

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
2015:40

**Patienter med HIV-**  
Upplevelser av vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal

Ahlvin Govenius Emelie  
Lundgren Lina



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Patienter med HIV- Upplevelser av vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal
Författare:	Emelie Ahlvin Govenius och Lina Lundgren
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK12H
Handledare:	Lise-Lotte Jonasson
Examinator:	Elisabeth Lindberg

## **Sammanfattning**

HIV är en virusinfektion som påverkar hela patientens hälsa, både fysiskt, psykiskt och socialt. Patienter med HIV möter precis som alla andra, olika instanser inom hälso- och sjukvården. För att främja hälsa och lindra lidande utgör den vårdande relationen grunden i dessa vårdmöten. Det finns fördomar och rädslor kring HIV och personer som lever med sjukdomen, vilket avspeglar sig inom hälso- och sjukvården. Detta kan i ett vårdmöte leda till att patienter med HIV behandlas annorlunda, vilket kan förstärka känslor av skuld och skam, samt orsaka onödigt lidande. Synliggörs dessa patienters upplevelser, kan framtida vårdmöten förbättras. Syftet med studien är att beskriva hur patienter med HIV upplever vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Som metod har litteraturöversikt använts. Resultatet baseras på åtta artiklar som visar att patienter har olika upplevelser från vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Patienter har genom hälso- och sjukvårdspersonalens verbala kommunikation och förhållningssätt upplevt avståndstagande, att onödiga skyddsåtgärder vidtagits och att opassande frågor ställs. Samtidigt har patienter även upplevt stöd från hälso- och sjukvårdspersonal som resulterat i tillit och trygghet. Anledningen till att patienter har skiftande upplevelser från vårdmötet, kan beror på olika faktorer. Det som patienter upplever viktigt i den vårdande relationen kan behöva ges tid att bygga. Detta utrymme ges inte alltid i den verbala kommunikationen och ett förhållningssätt, som riskerar påverkas av fördomar. Utbildning och erfarenhet hos hälso- och sjukvårdspersonal påverkar hur patienter upplever vården. De patienter som vårdats av hälso- och sjukvårdspersonal med mer erfarenhet och kunskap om HIV, upplever att de fått bättre vård.

Nyckelord: *HIV, upplevelser, patient, vårdmöte, hälso- och sjukvårdspersonal*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>HIV (Human Immundeficiency Virus)</b>	<b>1</b>
Den fysiska kroppen hos patienten med HIV	2
<b>Att leva med HIV</b>	<b>3</b>
Patienten i vardagen	3
Stigmatisering och diskriminering	3
Skuld, skam och lidande	4
<b>Den vårdande relationen</b>	<b>4</b>
<b>Riktlinjer för hälso- och sjukvårdspersonal</b>	<b>5</b>
Hälso- och sjukvårdslagen	5
ICN:s etiska kod	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>5</b>
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>6</b>
Inklusionskriterier och exklusionskriterier	7
<b>Dataanalys</b>	<b>7</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>8</b>
<b>Vårdande relation</b>	<b>8</b>
Den verbala kommunikationen	9
Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt	9
Stöd från hälso- och sjukvårdspersonal	10
<b>Utsatthet</b>	<b>11</b>
Förekomsten av upplevd diskriminering	11
Utsatt för risk	11
Att känna sig skuldbelagd	11
Avståndstagande	12
Onödiga skyddsåtgärder	12
<b>DISKUSSION</b>	<b>13</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>13</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>14</b>
Kliniska implikationer och framtida forskning	16
<b>SLUTSATSER</b>	<b>18</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>19</b>
<b>BILAGOR</b>	<b>22</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>22</b>
<b>Bilaga 2</b>	<b>23</b>

## **INLEDNING**

HIV (Human Immunodeficiency Virus) är en virusinfektion som kan smitta via blod och sexuell kontakt. Hälso- och sjukvårdspersonal är den grupp som genom sitt yrke riskerar att smittas, exempelvis vid provtagning och kirurgiska ingrepp. Detta tillsammans med fördomar kring HIV, kan leda till att patienter som bär på denna sjukdom riskerar att behandlas annorlunda i ett vårdmöte. Att detta har förekommit, både historiskt och idag, har vi genom media och egen arbetslivserfarenhet blivit medvetna om. När HIV under 80-talet blev känt för allmänheten, rådde stor oro i samhället. Ingen visste hur HIV smittade och svårt sjuka patienter som utvecklade AIDS vårdades på sjukhus, av personal som nästintill inte vågade röra vid dem. Idag finns kunskap om HIV och hur det smittar, men trots detta har vi själva erfarit situationer, där hälso- och sjukvårdspersonal använt överdriven skyddsutrustning vid provtagning på patienter med HIV. Med denna vetskap är det därför intressant att ta reda på hur patienter med HIV idag upplever vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal.

## **BAKGRUND**

HIV påverkar hela människans hälsa. Hälsa beskrivs enligt World Health Organization (1946) vara både fysiskt, psykiskt och socialt betingad. Efter att ha smittats av HIV krävs livslång behandling med läkemedel och den psykiska kampen för att återvinna känsla av hälsa och välbefinnande kan se olika ut. Samhällets syn på HIV och bristande vårdande relationer med hälso- och sjukvårdspersonal, kan försvåra vägen till hälsa och välbefinnande hos patienten med HIV. Detta examensarbete fokuserar på länder med hög eller mycket hög mänsklig utveckling. United Nations Development Programme (UNDP) förklarar vad ett lands mänskliga utveckling innebär och talar då om, hälsa, levnadsstandard, kunskap, politisk medvetenhet, mänskliga rättigheter, säkerhet, miljömedvetenhet och könsdiskriminering. Fokus läggs på människan, dennes möjligheter och val snarare än landets ekonomiska status (UNDP 2015). I examensarbetet används begreppet ”hälso- och sjukvårdspersonal”. Detta innefattar flera yrkeskategorier som alla, på ett eller annat vis, möter patienter i sitt yrke. Exempel på detta är sjuksköterskor, läkare, undersköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och tandläkare. Samtliga yrkesgrupper som ingår under begreppet ”hälso- och sjukvårdspersonal” beskrivs av Socialstyrelsen (2015). När begreppen ”person” och ”individ” används i examensarbetet är det synonymt med patient.

## **HIV (Human Immunodeficiency Virus)**

Enligt de senaste siffrorna från World Health Organization (2015) levde 35 miljoner människor världen över med HIV år 2013. Majoriteten av dessa människor levde i låg- och medelinkomstländer. I Sverige lever idag cirka 6400 personer med diagnosen och 2013 rapporterades 461 nya fall in (Riksförbundet Noaks Ark 2015). Risken att som hälso- och sjukvårdspersonal smittas är 0,3 % när HIV-smittat blod når blodbanan eller djupt i vävnaden (Vårdhandboken 2015). Hälso- och sjukvårdspersonal möter genom

sitt yrke patienter med HIV och för att främja deras hälsa krävs förståelse som möjliggörs genom kunskap. Hälso- och sjukvården ser olika ut världen över, så också kunskapen om HIV.

### **Den fysiska kroppen hos patienten med HIV**

Patienten som bär på HIV har viruset i sitt blod, sädesvätska, slidsekret, likvor och nervvävnad. Viruset smittar främst via blod eller sexuell kontakt, både vid vaginala och anala samlag samt oralsex. HIV är ett virus med låg virulens, det vill säga låg smittsamhet. Smittrisen är störst då virusmängden i kroppen är stor, men kan även smitta under stadier då viruset ligger latent, även om smittrisen då är lägre. Vid sexuell kontakt och samlag är smittrisen större om det finns genitala sår eller om personen vid tillfället bär på annan könssjukdom. Viruset smittar i regel lättare vid analt samlag och vid vaginalt samlag riskerar kvinnor att lättare smittas än män. När viruset smittar via blodet kan det exempelvis ske vid stick och skärskador, vid kontakt med blod på skadad hud, via blodtransfusion, eller från mor till barn under graviditet och förlossning (Ericson & Ericson 2009, s. 263). För att ta reda på om en person bär på HIV-virus krävs blodprovstagning. Detta för att upptäcka eventuella antikroppar mot HIV. Är provsvaret positivt tas ett nytt prov för att utesluta förväxling eller felaktigt resultat. Är även detta provsvar positivt kan diagnosen HIV ställas. Är provsvaret negativt kan en säker diagnos inte ställas innan tiden från smittotillfället har passerat tre månader (1177 2014). Primärinfektion kallas det stadie som uppträder cirka två till tre veckor efter smittotillfället (1177 2014). Av de personer som smittas är det under primärinfektionen endast 30 % som får några symtom (Ericson & Ericson 2009, s. 263). Symtom som då kan uppstå är feber, frossa, halsont, svullna och ömma lymfkörtlar, muskel- och ledvärk, diarré och huvudvärk. Infektionen brukar avta efter några veckor och då övergår sjukdomen i latensstadium. Om HIV- infektionen inte upptäcks och behandlas i tid kommer immunförsvaret drabbas ytterligare och symtom som trötthet, klåda, nattliga svettningar, svamp- och herpesinfektioner kan uppstå. Fortsätter utvecklingen utvecklas AIDS (acquired immune deficiency syndrome) som är ett samlingsnamn för infektioner och tumörsjukdomar som utvecklas till följd av nedsatt immunförsvaret (1177 2014). Som situationen ser ut idag finns ännu inget botemedel mot HIV. Däremot finns medicinering som bromsar sjukdomsförloppet. Detta innebär att sjukdomen kan hållas under kontroll, eventuella symtom lindras, de symtomfria perioderna förlängas och risken att följsjukdomar som AIDS uppstår minimeras (Ericson & Ericson 2009, s. 265). I nuläget får patienter med HIV, kombinationspreparat från sex olika läkemedelsgrupper. För att uppnå en effektiv behandling är det viktigt att följa ordinationen, det vill säga, ta sina mediciner regelbundet utan att göra avbrott. Det är inte ovanligt att behandlingen medför biverkningar och de vanligaste är illamående och diarré. Andra biverkningar som inte är lika vanliga men som förekommer är yrsel, mardrömmar och påverkan på blod- och benmärg och då kan patienten behöva byta medicinering. När patienten har medicinerats under längre tid, ibland efter många år, kan andra biverkningar uppstå, såsom viktnedgång, förhöjda blodfetter, diabetes samt nerv- och muskelpåverkan (1177 2014).

## **Att leva med HIV**

Patientens liv påverkas av en HIV- diagnos på flera olika plan, både psykiskt, andligt och socialt. Vardagen kan i stort sett fortskrida som förut, men kan dock förändras när omgivningen ibland har fördomar som påverkar mötet med den som har HIV.

### **Patienten i vardagen**

En person med HIV kan med bra behandling idag leva ett normalt liv bortsett från vissa restriktioner. Detta innebär att personen kan fortsätta arbeta, träna och utföra fritidssysselsättningar. Personen väljer själv om han eller hon vill berätta om sin sjukdom för andra. Dock har han eller hon alltid förpliktelse att göra detta i en sexuell relation, eller vid kontakt med hälso- och sjukvården, eftersom en eventuell smittrisk kan föreligga. Den som bär på HIV har skyldighet att alltid använda kondom vid sexuellt umgänge. Effektiv behandling har idag möjliggjort att personer med HIV som skaffar barn kan göra detta med liten risk att smittan överförs från mor till barn. Enbart 0,5 % av de barn som föds får smittan från sin mor om denne har genomgått effektiv HIV-behandling. Då HIV-virus kan överföras via bröstmjölk får modern inte amma sitt barn (1177 2014).

### **Stigmatisering och diskriminering**

Stigmatisering är att göra skillnad och kategorisera utan att se nyanser. Det som tydliggörs är olikheterna, det normala och det avvikande. Indelning och gruppering sker utan att se till individerna, i vardagligt tal kallat ”dra alla över en kam”. De stigmatiserade grupperna i samhället sätts i fack och förväntas vara eller göra på ett visst sätt. Detta lägger grunden för diskriminering då denna förenklade verklighet som stigmatisering utgör, skapar fördomar bland allmänheten och kan leda till social underlägsenhet bland stigmatiserade grupper (RFSL 2015). Stigmatisering kan i praktiken exempelvis leda till att personer med HIV undviker sammanhang där deras diagnos synliggörs, som i hälso- och sjukvården (Kalichman, Ntseane, Nthomang, Segwabe, Phorano & Simbayi 2007; MacQuarrie, Eckhaus & Nyblade 2009, se Cannon Poindexter, Henrickson, Fouché, Brown & Scott 2013, s.103). Personer med HIV riskerar till följd av stigmatisering att associeras med bland annat droger, sexhandel och homosexualitet (Bos, Dijker & Koomen 2007; Dijker & Koomen 2003; Stutterheim, Bos, van Kesteren, Shiripinda, Pryor, de Bruin & Schaalma 2012, se Stutterheim, Sickling, Brands, Baas, Roberts, van Brakel, Lechner, Kok & Bos 2014, s. 652). Ett exempel är en kvinna som berättar hur hon erfarit att andra människor antagit att hon varit prostituerad eller använt droger på grund av att hon har HIV. En annan kvinna beskriver hur stigmatiseringen av HIV inte bara påverkar henne utan även hennes dotter, att det påverkar vilken förskola och skola hennes dotter får gå i (Solomon & Wilkins 2008, s. 293). Stigmatisering och diskriminering leder enligt Zukoski och Thorburn (2009, s. 272) till känslor som ilska och skam. Detta leder i sin tur till nedstämdhet och ett resultat av detta kan bli att patienten isolerar sig.

## **Skuld, skam och lidande**

”Skamkänslan är konsekvensen av en kränkt värdighet” (Wiklund 2003, ss. 111). Att drabbas av HIV kan utgöra ett sådant hot och leda till skam. Känslan av att vara förändrad och annorlunda kan ge denna känsla, att vara mindre värd. Wiklund (2003, s. 113) skriver att skammen ofta uppträder när den egna upplevelsen av oss själva och livsvärlden ifrågasätts. När en patient får besked om att han eller hon har HIV omkullkastas upplevelsen av det egna jaget. Den bild patienten har av sig själv och sin plats i tillvaron ifrågasätts och förändras. Synliggörs det lidande detta innebär, känner sig individen bekräftad. Detta kan ske genom den vårdande relationen som skapar förutsättningar för patienten att återvinna känslan av värdighet och lidandet kan lindras. Att känna skuld och skam är vanligt förekommande efter att ha diagnostiserats med HIV. Många känslor kan råda inombords och är ofta förknippade med dessa begrepp. Personen kan känna skam över att ha smittats av något som hade kunnat hindras och skuld gentemot familj och eventuella partners personen haft innan han eller hon fick diagnosen. Rädsla vävs då också in i detta. Rädsla för att ha fört smittan vidare och rädsla för vad andra ska tycka och tänka, vilket åter för kopplingen till skuld, skam och lidande (Riksförbundet Noaks Ark 2015). Patienter beskriver deras HIV- diagnos som deras mörka hemlighet, något de måste dölja. Diagnosen döljs på grund av rädsla för att förlora vänner, familj och arbete (Solomon & Wilkins 2008, s. 293).

## **Den vårdande relationen**

Ett möte som sker mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal är ett vårdmöte. För att vårdmötet ska främja hälsa och vara av god kvalitet innefattas flera aspekter, där den vårdande relationen skall vara ett fokus. Genom att lyfta den vårdande relationen kan hälsa främjas och lidande lindras. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 182-211) beskriver vikten av den vårdande relationen. Det är hälso- och sjukvårdspersonalen som har ansvar för att relationen till patienten skall vara vårdande. Den vårdande relationen utgörs av verbal kommunikation och förhållningssätt, där tyngdpunkt läggs på flera områden, bland annat vikten av öppenhet och följsamhet. Detta innebär att hälso- och sjukvårdspersonal i vårdmötet med patienter som bär på HIV, ska lämna sin förförståelse åt sidan och med öppet sinne lyssna till patienten, för att få insikt i dennes livsvärld. Det är genom patientens livsvärld som hälso- och sjukvårdspersonal kan få kunskap och förståelse för att stödja den unika individen. I vårdmötet är det viktigt att den som vårdar är medveten om att han eller hon har en maktposition gentemot patienten. Denna maktposition kan skapa otrygghet hos patienten om den används felaktigt. I artikeln skriven av Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt och Häggström (2009, ss.1302-1304) beskrivs patientens behov av närhet från, i detta fall, sjuksköterskan. För att skapa en god och tillitsfull vårdande relation mellan sjuksköterska och patient, är det viktigt att patienten upplever närhet till sjuksköterskan. Detta uppnås genom att sjuksköterskan är närvarande, lyssnar till patienten, respekterar uppfattningar och visar medkänsla för patientens situation. Patienterna beskriver hur de upplever trygghet och förtroende när de och deras familjemedlemmar får uttrycka sina känslor, hur starka de känslorna än är. Detta upplevs även av sjuksköterskor ha en lugnande effekt. Vårdmöten där den vårdande relationen främjas, grundas i att se patienten, ta ansvar för den verbala kommunikationen, sitt förhållningssätt, samt anpassa kontakten efter patientens behov och förutsättningar. I vårdmötet bör samtalet, genom verbal kommunikation och

förhållningssätt, leda till att patienten upplever stöd, känner sig sedd och lyssnad till. Det är viktigt att den som vårdar bjuder in patienten till samtal, möter denne ansikte mot ansikte och ställer öppna frågor. Dessa bör vara formulerade med respekt och värdighet för att inte orsaka patienten mer lidande (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 182-211).

## **Riktlinjer för hälso- och sjukvårdspersonal**

Hälso- och sjukvårdspersonal har i sitt yrke vissa skyldigheter, som ger patienten rättigheter och är till för att skydda denne. Utöver lagar finns ICN:s etiska kod som är en riktlinje för sjuksköterskor, men också ett föredöme för övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

### **Hälso- och sjukvårdslagen**

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1997:142) skriver hur varje patient ska behandlas med värdighet och patienters lika värde ska respekteras. Alla patienter ska behandlas på lika villkor, men den patienten med störst behov av vård, ska tillgodoses först.

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2014:822) säger att varje patient har rätt till vård av god kvalitet som tillfredsställer patientens behov. Dessa behov kan innefatta allt från trygghet och säkerhet, till rätt medicinering. Respekt för patientens autonomi och integritet är några av de byggstenar som lagen baseras på. Vården ska även vara lättillgänglig och skapa förutsättningar för god relation och kommunikation med patienten.

### **ICN:s etiska kod**

Sjuksköterskan har i sin yrkesroll en etisk kod som tydligt sammanfattar riktlinjer för sjuksköterskans etiska handlande. ICN:s etiska kod innefattar fyra huvudområden: att främja hälsa, förbygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Den etiska koden beskriver även hur sjuksköterskans roll innefattar respekt för religion, hudfärg, trosuppfattning, funktionsnedsättning, kön, sjukdom, nationalitet och sexuell läggning. Sjuksköterskan ska, enligt ICN:s etiska kod, inte bara vårda patienten, utan även erbjuda vård till både patient, familj och allmänhet. De beskriver hur mänskliga rättigheter, rätten till att finnas och värdighet ska värderas högt (Svensk sjuksköterskeförening 2007, ss. 3-4). Riktlinjerna i ICN:s etiska kod bör genomsyra hela hälso- och sjukvården och ansvaret bör ligga hos alla som arbetar i denna sektor.

## **PROBLEMFORMULERING**

Att leva med HIV kan vara förenligt med skuld och skam. Bland allmänheten råder fördomar och rädslor kring personer med HIV. Detta kan avspeglas även på sjukhus bland hälso- och sjukvårdspersonal, vilket kan påverka vårdmötet med patienter som bär på HIV. Det krävs kunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal som vårdar dessa



patienter. Kan det vara så att kunskapen skiljer sig på olika vårdenheter och visar sig detta även i vårdmötet med dessa patienter? Den som vårdar patienter med känd HIV riskerar att genom bemötande och handling skapa eller förstärka känslor av skuld och skam. För att förhindra detta, är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal görs medvetna om att detta förkommer. Medvetenhet kan skapas genom att patienters upplevelser synliggörs och kan på så vis förbättra framtida vårdmöten. Vilka upplevelser har patienter som är HIV-positiva av vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal? Vad påverkar bra respektive dåligt bemötande?

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva hur patienter med HIV upplever vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal.

## **METOD**

Examensarbetet kommer att baseras på en litteraturöversikt. I resultatet kommer artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats användas. Ordet "upplevelse" kommer att användas genomgående i examensarbetet. Detta eftersom vikten kommer läggas vid kvalitativa beskrivningar och då passar ordet upplevelse bra. Som stöd för litteraturöversikten används boken Friberg (2006, ss. 133-142) och dennes mall för litteraturöversikt. Detta då författaren beskriver informationssökning och analysprocess för litteratursökning, på ett sätt som kan användas. Motivet för en litteraturöversikt skall vara att skapa en överblick och beskrivande sammanställning över ett specifikt område, denna ska baseras på redan publicerad forskning.

## **Datainsamling**

Som hjälp för information- och litteratursökning användes boken Friberg (2006, ss. 44-45, 58-61). En arbetsplan utformades genom att skriva upp problemområde och tänkt syfte i ett gemensamt kollegieblock. Därefter användes tänkbara sökord relaterat till det valda problemområdet. Artiklarna söktes i databaserna CINAHL och PubMed, som tidigare använts under utbildningen och är lämpade för sökningar av vårdvetenskapliga artiklar. En inledande informationssökning inleddes för att skapa en bild av hur forskningen såg ut inom det valda området och för få ett helikopterperspektiv (Friberg 2006, s. 137). När denna bild skapats kunde problemområdet utvecklas och syftet preciseras. Många av de artiklar som hittades hade hälso- och sjukvårdens perspektiv, inte patientens. De artiklar som hade patientens perspektiv, användes till hjälp för nya sökningar då ämnesord, ord i titlar och begrepp i abstract användes, när nya sökningar genomfördes för att få önskat sökresultat. Alla sökord dokumenterades i arbetsplanen under arbetets gång. Synonymer letades till de sökord som skrevs upp, för att få fler tänkbara sökord till den egentliga informationssökningen. De sökord som växte fram och som användes i olika kombinationer med "AND" emellan var: *HIV, HIV-infection, HIV-related, stigma, encounter, experience, discrimination, attitude, health care, nursing, qualitiv, health care providers* och *patient*. Samma artiklar hittades flera

gångar både i Cinahl och i Pubmed, samt under flera olika kombinationer av sökord (se bilaga 1). Tanken var från början att använda högst fem år gamla artiklar, det vill säga, senast publicerade år 2010. Detta gav inte tillräckligt många användbara artiklar och därför beslutades att spannet skulle utökas till publicering från år 2007 och framåt. Efter att artiklar från senaste sökningen analyserades krävdes ytterligare utökning. En ny sökning fick göras där publiceringsår utökades till artiklar publicerade år 2005 och framåt. Vid senare informationssökning användes bland annat sekundärsökning genom att använda ämnesord till andra artiklar som varit användbara. Hur sekundärsökning utförs beskrivs i Friberg (2006, ss. 75-76) och det var denna beskrivning vi tog hjälp av. I artikelsökningarna kryssades alltid "peer review" i. Antal träffar varierade från 1376 till två och antal artiklar vi läste var trettio två. Slutligen återstod åtta artiklar som svarade till examensarbetets syfte. Dessa valdes som underlag för resultatet (se bilaga 2).

### **Inklusionskriterier och exklusionskriterier**

Både kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar användes för att ge styrka åt resultatet. Dessa fick inte ha ett publiceringsår tidigare än 2005. Denna gräns sattes för att få data som fortfarande var aktuell. Undersökningar med deltagare fyllda 15 år och uppåt inkluderades i examensarbetet. Artiklarnas undersökningar skulle vara gjorda i länder som UNDP (2015) definierar ha hög eller mycket hög mänsklig utveckling. Artiklarna skulle vara skrivna på svenska eller engelska.

### **Dataanalys**

För att skapa ett helikopterperspektiv av det valda området, lästes inledningsvis abstractet av de artiklar, vars rubrik verkade överensstämma med det valda problemområdet och syftet. Friberg (2006, s. 137) beskriver hur ett helikopterperspektiv skapas och det var denna beskrivning vi tog hjälp av. De artiklar som tog upp patientens perspektiv och hade ett abstract som verkade överensstämma med syftet var 32, vilka lades i en mapp i datorn. Dessa skevs sedan ut och delades upp mellan författarna. Efter att båda läst hela innehållet i de artiklar som tilldelats efter uppdelningen, ansågs tolv artiklar svara på examensarbetets syfte. Dessa granskades i enlighet med Friberg (2006, ss. 138-140). Av de tolv artiklar som granskades kunde slutligen åtta användas i resultatet. Fyra artiklar uteslöts på grund av att deras resultat inte svarade till examensarbetets syfte, vilket de slutliga åtta artiklarna gjorde.

De åtta artiklarna delades upp mellan författarna, där varje författare genomgående läste fyra artiklar var. Friberg (2006, ss. 141-142) beskriver hur sammanställning av artiklar utförs och det var denna beskrivning vi hade till stöd för sammanställningen av valda artiklar. Under läsningens gång markerades det som svarade till examensarbetets syfte med markeringspenna. Stödord skrev vid sidan om texten för att det i efterhand skulle bli enklare att hitta styckena. Efter detta gick författarna igenom artiklarna tillsammans genom att läsa dem ihop och diskutera dem. All användbar data skrevs i löpande text i ett dokument i datorn. Texten lästes för att urskilja likheter. Lämpliga underkategorier

skapades, där samtliga underkategorier fick varsin färg. Texten markerades därefter med den färg som lämplig underkategori hade och sammanfördes under rätt underkategori. De olika underkategorierna sammanfördes sedan under lämpliga huvudkategorier. Totalt resulterade detta i två huvudkategorier och åtta underkategorier.

## RESULTAT

I både de kvantitativa och kvalitativa artiklarna framkommer att patienter med HIV har många olika upplevelser från vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Samtliga upplevelser kategoriseras i huvudkategorier och underkategorier (se tabell 1) och förklaras löpande i texten.

Tabell 1. Huvudkategori och underkategori

Huvudkategori	Underkategori
Vårdande relation	Den verbala kommunikationen Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt. Stöd från hälso- och sjukvårdspersonal
Utsatthet	Förekomsten av upplevd diskriminering Utsatt för risk Att känna sig skuldbelagd Avståndstagande Onödiga skyddsåtgärder

### Vårdande relation

Den vårdande relationen är en del av vårdmötet och innefattar både verbal kommunikation och förhållningssätt. En god vårdande relation leder till att patienten upplever stöd. Patientens upplevelse av stöd i vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal, hänger samman med känsla av trygghet, hopp och livskraft.

## **Den verbala kommunikationen**

Många patienter har upplevt olika former av nedsättande eller opassande frågor och uttalanden från hälso- och sjukvårdspersonal. Bland annat att de ställt irrelevanta frågor om saker som inte angått dem, ofta om patientens personliga svär eller liv. Frågorna upplevdes oförskämda och förstärkte känslor av skuld och skam (Stutterheim et al. 2014, ss. 656-657; Zukoski och Thorburn 2009, ss. 271-272; Zhou 2009, s. 206). En kvinna berättade exempelvis att frågor ställdes gällande hennes mans sexualitet och deras relation till droger. En annan patient beskrev hur hälso- och sjukvårdspersonal sagt att de blivit förvånade över hans utseende och menat att han inte såg ut som böckerna beskrev patienter med HIV (Zukoski & Thorburn 2009, ss. 271-272). En patient som Zhou (2009, s. 206) intervjuade uppgav att han vid ett tillfälle fick olämpliga frågor kring hans sexualitet och sedan blev skrattad i ansiktet av hälso- och sjukvårdspersonal.

## **Hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt**

Vissa patienter med HIV som Christopoulos, Massey, Lopez, Geng, Johnson, Pilcher, Fielding och Dawson-Rose (2013, ss. 226-227) intervjuade uppgav att de blivit bemötta med empati och värdighet, utan att blivit dömda. I en studie från USA uppgav flera patienter med HIV att de aldrig upplevt stigmatisering i kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal (Rintamaki, Scott, Kosenko & Jensen 2007, s. 959). I andra studier har patienter i vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal rapporterat bra upplevelser i större utsträckning än dåliga (Stutterheim et al. 2014, ss. 655-656; Christopoulos et al. 2013, ss. 226-227). Samtidigt uppgav elva av sexton patienter med HIV som Zukoski och Thorburn (2009, s. 271) intervjuade, att de någon gång upplevt stigmatisering eller orättvis behandling av hälso- och sjukvårdspersonal, relaterat till deras HIV- diagnos. I en holländsk studie där 262 deltagare blev tillfrågade hade 59,6 % någon gång upplevt att de blivit bemötta på ett sämre sätt av hälso- och sjukvårdspersonal på grund av sin HIV-diagnos.

En del patienter med HIV uppgav att de blivit väl bemötta av hälso- och sjukvårdspersonal när de berättat om sin diagnos. Några patienter upplevde att hälso- och sjukvårdspersonal blev vänligare efter att de berättade om sin diagnos. Andra uppgav att de i vissa situationer upplevde ilska från hälso- och sjukvårdspersonal när de glömde berätta om sin HIV-diagnos från första början. Detta kan ha hänt i akuta situationer och patienterna menar att det inte är det första han eller hon tänkt på, exempelvis vid akut smärttillstånd i en ambulans. I samma intervjuer har det framkommit att flera patienter i vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal, upplevt signaler som givit dem negativa känslor. Det kunde handla om ögonkontakten, ordval och tonläget på rösten. Dessa signaler tolkades av patienterna som irritation, nervositet och rädsla för att patienten bar på HIV. Patienterna uppgav att de misstänkte att rädslan berodde på oförståelse för hur HIV smittar (Rintamaki et al. 2007, s. 959-965). Upplevelsen av förakt och känslan att bli gjord till åtlöje var något som vissa patienter

erfarit. Ett exempel på detta var en patient som varit med om att en tandläkare frågat hur patienten smittats av HIV och genom sitt beteende givit en känsla av fördom för hur detta gått till (Rintamaki et al. 2007, s. 962). Zhou (2009, s. 206) och Rintamaki et al. (2007, s. 965) beskrev hur patienter med HIV många gånger upplevde sig känsligare för hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande. Ögonkontakt och sättet att tala till dem analyserades av patienterna då hälso- och sjukvårdspersonalens åsikt påverkade dem mycket.

### **Stöd från hälso- och sjukvårdspersonal**

Zhou (2009, s. 204-206) har i sina intervjuer funnit att patienter med HIV upplevt att de fått stöd och uppmuntran från hälso- och sjukvårdspersonal vilket resulterat i hopp och livskraft. Hälso- och sjukvårdspersonalen gav dem förhoppning om att deras HIV-diagnos inte skulle hindra dem från att leva ett gott liv med livskvalité. Patienterna kände trygghet till hälso- och sjukvårdspersonalen och upplevde att de kunde tala öppet om tankar och funderingar. Denna relation var viktig för patienternas välbefinnande och det fanns en rädsla för att personer de fäst sig vid skulle byta arbetsplats. I undersökningen gjord av Stutterheim et al. (2014, s. 655) svarade 76,3 % att de upplevt sympati och stöd från hälso- och sjukvårdspersonal. I intervjuer lyftes särskilt sjuksköterskor som arbetade med HIV-vård (Stutterheim et al. 2014, ss. 657-659; Rydström, Ygge, Tingberg, Navér & Eriksson 2012, s. 1362). Även Christopoulos et al. (2013, ss. 226-227) fann att patienterna upplevde att de fick stöd men här lyftes mer praktiska saker som hjälp med tidsbokning och medicinering. Patienter nämnde även att hälso- och sjukvårdspersonalen var lättillgängliga. Flera patienter uppgav att deras kontakter i hälso- och sjukvården ansträngde sig extra, tog sig tid, gav dem goda råd, följde upp dem väl och höll den sekretess de har skyldighet att göra (Stutterheim et al. 2014 ss. 657-659). Dock har andra patienter upplevt behov av stöd som inte tillgodosetts. Christopolulos et al. (2013, s.225) beskrev hur många av patienterna inte fått psykisk hjälp som kuratorkontakt efter att deras HIV- diagnos uppdagats. Nöslinger, Rojas Castro, Platteau, Dias och Le Gall (2014, s. 157) beskrev hur patienter som haft frågor om sexualitet och relationer upplevt sig förbisedda, oförstådda och att hälso- och sjukvårdspersonalen inte ingett trygghet eller haft ett öppet förhållningssätt. Många har upplevt otrevligt och kallt bemötande (Zhou 2009, s. 206).

Flera artiklar tog upp att många patienter med HIV har känt sig respekterade och lyssnade till i mötet med hälso- och sjukvårdspersonal. De har upplevt att de fått sitt lidande bekräftat, blivit förstådda och fått en god relation till hälso- och sjukvårdspersonal de mött (Rydström et al. 2012, s. 1361; Stutterheim et al. 2014, ss. 657-659; Christopoulos et al. 2013, ss. 226-227; Zhou 2009, s. 204-206). Många patienter upplevde det enklare att prata med hälso- och sjukvårdspersonal som hade kunskap om HIV (Cannon Poindexter, Henrickson, Fouché, Brown & Scott 2013, s. 112). I mötet med hälso- och sjukvårdspersonal som inte arbetade med HIV-vård upplevde patienter oftare diskriminering (Zhou 2009, s. 206).

## **Utsatthet**

Patienter med HIV upplever många gånger utsatthet när onödiga skyddsåtgärder vidtas eller när hälso- och sjukvårdspersonal tar avstånd från dem. Olika former av diskriminerande beteende kan leda till att patienten känner sig utsatt. Att hålla sekretess är hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet och när detta inte upprätthålls hamnar patienten i ett utsatt läge.

## **Förekomsten av upplevd diskriminering**

I studien som utfördes av Nöslinger et al. (2014, s. 157) framkom att 17 % av patienterna i deras studie hade erfarenhet av diskriminering från hälso- och sjukvårdspersonal. Cannon Poindexter et al. (2013, s. 106) skrev att tre av tretton personer som de intervjuade hade upplevt tydlig HIV-diskriminering i hälso- och sjukvården.

## **Att känna sig skuldbelagd**

Upplevelsen av att känna sig skuldbelagd av hälso- och sjukvårdspersonal var något som flera patienter erfarenhet. Exempel på en sådan händelse var när en patient vid blodprovtagning, efter flera misslyckade försök, fått höra att om han eller hon inte hade ådragit sig HIV hade blodprov inte behövt tas (Rintamaki et al. 2007, s. 963).

Andra patienter hade genom hälso- och sjukvårdspersonalens frågor och dömande blickar fått känslan av att de har sig själva att skylla för att ha drabbats av HIV (Stutterheim et al. 2014, ss. 656-657; Zukoski och Thorburn 2009, ss. 271-272).

## **Utsatt för risk**

Vissa patienter rapporterade att de upplevt brister i hälso- och sjukvårdspersonalens hantering av sekretess, exempelvis att de ställt frågor öppet inför andra som skulle kunna tolkas till deras HIV-diagnos. En patient hade upplevt direkt sekretessbrott då dennes journal legat helt öppen på avdelningen märkt med "HIV" (Stutterheim et al. 2014, ss. 656-657). Andra gav exempel på situationer där apotekare stått och sagt namnet på mediciner de skulle hämta ut så andra kunde höra (Cannon Poindexter et al. 2013, s. 106).

Vissa patienter har upplevt sig förtalade av hälso- och sjukvårdspersonal då de sagt saker till kollegor för att patienten skulle få sämre bemötande och bli sämre behandlad. Patienter uppgav även att de upplevts sätta i situationer där de hade kunnat skadas vilket givit en känsla av övergrepp. En del patienter påtalade att de i vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal hade känt sig skrämnda då hälso- och sjukvårdspersonal påtalat att patienten hade ökad risk att dö eftersom han eller hon har HIV (Rintamaki et al. 2007, ss. 964-965).

Många patienter har upplevt att hälso- och sjukvårdspersonalen inte brytt sig tillräckligt då behandling och återkoppling dröjt från hälso- och sjukvårdens sida (Rintamaki et al. 2007, ss. 961-964; Stutterheim et al. 2014, ss. 656-657; Zukoski och Thorburn 2009, s. 271).

### **Avståndstagande**

I flera artiklar framkom att patienter upplevt att hälso- och sjukvårdspersonal vägrat vårda dem och att de blivit onödigt remitterade på grund av sin HIV-diagnos. En del har blivit hänvisade att söka vård någon annanstans och andra har upplevt att de fått dålig hjälp och därför fått söka information själva (Rintamaki et al. 2007, ss. 961-964; Stutterheim et al. 2014, ss. 656-657; Zukoski och Thorburn 2009, s. 271). Exempel på ovanstående är en sjukgymnast som inte velat behandla patienten innan han eller hon talat med sin chef om att patienten bar på HIV (Stutterheim et al. 2014, ss. 656-657). En annan patient beskrev hur han först blivit bra bemött, men efter att tillkännagivit sin HIV-diagnos blivit tvungen att ansöka om en ny vårdgivare då de vägrat hjälpa honom (Zukoski och Thorburn 2009, s. 271). En patient hade erfarit att en sjuksköterska inte ville ta blodprov på honom efter att fått reda på att han bar på HIV. En annan patient hade varit med om ett tandläkarbesök där tandläkaren inte velat dra ut hans tand efter vetskap om patientens HIV-diagnos (Rintamaki et al. 2007, s. 964).

En del patienter upplevde sig ignorerade när de sökte vård eller var inneliggande och andra upplevde att de fått undermålig vård (Rintamaki et al. 2007, ss. 963-964; Zhou 2009, s. 206). Under intervjuer uppgav en kvinna hur hon blivit ignorerad av hälso- och sjukvårdspersonal, att de inte svarat när hon sökt dem och att de inte hållit kontakten med henne. En annan kvinna berättade hur hon vid födseln av sitt barn började blöda mycket under sjukhusvistelsen. Hon larmade på personalen men det dröjde länge innan någon kom (Zukoski & Thorburn 2009, s. 271-272).

### **Onödiga skyddsåtgärder**

Patienter uppgav att de upplevt att hälso- och sjukvårdspersonal använt överdriven skyddsutrustning och vidtagit onödiga åtgärder när de blivit vårdade (Rintamaki et al. 2007, ss. 961-962; Stutterheim et al. 2014, ss. 656-657; Cannon Poindexter et al. 2013, s. 106; Zukoski & Thorburn 2009, s. 271). Patienter beskrev exempelvis att hälso- och sjukvårdspersonal använt dubbla handskar vid provtagning (Stutterheim et al. 2014, ss. 656-657; Zukoski & Thorburn 2009, s. 271). Patienter har också upplevt att hälso- och sjukvårdspersonal varit rädda för att röra vid dem och hållit fysiskt avstånd i närvaro med dem (Rintamaki et al. 2007, s. 960; Zukoski & Thorburn 2009, s. 271). Vissa patienter beskrev hur hälso- och sjukvårdspersonal tagit på sig skyddande utrustning direkt när patienten kommit in rummet (Zukoski & Thorburn 2009, s. 271). I vissa situationer ställde sig patienterna frågan om en viss åtgärd verkligen var standard för alla patienter, då åtgärden upplevdes överdriven. I andra situationer kunde patienter iaktta att viss typ av utrustning och åtgärder vidtogs till andra patienter än dem själva och tolkade att detta berodde på att han eller hon bar på HIV. Patienter hade exempelvis

iakttagit att hälso- och sjukvårdspersonal vid blodprovtagning ej använt handskar till andra patienter, men gjort detta vid blodprovtagning på dem (Rintamaki et al. 2007, ss. 961-962). Några patienter hade erfårit att tandläkare nekat dem vissa tider och uttryckligen bokat in dem sist på dagen för att utrustning och material skulle hinna steriliseras till nästa patient (Stutterheim et al. 2014, ss. 656-657).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

En litteraturöversikt lämpade sig väl för det syfte som examensarbetet skulle besvara. Många artiklars resultat beskrev patienter med HIV i en vårdkontext, men hade som syfte att beskriva sjuksköterskans erfarenhet och perspektiv på den vårdande relationen. Efter flera sökningar hittades artiklar som hade patientens perspektiv som examensarbetets syfte grundar sig på. Dock visade det sig vara svårt att hitta flera sådana artiklar, trots att upprepade sökningar gjordes, där publiceringsår för artiklarna utökades samt ämnesord för de artiklar som var bra, användes i nya sökningar. Även sekundärsökningar utfördes utan framgång. I resultatet har endast artiklar från Cinahl använts. Sökningar utfördes även i PubMed men här hittades inga användbara artiklar förutom de som redan hittats i Cinahl, därav har artiklar från endast denna sökportal använts. Totalt hittades åtta artiklar som ansågs kunna användas i resultatet. Målet var att hitta fler då många artiklar är önskvärt eftersom det stärker ett resultat. Trots att upprepade sökningar gjordes misslyckades detta och vi fick acceptera att endast åtta artiklar kunde användas till resultatet. Dock är de artiklar som använts bra, vars metoder och tillvägagångssätt på ett trovärdigt vis, fått ett resultat som detta examensarbete kunnat använda sig av. Genom att konstatera detta och efter att ha sammanställt ett resultat som besvarat examensarbetets syfte, anses dessa åtta artiklar ändå vara tillräckligt. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar användes, men mer information från de kvalitativa artiklarna kunde användas i resultatet. Detta eftersom syftet var att beskriva upplevelser vilket berättande genom ord och formulering gör bättre än siffror. Dock ger siffror från de kvantitativa artiklarna stöd åt de kvalitativa beskrivningarna i resultatet, vilket stärker trovärdigheten. Sammantaget anses examenarbetets resultat stärkas genom att både kvantitativa och kvalitativa artiklar har använts. Axelsson (2012, s. 204) hävdar att det är av fördel att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar i en litteraturöversikt då det ger ett bredare perspektiv och helhetsbild av det som anses belysas.

De artiklar som användes hade publiceringsår tidigast 2005. Det hade varit önskvärt att enbart använda nyare artiklar, exempelvis ett spann på fem år tillbaka i tiden, för att få en bild av det allra senaste forskningsläget. Eftersom det var svårt att hitta flera artiklar som belyste det som examensarbetets syfte skulle besvara, var det nödvändigt att sänka publiceringsår till 2005. Det som hittades i de äldre artiklarna kunde däremot stärkas av forskning från nyare artiklar och därför anses resultatet ändå vara aktuellt och trovärdigt. Fem av åtta artiklar som användes till resultatet var från tidsskriften "AIDS Patient Care & STDs". Denna tidsskrift är medicinsk, men artiklarna som valdes har en vårdvetenskaplig förankring, då de beskrev patienters upplevelser och besvarade



examensarbetets syfte. Artiklarnas studier var gjorda i flera olika länder, alla med hög eller mycket hög mänsklig utveckling. Hade artiklar från världens alla länder beslutats att användas i examensarbetet, hade fler artiklar kunnat användas. Detta eftersom många artiklar hade studier utförda i både afrikanska och asiatiska länder, med låg mänsklig utveckling. Resultatet hade då kunnat jämföra patienters upplevelser av vårdmötet i olika delar av världen. Det som ville studeras i examensarbetet var dock inte jämförelser mellan olika delar av världen, utan patienters upplevelser av vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal i länder med hög och mycket hög mänsklig utveckling.

Analysen av artiklarna underlättades när Friberg (2006, ss. 137-142) användes som stöd. Analysen av artiklarna upplevdes fungera bra med den struktur vi valde att använda oss utav. Det var dock en utmaning att formulera rubriker och kategorier utifrån de likheter som hittades i analysen av artiklarna. Det som till en början verkade vara lämpliga kategorier var efter överväganden inte helt korrekta till vad som uttrycktes i syftet. Det var också svårt att skapa kategorier som inte tenderade att gå in i varandra, därför fick kategorierna omarbetas flera gånger. Trots att mycket arbete lades på detta kvarstår ändå faktumet att kategorierna ibland faller in i varandra. Exempelvis är det som tas upp under huvudkategori "utsatthet" många gånger ett resultat av en verbal kommunikation eller ett förhållningssätt. Ändå valdes en egen huvudkategori för "utsatthet" då det var ett återkommande tema i många artiklar och därför ger denna huvudkategori med tillhörande underkategorier, en tydlig bild av vad resultatet säger. Ett annat exempel där text från en underkategori hade kunnat placeras under en annan, är viss text under "förhållningssätt", som skulle kunnat placeras under "verbal kommunikation".

I stort sett kunde all data hitta gemensamma kategorier. I enstaka fall hittades endast en referens till en kategori av upplevelse och fick därför strykas ur resultatet. Detta eftersom det ansågs otillräckligt att bygga en egen underkategori utefter vad endast en referens beskrev.

## **Resultatdiskussion**

Patienter med HIV har olika upplevelser från vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Flera patienter har upplevt stigmatisering och diskriminering i vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal, andra har inte gjort det, utan uppger att de blivit bemötta med empati och värdighet. Verbal kommunikation och förhållningssätt och upplevelsen av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal, har i vårdmötet lett till att patienter upplevt den vårdande relationen på olika sätt. En del patienter har i vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal, fått opassande frågor ställda till sig, som förstärkt känslor av skuld och skam. Resultatet lyfter patienters känsla av utsatthet i vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal. Detta kan ha visat sig i form av sekretessbrott, avståndstagande och onödiga skyddsåtgärder från hälso- och sjukvårdspersonalens sida. Flera patienter har i vårdmötet känt sig skuldbelagda för att drabbats av HIV. Andra patienter har upplevt stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen.

Varför skiljer sig patienters upplevelser och vad påverkar vårdmötet mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och patienterna? I resultatet framkom att hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade med HIV och som hade kunskap om HIV upplevdes ge bättre vård. Cao, Sullivan, Xu och Wu (2006 s. 524) menar att patienter med HIV upplever mindre diskriminering av hälso- och sjukvårdspersonal som dagligen arbetar med HIV-patienter. Hälso- och sjukvårdspersonal som hade mindre erfarenhet av patienter med HIV upplevdes ha en sämre attityd i vårdmötet med dessa patienter. Kan det vara så att lägre kunskap och mindre erfarenhet hos hälso- och sjukvårdspersonal påverkar patienternas upplevelse av vårdmötet till det sämre? Rent logiskt borde det vara så och flera studier tyder på detta. Li, Wu, Liang, Lin, Guan, Jia, Rou och Yan (2013 s. 289) utförde en interventionsstudie där interventionsgruppen som bestod av hälso- och sjukvårdspersonal, blev utbildade i att vårda utan att stigmatisera. Efter sex- och tolv månaders uppföljning visade det sig att interventionsgruppen, i vårdmötet hade bättre attityd till patienter med HIV. Suominen, Koponen, Mockiene, Raid, Istomina, Vänskä, Blek-Vehkaluoto och Välimäki (2010 ss. 142-144) har i sin studie kommit fram till olika faktorer som påverkar sjuksköterskors attityd gentemot patienter med HIV. De sjuksköterskor som hade en positiv attityd till patienter med HIV hade generellt sett högre utbildningsnivå, kände någon med HIV eller hade tidigare erfarenheter av att vårda patienter med HIV. Vidare artikelsökning stärker därmed teorin att utbildning och erfarenhet hos hälso- och sjukvårdspersonal påverkar patienternas upplevelse av vårdmötet.

Resultatet visar att sämre upplevelser i den vårdande relationen främst framkommer genom den verbala kommunikationen och hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt. Detta leder till att patienter på olika vis känner sig utsatta. Vad gäller stöd från hälso- och sjukvårdspersonal i den vårdande relationen, har patienter många goda upplevelser. Att de istället för att känna sig utsatta, känner sig trygga. Hur kommer detta sig och vad gör vårdmötet vårdande? Vidare artikelsökning visar att patienter upplever att hälso- och sjukvårdspersonal genom respekt och empati bygger en god vårdande relation. Respekt skapas genom relationen till patienten, när hälso- och sjukvårdspersonal lär känna patienten och får vetskap om dennes livsvärld. Respekt upprätthålls genom att patienten upplever sig hörd och sedd. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal i kommunikationen, lyssnar och visar att det patienten säger betyder något. Patienterna upplever det viktigt att bli informerad och få möjlighet att diskutera det som han eller hon blivit informerad om. Patienter upplever bristande respekt när hälso- och sjukvårdspersonalen inte berättar hela sanningen, involverar dem i beslutstaganden som rör vården de får, eller följer upp vården de fått (Vaismoradi, Salsali, Turunen & Bondas 2011 ss. 406-408; Ferguson, Ward, Card, Sheppard, & McMurtry 2013 ss. 285-286).

Genom att vara närvarande och visa omtanke menar patienter att tillit kan skapas. Patienter upplever även att trygghet och tillit skapas genom ärlighet, att patienten blir väl informerad, att dennes självbestämmande respekteras och att patienten görs delaktig i vårdandet. Hälso- och sjukvårdspersonal kan genom att vara optimistisk och inge hopp öka patientens känsla av hälsa och livskvalité. Patienterna upplever att känslan av god

vård stärks om kontakterna i hälso- och sjukvården samarbetar med varandra. Det är viktigt att patientens livsvärld synliggörs, att rutiner och det som är viktigt för den unika patienten visas förståelse för och uppmuntras av hälso- och sjukvårdspersonal. Att få lov att känna och uttrycka känslor och bli bemött i det bygger tillit (Vaismoradi et al. 2011 ss. 406-408; Ferguson et al. 2013 ss. 285-286). Patienter lyfter vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal ser patienten som en individ, inte en sjukdom. Patienten görs mindre utsatt genom att förförståelse lämnas åt sidan. Då minskar risken för att stigmatisering och diskriminering uppstår och känslor som skuld och skam kan minimeras. Patienter upplever det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal inte låter sin maktposition påverka vårdandet, vilket kan förstärka lidandet hos dem (Schout, de Jong & Zeelen 2009 ss. 329-330).

De aspekter som patienter upplever viktigt i vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal, är sådant som i den vårdande relationen kan behöva ges tid och utrymme att bygga. Ett förhållningssätt eller en verbal kommunikation kan mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal många gånger ske direkt och plötsligt. Då ges möjligtvis inte detta utrymme och tillit skapas möjligtvis inte. Patientens upplevelse kan försämrans när han eller hon inte känner trygghet vilket leder till utsatthet. Här vävs åter kunskapen in. Om hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap i hur vårdmötet främjas, kan även den verbala kommunikationen och förhållningssättet präglas av respekt för patienten. Detta skapar förutsättningar för att patientens upplevelse av vårdmötet ska bli god och tillit kan byggas redan vid första kontakten i vårdmötet. När den vårdande relationen byggs under längre tid kan tillit och respekt skapas genom att parterna lär känna varandra. Trots att kunskap och erfarenhet hos hälso- och sjukvårdspersonal är viktigt för hur patienter upplever vårdmötet, kan det i en vårdande relation där parterna lärt känna varandra, möjligtvis bli mindre betydelsefullt. Detta vårdmöte kan vara den erfarenhet hälso- och sjukvårdspersonal tar med sig nästa gång han eller hon möter en patient med HIV. Kunskapen som skapats, ger nästa vårdmöte en annan kvalitet, som bör avspegla sig i alla delar av den vårdande relationen. På detta vis går hälso- och sjukvårdspersonalens kunskap, erfarenhet och patienters upplevelser av vårdmötet hand i hand.

### **Kliniska implikationer och framtida forskning**

Examensarbetets resultat påvisar vikten av att kunskap om patienters upplevelser är viktigt. Patienter med HIV kommer i kontakt med alla olika instanser inom hälso- och sjukvården, inte enbart hälso- och sjukvårdspersonal som är specialiserade på HIV. Kunskap om hur patienter med HIV upplever vårdmötet är därför viktig för all hälso- och sjukvårdspersonal. Finns vetskap kring hur vårdmötet upplevs är risken att göra patienten mer utsatt genom stigmatisering och diskriminering mindre. Förutsättningar för att främja hälsa och lindra lidande skapas, vilket bör vara av all hälso- och sjukvårdspersonals intresse. Resultatet visar kunskapsluckor hos hälso- och sjukvårdspersonal som behöver fyllas. Många patienter upplever avståndstagande som verkar grunda sig i okunskap kring hur HIV smittar. Detta leder till att onödiga skyddsåtgärder vidtas och opassande frågor ställs. Därför behövs utöver kunskap kring patienters upplevelser även utbildning i vad HIV är och hur det smittar. För att hälso-

och sjukvårdspersonal ska utföra ett arbete i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och ICN:s etiska kod är kunskapen detta examensarbete medför viktigt. Framtida forskning kring hur patienter med HIV upplever vårdmötet behövs för att stärka kunskapen hos hälso- och sjukvårdspersonal och därigenom kvalitetssäkra vårdmötet för att förbättra patienters upplevelser.

## SLUTSATSER

Patienter med HIV har olika upplevelser från vårdmötet med hälso- och sjukvårdspersonal. De brister patienter upplevt i den verbala kommunikationen och hälso- och sjukvårdspersonalens förhållningssätt, beror många gånger på diskriminering och stigmatisering som grundar sig i okunskap och oerfarenhet. Respekt har inte visats dessa patienter då de upplevt fördomar och känt sig särbehandlade på grund av sin HIV-diagnos. Detta har förstärkt känslor som skuld och skam hos patienterna. Trots detta har många patienter upplevt stöd i den vårdande relationen. Flera patienter uppger att de i vårdmötet känt trygghet, tillit och att de visats respekt. Patienter hävdar att den vårdande relationen är en viktig del av vårdmötet. Det är viktigt att patientens livsvärld synliggörs och tas i beaktande. Relationen stärks genom att parterna lärt känna varandra, att patienten upplevs delaktig i sin vård och blir behandlad med respekt och värdighet. När detta uppfyllts har patienterna upplevt trygghet, tillit och känslan av god vård. För att detta ska göras möjligt är utbildning och erfarenhet hos hälso- och sjukvårdspersonal av stor betydelse. Patienter har bättre upplevelser från vårdmöten med hälso- och sjukvårdspersonal som har utbildning och erfarenhet från patienter med HIV.

## REFERENSER

1177- vårdguiden (2014). *Hiv och aids*. <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Hiv-och-aids/> [150228]

Axelsson, Å. (2012) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur, Lund, s. 204.

Cannon Poindexter, C., Henrickson, M., Fouché, C., Brown, D. & Scott, K. (2013) "They don't even greet you": HIV stigma and diagnosis disclosure experienced by HIV-positive african immigrants and refugees in New Zealand. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, vol.12(1), s. 112.

Cao, X., Sullivan, S-G., Xu, J. & Wu, Z. (2006). Understanding HIV-related stigma and discrimination in a "blameless" population. *AIDS Education and Prevention*, vol. 18(6), s. 524.

Christopoulos, K-A., Massey, A-D., Lopez, A-M., Geng, E-H., Johnson, M-O., Pilcher, C-D., Fielding H. & Dawson-Rose, C. (2013). "Taking a half a day at a time:" patient perspectives and the HIV engagement in care continuum. *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 27(4), ss. 226-227.

Dahlberg, K & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur, ss. 182-211.

Ericson , E. & Ericson, T. (2009) *Klinisk mikrobiologi: infektioner, immunologi, vårdhygien*. Liber, Stockholm, ss. 263, 265.

Ferguson, L-M., Ward, H., Card, S., Sheppard, S. & McMurtry, J. (2013). Putting the 'patient' back into patient-centered care: An education perspective. *Nurse Education in Practices*, vol 13(4), ss. 285-286).

Friberg, F. (2006). (Red.) *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur, ss. 44-45, 58-61, 75-76, 133-142.

Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S. & Häggström, T. (2009). A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65(6), ss. 1302-1304.

Li, L., Wu, Z., Liang, L.J., Lin, C., Guan, J., Jia, M., Rou, K. & Yan, Z. (2013). Reducing HIV-Related Stigma in Health Care Settings: A Randomized Controlled Trial in China. *American Journal of Public Health*, vol. 103(2), ss. 289.

Nöslinger, C., Rojas Castro, D., Platteau, T., Dias, S. & Le Gall J. (2014). HIV- related discrimination in european health care setting. *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 28(3), s. 157.

Riksförbundet för homosexuella, bisexuella, transpersoners och queeras rättigheter (RFSL) (2015). *Hälsa*. <http://www.rfsl.se/halsa/?p=4140> [150306]

Riksförbundet Noaks Ark (2015). *Fakta*. <http://www.noaksark.org/fakta/hivfakta.asp> [150302]

Rintamaki, L. S., Scott, A. M., Kosenko, K. A. & Jensen, R. E. (2007). Male patient perceptions of HIV stigma in health care contexts. *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 21(12), s. 959.

Rydström, L., Ygge, B., Tingberg, B., Navér L. & Eriksson, L-E. (2012). Experiences of young adults growing up with innate or early acquired HIV infection – a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69(6), s. 1362.

Schout, G., de Jong, G. & Zeelen, J. (2009). Establishing contact and gaining trust: an exploratory study of care avoidance. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66(2), ss. 329-330.

SFS (1997:142) *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sverigesriksdag.

SFS (2014:822) *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sverigesriksdag.

Socialstyrelsen (2015). *Register- verksamhetspersonal- legitimerad personal*. <http://www.socialstyrelsen.se/register/verksamhetspersonal/legitimeradpersonal%28hosp%29> [150507]

Solomon, P & Wilkins, S. (2008). Participation among women living with HIV: A rehabilitation perspective. *AIDS Care*, vol. 20 (3) s. 293.

Stutterheim, S-E., Sickling, L., Brands, R., Baas, I., Roberts, H., van Brakel, W., Lechner, L., Kok, G. & Bos, A-E. (2014). Patient and providers perspectives on HIV and HIV-related stigma in dutch health care settings. *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 28(12) s. 655.

Suominen, T., Koponen, N., Mockiene, V., Raid, U., Istomina, N., Vänskä, M., Blek-Vehkaluoto, M. & Välimäki, M. (2010). Nurses knowledge and attitudes to HIV/AIDS- An international comparison between Finland, Estonia and Lithuania. *Journal of Nursing Practice*, vol. 16(2), ss. 142-144.

Svensk sjuksköterskeförening (2007). *ICN:S etiska kod för sjuksköterskor*. [http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod\\_2014.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf) [150320]

United Nations Developing Programme (UNDP) (2015). *About human development*. <http://hdr.undp.org/en/humandev> [150320]

Vaismoradi, M., Salsali, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2011) Patients' understanding and feelings of safety during hospitalization in Iran: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, vol 13(4), ss. 406-408.

Vårdhandboken (2015). *Blodburen smitta, smittoämnen*.  
<http://www.vardhandboken.se/Texter/Blodburen-smitta/Smittamnen/> [150302]

Wiklund, L. (2003) *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur, ss. 111- 133.

World Health Organisation (WHO) (1946). *Health*.  
<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/> [150322]

World Health Organisation (WHO) (2015). *HIV*. <http://www.who.int/hiv/en/> [150302]

Zhou, Y-R. (2009) Help-seeking in a context of AIDS stigma: understanding the healthcare needs of people with HIV/AIDS in China. *Health and Social Care in the Community*, vol. 17(2), s. 206.

Zukoski, A. P. & Thorburn, S. (2009). Experiences of stigma and discrimination among adults living with HIV in a low HIV-prevalence context: a qualitative analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 23(4), s. 272.



# BILAGOR

## Bilaga 1

Databas	Sökord	Antal sökträffar	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
CINAHL	HIV, Patient, Experience, Stigma.	43 st.	6 st.	3st.
CINAHL	HIV, Stigma, Health care, Discrimination	59st.	3st.	1st.
CINAHL	HIV- infection, Stigma, Health care, Discrimination	7st.	1st.	1st.
CINAHL	HIV- related Health care Patient	91st.	1st.	1st.
CINAHL	HIV, Patient, Perspectiv	82st.	3st.	1st.
CINAHL	HIV Experience qualitative	74st.	3st.	1st.
CINAHL	HIV Encounter Stigma	18st.	2st.	1 st.

## Bilaga 2

<p><b>Författare:</b> Cannon Poindexter, C., Henrickson, M., Fouché, C., Brown, D., Scott, K. <b>Årtal:</b> 2013. <b>Titel:</b> "They don't even greet you": HIV stigma and diagnosis disclosure experienced by HIV- positive african immigrants and refugees in New Zealand. <b>Tidskrift:</b> Journal of HIV/AIDS &amp; Social Services.</p>	<p><b>Problem och syfte:</b> Tidigare forskning visar att stigmatisering och diskriminering av HIV- positiva fortfarande förekommer. Detta får negativa effekter på de drabbades livskvalité. Studiens syfte är att undersöka hur HIV- positiva afrikanska immigranter upplevda erfarenheter av situationer i det dagliga livet.</p>	<p><b>Metod:</b> Författarna använde sig av intervjumetod. Intervjuaren följde en förbestämd mall baserad på ämnen och frågor lämpade för syftet.</p>	<p><b>Urval:</b> Rekryteringen skedde via informationsblad som delades ut på HIV- organisationer och sjukhus på Nya Zealands norra del.</p>	<p><b>Resultat:</b> Immigranterna uppger att de upplevt stigmatisering, diskrimineringen och fördomar i många olika sammanhang, både inom hälso- och sjukvård, arbete och socialt i samhället.</p>
--	--	---	---	--

<p><b>Författare:</b> Christopoulos, K. A., Massey A.D., Lopez, A.M., Geng, E.H., Johnson M.O., Pilcher, C.D., Fielding, H., Dawson- Rose, C. <b>Årtal:</b> 2013. <b>Titel:</b> "Taking a half day at a time" Patient perspectives and the HIV engagement in care continuum. <b>Tidskrift:</b> AIDS</p>	<p><b>Problem och syfte:</b> Vårdprocessen för HIV-vård har i stor utsträckning utformats från hälsogivarens perspektiv, inte från patienterna. För att uppnå hälsomålen måste patientens perspektiv lyftas. Syftet med studien är att få förståelse för patientens genom hela vårdprocessen,</p>	<p><b>Metod:</b> Semistrukturerade intervjuer på både engelska och spanska. Intervjuerna spelades in och deltagarna fyllde i ett kortare frågeformulär.</p>	<p><b>Urval:</b> Deltagarna delades in i två grupper. Ena gruppen diagnostiserades på akutmottagning minst 6 månader tidigare och hade en vårdkontakt på sjukhus. Den andra gruppen bestod av hospitaliserade patienter utan öppenvårdkontakt de senaste sex månaderna.</p>	<p><b>Resultat:</b> Deltagarna uppgav att flera faktorer i vården kan ge upphov till både trygghet och oro. Relationen och stödet från hälso- och sjukvården upplevdes viktigt för känsla av hälsa och välbefinnande.</p>
---	---	---	---	---

Patient Care & STDs.	från diagnosticering till behandling.		De båda grupperna bestod av lika delar personer som fullföljt sin vård och sina besök och personer som missat ett eller flera besök.	
----------------------	---------------------------------------	--	--	--

<p><b>Författare:</b> Nöslinger, C., Rojas Castro, D., Platteau, T., Dias, S., Le Gali, J. <b>Årtal:</b> 2014. <b>Titel:</b> HIV-related discrimination in european health care settings. <b>Tidskrift:</b> AIDS Patient Care &amp; STDs.</p>	<p><b>Problem och syfte:</b> Stigmatisering och diskriminering av patienter med HIV- smitta bland hälso- och sjukvårdspersonal har rapporterats. Därför väljer författarna till studien att undersöka diskriminering och hur det visar sig i hälso- och sjukvården.</p>	<p><b>Metod:</b> Författarna genomförde en tvärsnittsstudie från mars till oktober 2007. Data från formulär samlades in från 17 olika behandlingscentrum för HIV, från 14 olika europeiska länder.</p>	<p><b>Urval:</b> Inklusionkriterierna för deltagande var minst sex månader sedan de blev diagnostiserade och förmåga att förstå och fylla i frågorna självständigt.</p>	<p><b>Resultat:</b> 32% av deltagarna ansåg att den upplevt någon form av diskriminering på grund av sin HIV- smitta. Hälso- och sjukvårds relaterade diskriminering förekom. 46% från icke specialiserad HIV-vård, landläkare 39%, läkare 22%, gynekolog 16%, HIV-specialister 10%.</p>
---	---	--	---	--

<p><b>Författare:</b> Rintamaki, L. S., Scott, A. M., Kosenko, K. A. &amp; Jensen, R. E</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Title:</b> Male patient perceptions of HIV stigma in health care contexts.</p> <p><b>Tidskrift:</b> AIDS Patient Care &amp; STDs.</p>	<p><b>Problem och syfte:</b> HIV- positiva patienter riskerar att i större utsträckning tolka vårdpersonalens bemötande negativt. Studiens syfte är att undersöka hiv- positivas upplevelser av stigmatisering i hälso- och sjukvården.</p>	<p><b>Metod:</b> Genom en grounded theory studie rekryterades 50 deltagare från infektionsavdelningar på tre olika sjukhus avsedda för krigsveteraner i en storstad i västra USA. Deltagarna rekryterades genom informationsblad som skickades ut från de olika sjukhusen. Semistrukturerade intervjuer utfördes, för att sedan genomföra individuella intervjuer.</p>	<p><b>Urval:</b> Deltagarna skulle vara diagnostiserade med HIV och vara krigsveteraner.</p>	<p><b>Resultat:</b> Deltagarna uppgav erfarenhet av olika händelser och bemötanden som de upplevde stigmatiserande och diskriminerande. Ett exempel var nervöst beteende och rädsla för kroppskontakt från hälso- sjukvårdspersonalens sida.</p>
---	---	--	--	--

<p><b>Författare:</b> Rydström, L-L., Ygge B-M., Tingberg, B., Navér, L., Eriksson, L. E.</p> <p><b>Årtal:</b> 2012.</p> <p><b>Titel:</b> Experiences of young adults growing up with innate or early acquired HIV infection – a qualitative study.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing</p>	<p><b>Problem och syfte:</b> HIV är en virusinfektion som spritt sig snabb världen över. Unga vuxna är en grupp där spridningen av HIV har ökat. Studiens syfte är att undersöka unga vuxnas upplevelse av att växa upp och leva med HIV.</p>	<p><b>Metod:</b> Semistrukturerade intervjuer med tio unga vuxna med HIV- smitta. Intervjuerna skedde mellan januari till augusti 2008.</p>	<p><b>Urval:</b> Deltagarna skulle drabbats av HIV- smitta under graviditet, förlossning eller vid mycket ung ålder. De skulle även ha behandlats i Sverige under minst fem år och vara informerade om sin HIV- smitta. Deltagarna var tvungna att vara mellan 15- 21 år gamla och förstå, samt tala, svenska flytande.</p>	<p><b>Resultat:</b> De fann fem tydliga kategorier angående deltagarnas upplevelse av att växa upp och leva med HIV. Skydda sig från stigmatisering, vara i kontroll, förluster i livet på grund av HIV, men ändå leva vidare. Hälso- och sjukvård, samt hälso- och sjukvårdspersonal och tankar inför framtiden.</p>
--	---	---	---	---

<p><b>Författare:</b> Stutterheim, S. E., Sicking L., Brands R., Baas I., Roberts H., van Brakel W. H, Lechner, L., Kok, G., Bos, A. E. R.  <b>Årtal:</b> 2014.  <b>Titel:</b> Patient and provider perspektivs on HIV and HIV-related stigma in dutch heath care settings.  <b>Tidskrift:</b> AIDS Patient Care &amp; STDs.</p>	<p><b>Problem och syfte:</b> Tidigare forskning visar att stigmatiserande tankar och attityder gentemot patienter med hiv förekommer inom hälso- och sjukvården. Detta är ett hot mot den HIV-positiva patientens vård och livskvalitet. Syftet med studien är att undersöka HIV-patienters och sjukvårdpersonals upplevelser av interaktionen dem i mellan.</p>	<p><b>Metod:</b> Författarna utförde en tvärsnittsstudie med HIV-patienterna för att sedan genomföra semistrukturerade intervjuer med patienter och hälso- och sjukvårdspersonal.</p>	<p><b>Urval:</b> Urvalet till tvärsnittsstudien skedde genom en online-undersökning. Deltagarna till de semistrukturerade intervjuerna med hiv- patienterna skedde genom ett snöbollsurval där inklusionskriterier var HIV-diagnos samt att ha nyttjat den holländska hälso- och sjukvården.</p>	<p><b>Resultat:</b> HIV-patienterna upplevde både positiva och negativa bemötanden och händelser i kontakt med hälso- och sjukvården. Patienterna uppgav exempelvis upplevelser av skuldbeläggning, irrelevanta frågor, oförskämt bemötande, försenad och sämre tillgång till vård. Hälso- och sjukvårdspersonalen uppgav att de hade lite erfarenhet av patienter med HIV, men hävdade att patienterna behandlades likvärdigt och att HIV inte längre är stigmatiserat. De uppgav även rädsla för att smittas i samband med vård.</p>
--	--	---	--	--

<p><b>Författare:</b> Zhou, Y. R. <b>Årtal:</b> 2009. <b>Titel:</b> Help-seeking in a context of AIDS stigma: understanding the healthcare needs of people with HIV/AIDS in China. <b>Tidskrift:</b> Health and Social Care in the Community.</p>	<p><b>Problem och syfte:</b> Trots den ökande populationen av HIV- smittade människor i Kina fokuseras vården och forskningen väldigt lite på upplevelsen av att leva med HIV. Författarnas syfte är därför att klarlägga HIV- positivans erfarenhet av hälso- och sjukvården, samt belysa klyftan mellan patienternas behov och hälso- och sjukvården.</p>	<p><b>Metod:</b> Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer med 21 HIV- positiva personer i en större stad i Kina. Under intervjun ställdes öppna frågor och samtalet spelades in.</p>	<p><b>Urval:</b> Fyra av deltagarna rekryterades genom olika former av HIV/AIDS- organisationer och sjukhus. En rekryterades under en AIDS- konferens och de resterande 16 deltagarna under snöbollsurval.</p>	<p><b>Resultat:</b> Hälso- och sjukvården har en stor inverkan på HIV- patientens hälsa och mående. Patienterna påverkades negativt av diskriminering och minskade resurser hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Många uppgav att hälso- och sjukvården var ett gott stöd som påverkade dem positivt.</p>
---	---	---	--	--

<p><b>Författare:</b> Zukoski, A. P. &amp; Thorburn, S. <b>Årtal:</b> 2009. <b>Title:</b> Experiences of stigma and discrimination among adults living with HIV in a low HIV prevalence context: a qualitative analysis <b>Tidsskrift:</b> AIDS Patient Care &amp; STDs.</p>	<p><b>Problem &amp; syfte:</b> Personer som lever med hiv på landsbygden riskerar att uppleva ökad stigmatisering på grund av lägre förståelse eller kunskap kring hiv. Trots att detta verkar vara ett problem, finns det lite forskning kring detta. Syftet med studien är att undersöka HIV-positiva personers upplevelse av stigmatisering och diskriminering på landsbygden i relation till vardagen och hälso- och sjukvården.</p>	<p><b>Metod:</b> Studien genomfördes i tre olika län i Orgeon i USA. Den medicinskt ansvarige läkaren för HIV- och aidspatienterna inom respektive län rekryterade den största delen av deltagarna till studien. De resterande rekryterades via annonsering av andra lokala läkare. Individuella intervjuer baserade på öppna frågor ställdes till de sexton deltagarna under 60 minuter. Intervjuerna pågick från oktober 2005 till juni 2006. Fyra av de sexton deltagarna intervjuades ytterligare.</p>	<p><b>Urval:</b> Deltagarna i studien skulle vara HIV-positiva och över 18 år. De var också tvungna att bo i ett län med mindre än 60 000 invånare.</p>	<p><b>Resultat:</b> Deltagarna upplevde stigmatisering och diskriminering i olika sammanhang i vården. Detta ledde till att deltagarna upplevde känslor av ilska, skam och social isolering. Deltagarna kände att de behandlades annorlunda och att deras behov av vård inte tillfredsställdes.</p>
--	--	--	---	---