gjennomsnittsalder på 48 år.</p> <p>En pasient avbrøt undervisningsprogrammet pga. Utenlandreise og en pasient nådde ikke fristen for intervjuet.</p>	<p>Kvalitativ metode ble brukt, og intervju-metoden var åpent intervju.</p> <p>Intervjuene hadde fokus på hvordan undervisningen har påvirket deltakerne og hva deltakerne synes har vært viktig i undervisningen . Intervjuene ble spilt inn på tape, lyttet til og skrevet ned ord for ord, deretter analysert.</p>	<p>Å møte andre mennesker som deltakerne kunne relatere seg til ble sett på som positivt. Å dele tanker og følelser, opplevelser og erfaringer, samt tilhøring til andre, gjorde sykdommen mer håndterbar. Pasient-undervisningen var og med på å gjøre sykdommen håndterbar, og bidro til å mestre hverdagens utfordringer.</p>	<p>I studien diskuteres det hvordan samhörighet med andre mennesker påvirker sykdommens håndterbarhet . Samt hvordan det å kunne være åpen om sin sykdom og kunne si ”vi” hjelper deltakerne til å mestre hverdagen.</p>	<p>Studien viser at hiv-pasienter trenger mer støtte og kunnskap i hverdagen for å kunne klare å se en fremtid og finne en mening med livet.</p> <p>Studien konkludere videre med at det trengs mer forskning på hiv-pasienter og pasientundervisning og hvordan dette påvirker pasienten.</p>
<p>“Dynamics of hope in living with HIV – Professional caregivers’ observations”</p>	<p>5 kvinner som alle var profesjonelle omsorgspersoner. Alder fra 32 til 57. To jobbet på poliklinikk, en jobbet på</p>	<p>I studien er det brukt en kvalitativ metode. Deltakerne ble</p> <p>- 33 -</p> <p>intervjuet fra</p>	<p>I livet som HIV-positiv har profesjonelle omsorgsarbeidere</p> <p>observert at håp,</p>	<p>I studien blir det diskutert hvor viktig det er for en sykepleier å vite forskjellen på fortvilelse og</p>	<p>Studien konkluderer med at sykepleier-pasient-relasjon er viktig i arbeidet</p>

<p>KYLMÄ, J., VEHVILÄINE N-JULKUNEN, K. & LÄHDEVIRTA, J. (2001)</p>	<p>døgnbehandling spost og 2 jobbet på begge deler. Erfaringen med HIV/AIDS varierte fra 7 mnd til 15 år.</p>	<p>en til tre ganger fordi forståelsen for håp og håpløshet utvikler seg. Intervjuene ble tapet og analysert</p>	<p>fortvilelse og håpløshet er viktige elementer i livet til pasienten. Hvordan håp påvirker pasienten er viktig å ta med i vurderingen som omsorgsarbeider fordi dette er grunnleggende i menneskets eksistens ved sykdom.</p>	<p>håpløshet for å kunne fremme håp. Samt at relasjonen mellom sykepleier og pasient er avgjørende for at sykepleier skal kunne klare å nå inn til pasienten og fremme håp.</p>	<p>med å fremme håp. Men at det er og viktig å skape gode relasjoner med pasientens pårørende og. Studien konkludere videre med at med forskning på hvordan håp påvirker pasienter med HIV/AIDS og deres pårørende</p>
<p>“Symptom management for HIV- positive persons in Norway” Bunch, E. H., (2004)</p>	<p>422 deltakere fra USA og 20 deltakere fra Norge. Av de norske deltakerne var det 3 kvinner og 17 menn. 6 av deltakerne var tidligere rusmisbrukere, 7 har utviklet Aids.</p>	<p>Kvalitativ metode ble benyttet ved bruk av spørreskjema.</p>	<p>Symptomene er både fysiske og psykiske for deltakerne i studien. Fatigue, sosial isolasjon, ensomhet, redusert fysisk funksjon, frykt og stigmatisering er de mest fremtredende symptomene i studien. De har stor innvirkning på deltakerne. Egenomsorgen er viktig for</p>	<p>I studien blir det diskutert forskjeller og likheter mellom de norskens opplevelse av symptomene og de amerikanske opplevelse av symptomene. Det blir og diskutert hva som kan være årsaken til dette.</p>	<p>Studien viser at HIV- positive opplever at temaer som seksualitet og psykiske utfordringer i hverdagen ikke blir tatt på alvor og at helseperson ell ikke tørr å snakke om det. Det kommer og</p>

			opplevelsen av mestrings i hverdagen.		frem at hjemmesykepleien må ha et tettere samarbeid med andre yrkesgrupper som for eksempel psykologer, og at helsepersonell har for lite kunnskaper rundt HIV.
--	--	--	---------------------------------------	--	---