



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleiers holdninger i møte med HIV-positive pasienter/Nurse`s attitudes towards patients with HIV

Marius Romfo

Totalt antall sider inkludert forsiden: 35

Molde, 07.05.09



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sykepleiers holdninger i møte med HIV-positive pasienter

Tittel på engelsk: Nurse`s attitudes towards patients with HIV

Forfatter(e): Marius Romfo

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Ragnhild Michaelsen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 06.05.2009

Antall ord: 10 206

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning.....	1
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Formål med oppgaven.....	2
1.5 Oppgavens oppbygging.....	2
2.0 FREMGANGSMÅTE	3
2.1 Kildekritikk	4
3.0 TEORI	6
3.1 Hva er Hiv/AIDS?.....	6
3.1.1 Hvordan smitter hiv?.....	6
3.1.2 Utsatte grupper	7
3.1.3 Forebygging	8
3.1.4 Smittevern	9
3.1.5 Medisinsk behandling	9
3.2 Psykisk stress og mestring	10
3.3 Undervisning	12
3.4 Holdninger	12
3.5 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.....	13
3.5.1 Menneske-til-menneske-forhold	13
3.5.2 Empati-evne	15
4.0 AKTUELL FORSKNING	17
4.1 Sammenfatning	19
5.0 DRØFTING	20
5.1 Sykepleieres kunnskaper om hiv.....	20
5.1.1 Undervisning av helsepersonell	21
5.1.2 Redusere frykt for smitte.....	22
5.2 Holdninger blant sykepleiere	23
5.2.1 Endring av uønskede holdninger.....	24
5.2.2 Et rettferdig møte	25
5.2.3 Stigmatisering	26
6.0 KONKLUSJON	29
Referanseliste	30

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er mange interessante emner innenfor sykepleiefaget. Mange ulike diagnoser og problematikk, mye jeg vil lære mer om. Jeg ser ofte at enkelte sykdommer i perioder får mye omtale i media. På slutten av 80-tallet kom det en ny infeksjonssykdom, HIV, som skapte frykt blant befolkningen. Det er gått over 20 år siden vi leste om Henki, den første nordmannen som sto offentlig frem som hiv-positiv. Siden den gang har det skjedd mange forandringer i synet på hiv og aids. Men jeg tror likevel at det fortsatt finnes en del fordommer og frykt i befolkningen, også blant helsepersonell. Jeg hadde en gang en samtale med en mann som var hiv-positiv. Han fortalte om sitt møte med helsevesenet. Blant annet fortalte han om et sykehusopphold, hvor en av sykepleierne gjorde det klart for han at han var en trussel for hele sykehuset. Denne samtalen ble en tankevekker for meg, er det virkelig slik at denne pasientgruppen møter slike holdninger? I følge etiske regler for sykepleiere skal grunnlaget for all sykepleie være respekten for det enkeltes liv og iboende verdighet (www.icn.ch/icncodenorwegian lest:03.04.2009). Sykepleieren skal vise omsorg for alle som lider, uavhengig lidelsens årsak. Temaet for denne oppgaven blir derfor ”Sykepleiers holdninger i møte med hiv- positive pasienter”.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

I de siste årene har det vært mindre snakk om HIV, selv om det er flere nordmenn enn noen gang tidligere som blir smittet. Sykepleiernes holdninger har avgjørende betydning for hvordan pasienten føler seg ivaretatt når han er innlagt på sykehus. Problemstillingen jeg har valgt for oppgaven er:

Hvordan kan økt kunnskap om Hiv/Aids bidra til at sykepleiere møter pasienter med denne lidelsen på en god måte i forbindelse med en sykehusinnleggelse?

Jeg avgrenser oppgaven til pasienter innlagt på sykehus. Med sykehusinnleggelse mener jeg generelle innleggelse, det vil si ikke direkte knyttet opp til behandling eller utredning for hiv/aids. Siden de fleste hiv-positive får sin medisinske oppfølging poliklinisk er det ikke en pasientgruppe som sykepleieren på en vanlig sengepost møter ofte. Likevel vil jeg presisere at det er en tilstand sykepleieren kan møte på uansett hvor hun jobber. Pasienter kan for eksempel få diagnosen når de ligger på sykehus. Sykepleieren møter da et menneske som nylig har fått vite at han har en alvorlig lidelse, og hun skal kunne være

noen som gir støtte. Hiv en tilstand som krever kunnskaper og gode holdninger hos sykepleieren.

Fokuset i oppgaven min er rettet mot sykepleieren og ikke pasienten. Jeg har valgt å skrive om sykepleier i møte med hiv-positive uavhengig av om de har levd med diagnosen lenge eller nylig har blitt diagnostisert.

1.3 Begrepsavklaring

Sykepleier: Med det mener jeg offentlige godkjente sykepleiere som jobber på sykehus. Jeg skriver ”hun” når jeg snakker om sykepleieren.

Hiv-positiv pasient: Her snakker jeg om en person som har fått diagnosen hiv, og som er innlagt på sykehus av annen årsak enn sin hiv-status.

Kunnskap: Med dette mener jeg en bevisst forståelse av noe.

1.4 Formål med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å få økt mine kunnskaper om HIV/Aids slik at det kan komme pasientene til gode i min sykepleiepraksis. Jeg ønsker å sette fokus på sykepleiers holdninger da jeg tror det har avgjørende betydning for sykepleieutøvelsen. Jeg håper at oppgaven kan ha interesse for andre som møter pasienter med denne lidelsen.

1.5 Oppgavens oppbygging

Jeg vil først snakke litt om hvilke metoder jeg har brukt i arbeidet med denne oppgaven. Så vil jeg introdusere leseren for teori om hiv og aids. Her snakker jeg om hva hiv/aids er, hvordan det smitter, hvordan man forebygger og behandler, og ulike pasientgrupper. I teoridelen diskuterer jeg også forskningsartikler, jeg legger her frem funnene. Disse funnene vil jeg diskutere nærmere i drøftingen. Jeg vil også snakke om holdninger og fordommer, viktige stikkord i sykepleiefaget. I drøftingen vil jeg analysere det som kommer frem i teorien, samt trekke inn litt annen relevant teori.

2.0 FREMGANGSMÅTE

En metode er i følge Tranøy en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare.

Tranøy viser til Wilhelm Aubert, som formulerer metode som 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 (Dalland, 2007. s.81)

Oppgaven bygger på kunnskap fra pensumbøker og andre skriftelige kilder, som fag- og forskningsartikler. I tillegg har jeg snakket med en avdelingssykepleier ved en medisinsk sengepost om temaet i oppgaven.

Dalland (2007) sier videre at fremgangsmåten hjelper oss til å samle inn relevant teori og forskningsartikler, som er den informasjonen vi trenger for å svare på en problemstilling, og at det stilles to krav til data; hvilken relevans de har for problemstillingen og hvor pålitelig de er innsamlet.

Jeg begynte først med pensumlitteraturen, som jeg hadde god nytte av i teoridelen. Bruk av pensumlitteratur sikrer sykepleiefaglig relevanse. Andre bøker jeg brukte var en ”Døden ved min side”, skrevet av en mann som selv er hiv-positiv, hvor han forteller sin historie. For å få mer sykepleiefaglig forankring, valgte jeg å skrive litt om Joyce Travelbee, og brukte da hennes bok ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Videre brukte jeg BIBSYS, som er en felles bokkatalog for norske høgskoler og universiteter. Jeg brukte søkeordene hiv, aids og holdninger. Jeg fant et par bøker om hiv/aids. Ulempen er at de ble skrevet på 90-tallet, og hadde derfor ikke oppdatert forskning. Dette var likevel bøker som også omhandlet sykepleie til pasienter. Jeg leste gjennom de og så at en del av stoffet var like relevant i dag.

Vi har fått opplæring i søk i databaser, og jeg har basert meg mye på bibliotekets databaser under litteratursøk. Jeg brukte Ovid og søkte først på norske ord som ”hiv”, ”holdninger”, ”sykepleie”, ”etikk” og kombinasjoner av disse ordene. Da fant jeg ingen artikler som jeg ville bruke. Med engelske databaser hadde jeg bedre hell. Jeg brukte da Ovid, og søkte på stikkordene ”hiv”, ”hiv and nurse”, ”hiv and hospital”, ”hiv & stigma” og ”hiv and ethic”. Jeg fant da mange artikler som jeg ble nysjerrig på. Mange artikler var tilgjengelige enten på nett eller i biblioteket, men noen var derimot fra diverse tidsskrift som skolen ikke hadde, og ikke kunne skaffe, blant annet HIV nursing og International Journal of STD & AIDS.

I tillegg til forskningartikler fant jeg ellers et par fagartikler som var relevante for teoridelen, publisert i Tidsskrift for den norske legeforening. I tillegg har jeg brukt Fafo's rapport "Fortsatt farlig å kysse? Kunnskap om og holdninger til hiv". Det er en rapport fra levekårsprosjekt blant hivpositive i Norge, bestående av to delprosjekter, en holdningsundersøkelse og en kunnskapsoversikt.

2.1 Kildekritikk

I følge Dalland (2007) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes.

Jeg benyttet meg stort sett av faglitteratur, forskning- og fagartikler og memoar. Jeg trengte en bok skrevet av noen som selv er hiv-positiv, for å få et innblikk hvordan det er å leve med denne lidelsen. I pensumlitteraturen kan jeg finne mye bra om sykepleie til pasienter med hiv, men jeg savner litt informasjon om den følelsesmessige siden. Jeg tror man må lese om andres erfaringer for å få en forståelse for det. I Norge har det bare skrevet to bøker av noen som selv er hiv-positiv, "Kjærlighetens flyktninger" av Eva Lind Karlsen, og "Døden ved min side" av John Galt, som jeg benyttet i oppgaven. Boken jeg valgte å bruke er skrevet under pseudonym, og jeg har ingen garanti for å vite at alt han har skrevet, er reelt. Jeg velger likevel å stole på at forfatteren er den han utgir seg for å være, og erfaringene han deler med oss er virkelige. Jeg har hovedsakelig brukt primærlitteratur, pensum og fagbøker, men også sekundærlitteratur, da jeg ikke har funnet de bøkene teksten opprinnelig er fra. Sekundærlitteraturen har i noen tilfeller også vært trukket inn i bøker og artikler jeg allerede har brukt, og det falt da naturlig å henvise fra de, da også det står forklart i en sammenheng.

Artiklene jeg har valgt er studier fra flere land. Det var lite eller ingen norske studier som var relevante, det savner jeg litt, for jeg vil gjerne vite hvordan holdningene er blant norske sykepleiere. Det er vanskelig å si om det som kom frem i forskningsartiklene er overførbart til Norge, da ulike kulturer gjerne har forskjellige syn på hiv. Studiene jeg valgte gir meg derimot et inntrykk av hvordan holdningene er i andre land, både positivt og negativt. Jeg velger å ta med disse studiene da jeg mener at sykepleie er universalt og ikke skal variere fra hvilket land du befinner deg i.

Før vi begynte med oppgaven, hadde vi et innføringskurs i søking i databaser på biblioteket. Dette kom godt med når jeg skulle begynne å lete etter forskning til bacheloroppgaven. Det som var vanskelig var å finne noen jeg kunne bruke av alle som dukket opp. Når jeg leste sammendragene så jeg at mange ikke var relevante for min

oppgave og problemstilling. Etter hvert ble jeg heldig og fant flere artikler som var perfekt for oppgaven. Jeg så hvilket år artiklene ble publisert, og i hvilket tidsskrift. Alle forskningsartiklene er fra sykepleietidsskrift, blant annet fra Journal of advanced nursing. Forskning vi benytter i oppgaven bør som regel være maks 5 år, jeg har derimot brukt noen artikler som er eldre. En forskningartikkel er fra 2003, "Nursing staff and nursing students' attitudes towards homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing". Temaet så jeg som relevant for oppgaven, og jeg fant ikke nyere forskning som gikk på det samme. En artikkel fra 2001 omhandler sykepleieres kunnskaper om hiv, noe som går igjen i oppgaven min. Jeg fant ikke nyere forskning på samme problemstilling, og valgte derfor å benytte denne. De 2 fagbøkene om hiv som jeg har lest og henvist til, er fra 1995 og 1999, dette fordi jeg ikke fant noen nyere bøker om temaet. Jeg har derfor bare tatt med stoff som er like relevant i dag som det var når bøkene ble skrevet.

3.0 TEORI

I denne delen forteller jeg litt om hiv og aids, holdninger, undervisning og psykisk stress. Jeg går inn på forskningsartiklene jeg bruker i oppgaven, og snakker om sykepleieren Joyce Travelbee og hennes sykepleieteori.

3.1 Hva er Hiv/AIDS?

Hiv (humant immunsviktvirus) er et virus som forårsaker immunsvikt ved å infisere og ødelegge en gruppe lymfocytter. Viruset angriper celler i kroppen som har reseptorer av CD4-molekyl på membranen og gjør at de kan trenge inn i cellen. Lymfocyttene (type T-4) har disse CD4 molekylerne, så hiv-viruset kan dermed ødelegge lymfocyttene, som er viktig i immunforsvaret.

Hiv kan gå over til aids (acquired immune deficiency syndrome), en samlebetegnelse på infeksjoner og kreftformer som oppstår når nok T4-lymfocytter er ødelagt. Noen kan gå lenge uten symptomer, men ca. halvparten får en «primærinfeksjon» 1-4 uker etter de er smittet. Dette kan ligne på en influensa, med muskelsmerter, vondt i halsen og hovne lymfeknuter. Man kan i tillegg få hudutslett. Alt dette skyldes en omfattende nydanning av virus i cellene. Etter denne primærinfeksjonen følger det en sykdomsfri fase, som kan vare alt fra et par år til 15-20 år. Pasienten føler seg frisk og har vanligvis ingen symptomer (Almås, 2001).

Etterhvert kommer derimot mer uttalte symptomer, som følge av svekket immunforsvar; langvarig feber, vekttap, diare, tretthet, nattesvette og soppinfeksjon i munnhulen. Denne samlingen av symptomer kalles AIDS-Related Complex (ARC). Uten behandling vil minst 25 % av pasientene få en fullt ut utviklet AIDS i løpet av 3 år (Jacobsen m.fl, 2001).

3.1.1 Hvordan smitter hiv?

Hiv-viruset finnes i den smittedes kroppsvæsker. Spytt, urin og avføring vet vi nå at inneholder så lite virus at det er minimal sjanse for smitte. Blod, sæd og skjedesekret inneholder nok virus til å bære smitte. Hiv har dårlig overlevingssevne og er lite smittomt. For at smitten skal skje må viruset overføres fra blodbane til blodbane. Viruset trenger ikke gjennom hel hud, men gjennom slimhinner, sår og rifter (Almås, 2001). Smittemåtene er:

- Seksuell kontakt. (fra mann til kvinne, mann til mann, kvinne til mann) Dersom man har en kjønnssykdom fra før, er man mer mottagelig for smitte. Det viser seg

at viruset overføres lettere fra mann til kvinne enn fra kvinne til mann, og analsex gir større smitterisiko enn vaginalsex.

- Deling av forurensede sprøyter og sprøytespisser.
- Overføring av smittet blod og annet humant materiale (sjelden nå)
- Direkte kontakt mellom smittet blod eller kroppsvæsker og sår eller slimhinner.
- Graviditet, fødsel og amming. Mellom 15 og 40% av barn født av hiv-positive mødre blir smittet før, under eller kort tid etter fødselen. Antiviral behandling av den moren og barnet samt forløsning med keisersnitt reduserer smitterisikoen. Norske helsemyndigheter har i tillegg anbefalt at hiv-positive kvinner bør unngå å amme (Tjade, 2008)
- Frykten for smitte er i mange tilfeller overdrevet, det finnes flere eksempler på ektepar hvor den ene parten har vært hiv-positiv over lengre tid uten å vite om, uten å ha smittet den andre parten. Altså, selv under optimale forhold, er det ikke sikkert at smitte skjer. I tiden etter viruset ble først kjent, forekom det episoder hvor noen ble smittet under blodoverføring, hvor blodet var infisert. Dette er ytterst sjelden nå, ettersom blodgivere blir hiv-testet og blodprodukter blir vamebehandlet (Tjade, 2008).

Hiv-positive personer kan smitte andre allerede et par dager etter de selv er smittet, og ut livet. Ved hiv ser man at viruset finnes i store mengder i blod og sæd de første månedene etter infeksjonen og igjen lengre ut i forløpet (Bradley-Springer, 1995). Faren for smitte er altså da størst.

3.1.2 Utsatte grupper

I Norge er pasientgrunlaget for HIV/AIDS inndelt i 4 hovedgrupper: menn som har sex med menn, rusmisbrukere, innvandrere fra land med høy forekomst av hiv og heteroseksuelt smittede (Mandal, Nuland og Grønningsæter, 2008). Når viruset først ble kjent, trodde mange at det var noe som rammet bare homofile menn. Denne gruppen er fremdeles høyt representert i statistikken, men nå ser vi at mange er smittet heteroseksuelt. Fra en av helseinstituttets MSIS rapporter kommer det frem at i 2008 ble det påvist 185 nye tilfeller av heteroseksuell smitte (hvorav 139 ble smittet før de ankom Norge), og 92 av homoseksuell smitte. Det var lite forekomst av smitte gjennom sprøytemisbruk, 12 nye

tilfeller. Andre smittemåter som ble tatt med i statistikken var smitte fra mor til barn og annen/ukjent smitte (www.fhi.no lest: 02.03.2009).

Smittemåte	2008	Totalt
Heteroseksuell	185	2060
smittet mens bosatt i Norge	46	648
smittet før ankomst i Norge	139	1412
Homoseksuell	92	1278
Sprøytemisbruk	12	553
Via blod/blodprodukter		46
Fra mor til barn	4	59
Annen/ukjent	6	90

Denne tabellen med den nyeste statistikk om hiv-smittede gir en oversikt over de vanligste smittemåtene, og forekomsten i pasientgruppene.

3.1.3 Forebygging

Forebygging er det viktigste tiltaket i kampen mot HIV. 90 % av alle hiv-positive er smittet gjennom seksuell kontakt (Almås, 2001). Fokus på, og informasjon om hvordan man kan forbygge er derfor viktig. En stor del av utfordringen vil være å gjøre folk bevisst på at hiv ikke bare opptrer i enkelte miljøer, men kan ramme enhver som utsetter seg for smitte. Fra FAFO-rapporten «Fortsatt farlig å kysse?» fra 2008, kom det frem et interessant funn. For enkelte heterofile menn kan det være en ekstra påkjenning å bli assosiert med homofile. Denne gruppen er da ekstra opptatt av anonymitet. Det kan ha mye med holdningene mange fremdeles har til hiv. Igjen ser vi hvor viktig kunnskap og arbeid med holdninger faktisk er.

Opplysningsplikten er ikke avklart i rettsapparatet, men av smittevernloven § 5, kommer det frem at «den som har grunn til å anta at han selv eller noen han har omsorgen for, er smittet med en allmennfarlig sykdom, skal snarest gi beskjed til lege og oppsøke legen for nødvendig undersøkelse.» Faren for smittespredning blir altså regulert etter lovverk, som er viktig at kommer frem under forebyggende helsearbeid. Under research for denne oppgaven så jeg mange diskusjoner på nettet, hvor noen spørsmål gikk igjen, unge mennesker som lurte på hvor de kunne teste seg. Mange har hørt om Olafiaklinikken i Oslo, som spesialiserer seg på undersøkelse og behandling av hiv og seksuelt overførbare

sykdommer, men utenfor Oslo vet mange ikke hvordan de skal få testet seg. Mange vegrer seg for å ta opp dette med fastlegen sin, det er derfor viktig at helsestasjoner er synlige for alle, så man vet hvor man kan henvende seg.

3.1.4 Smittevern

I en hiv-seminar på skolen hørte vi en foreleser snakke om første gang hun møtte en hiv-pasient som nylig utdannet sykepleier på slutten av 80-tallet. Da hadde man på seg omtrent alt som var tilgjengelig av beskyttelsesutstyr, så alt pasienten så av sykepleieren var øynene. Etterhvert som man har fått mer kunnskap om hiv og hvordan det smitter, har smitteregimet blitt mye enklere. Når man har en pasient med hiv på avdelingen følger man vanlige smitteregime for blodsmitte. Dette innebærer at pasienten kan ligge på flermannsrom så fremt han ikke har en annen infeksjon i tillegg som gjør at han må isoleres. Sykepleieren skal ha god håndhygiene og hansker ved kontakt med biologisk materiale. Avhengig av situasjonen, kan det være aktuelt å bruke beskyttelsesfrakk (Almås, 2001).

3.1.5 Medisinsk behandling

HIV er noe pasienten lever med resten av livet, det vil si det er ennå ingen medisiner som kan kurere. Behandlingen går derimot ut på å styrke immunforsvaret, og å hindre at virus deler seg, såkalt antivirale legemidler. Per 2008 fantes det 26 ulike medikamenter brukt i behandlingen av hiv (Åsjø & Langeland, 2008). Siden viruset raskt utvikler resistens mot de enkelte legemidlene, bruker man tre eller flere medikamenter samtidig. Denne behandlingen kalles HAART (highly active anti retroviral therapy), og er livslang. (Galt, 2008) Dette er et stort fremskritt i behandlingen for hiv. Men alle virkninger bringer med seg bivirkninger, som kvalme, søvnforstyrrelser og endring i kroppsfettet. (www.irf.dk lest: 28.03.2009) Siden HAART er forholdsvis ny, er det vanskelig å si noe om langtidsbivirkninger. Det er likevel forsket på faren for hjerte- og karsykdommer, da særlig med tanke på endringene i kroppsfettet, økt kolesterol og tendens til diabetes. I sin doktoravhandling, sammenlignet Bente Magny Bergersen en gruppe hiv-positive pasienter med en kontrollgruppe av hiv-negative, og så at gruppen med hiv-positive hadde dobbelt så høy risiko for hjerte- og karsykdommer som den andre gruppen. Når hun så på gruppen med hiv-positive, viste det seg også at den delen av gruppen som ikke brukte medisiner, var det færre med høyt blodtrykk. (www.tidsskriftet.no lest: 02.03.09)

Minst 95 % av dosene må tas for å unngå resistensutvikling (Åsjø & Langeland, 2008).

Det er svært viktig at medisinene tas slik de er forskrevet.

Galt (2008) snakker i sin bok om det å være avhengig av å måtte ta daglige medisindoser for å holde viruset i sjakk, og beskriver tablettene som symboler på en ufrihet han er lenket til resten av livet.

3.2 Psykisk stress og mestring

Å få en så alvorlig diagnose som Hiv/Aids representerer kan for mange medføre mye stress. Bunkholdt (2002) forklarer stress som ”enhver ytre hendelse som individet ikke har erfaring med, og som det dermed kreves en uvanlig innsats – eller uvanlig stor innsats – for å mestre.” De ulike stimuli som utløser stressreaksjoner kalles stressorer (påkjenninger/stressere). Disse kan være både fysiske og psykiske, og eksempel på psykiske stressere er

- Virus, bakterier
- En ukjent situasjon, opplevelse av usikkerhet eller konflikt
- En situasjon der individet føler seg truet eller utsatt for tap og skade
- Sosial isolasjon
- Sykdom (Kristoffersen 2002)

Mennesker reagerer ulikt, for noen kan en situasjon oppleves som stressfylt mens den ikke gjør det for noen andre. Om individet finner det stressende er avhengig av den tankemessige vurderingen av situasjonen eller hendelsen og de muligheter til mestring han har til rådighet. (Bunkholdt 2002) I situasjoner eller faser som medfører stress, er det viktig for den enkelte at han har en viss kontroll over forløpet, at han vet hva han kan forvente seg, hvordan han kan komme til å reagere.

Videre kan situasjonen føre til en psykisk krise, en krisereaksjon. Jeg tenker da på noen som nylig har fått en alvorlig diagnose de må leve med resten av livet. En krisereaksjon forløper som regel gjennom 4 forskjellige faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen: (Kristoffersen 2002)

- Sjokkfasen – Her prøver personen å holde fakta ute av bevisstheten. Bevisstheten kan være uklar. Han er lite mottakelig for informasjon. Sykepleierens viktigste

- rolle er å klargjøre pasientens tilstand og behov for pårørende, samt å møte pårørende og deres behov for informasjon og samtale.
- Reaksjonsfasen – Denne fasen er preget av forsvarsmekanismer som regresjon, fornektning og isolering av følelser. Disse mekanismene settes i gang for å mestre de følelsesmessige reaksjonene. Regresjon er når man vender tilbake til tidligere utviklingsstadier, som kan komme til uttrykk gjennom klengete atferd, avhengighet og urealistiske forventninger i forhold til behandling og prognose. Ved fornektning ignorerer personen årsaken til trusselen, han aksepterer det ikke. Det kan komme til syne gjennom bagatellisering, ufrivillighet til samarbeid og overaktivitet. Isolering av følelser oppstår ved at pasienten ikke åpner seg opp og bearbeider sine følelser. Det er viktig at sykepleieren ikke er redd for å møte pasientens følelser og reaksjoner.
 - Bearbeidingsfasen – I denne fasen begynner personen å innse realitetene. Nå begynner han også for alvor å tenke over konsekvensene av det som har skjedd, og det er nå han føler seg mest truet. I bearbeidingsfasen er han mer villig til å dele tanker og bekymringer med sykepleieren. Han uttrykker behov for hjelp, og andres reaksjoner kan være avgjørende for resultatet. Sykepleieren kan spille en viktig rolle, ved å støtte han og gi han den informasjon han har behov for. Noen kan stoppe opp på bearbeidingsfasen, og ikke akseptere realitetene. Kristoffersen (2002) viser til Travelbee`s beskrivelse av en ondartet kriseutvikling, der slutfasen er preget av apati, likegyldighet og oppgitthet. Her virker det som om den kriserammede har gitt opp og mistet alt håp. Han klager ikke eller gir uttrykk for bitterhet og sinne, og tror ikke lenger at noen kan hjelpe han.
 - Nyorienteringsfasen – Om lag et halvt år etter traumet ser man gjerne at personen har akseptert fortiden, og han greier å se fremover. Det betyr likevel ikke at det som er skjedd er glemt, men det hindrer ikke lenger livsutfoldelsen i like stor grad.

Hvordan man mestrer situasjonen er avgjørende for forløpet. Mestring er alt individet foretar seg, uavhengig av om resultatet blir godt eller dårlig på kort eller lang sikt. Gjengedal og Hanestad viser til Benner og Wrubels påstand at sykepleieren må ha fokus på stress og mestring ut fra pasientens egen opplevelse knyttet til helse og sykdom, og at den kunnskapen sykepleieren søker, må være en subjektiv forståelseskunnskap utviklet gjennom erfaring, både hos pasienten selv og ekspertsykepleieren. Mestring kan deles inn i problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. Den problemfokusede mestringen er

strategier hvor man enten endrer eller håndterer det som oppleves belastende.

Emosjonsfokusede strategier tar derimot sikte på å endre eller håndtere egne følelser i forhold til belastningen. Man foretar også en revurdering underveis, hvor man vurderer om mestringsstrategiene er hensiktsmessige, og om situasjonen er forandret (Gjengedal & Hanestad, 2001).

3.3 Undervisning

Sykepleieren har ansvar for å formidle kunnskap til eller undervise ikke bare pasienter og pårørende, men også kolleger (Tveiten, 2008). Undervisningen dreier seg om et bestemt tema og tilpasses målgruppen. For å gjennomføre en undervisning kan man i følge Tveiten (2008) gå frem på følgende måte.

Først må man se på læreforutsetningene, altså hvem målgruppen er. Da må man kartlegge hvilke forkunnskaper gruppen har, og motivasjonen for å lære. En gruppe som er motivert for å lære noe om emnet, får mer utbytte av undervisningen.

Videre planlegger man og ser på innholdet i undervisningen. Hva er hensikten med undervisningen? Er det kunnskap, ferdigheter eller holdninger?

Undervisningsmetoden er den metoden man bruker for å formidle kunnskapen, og valg av metode er avhengig av både læreforutsetningene, hensikten og innholdet i undervisningen. Tveiten (2008) foreslår å bruke flere metoder, som først å fortelle, samtale om eller forelese om temaet først, så bruke hjelpemidler som film, for så å avslutte med samtale og spørsmål.

Til slutt prøver man å finne ut om hensikten med undervisningen er oppnådd. Dette ser man gjerne når man samtaler og får spørsmål etter selve undervisningen.

3.4 Holdninger

”En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte når vi stilles overfor andre mennesker, ting eller hendelser vi opplever” (Håkonsen 2003, 225)

Holdninger er noe vi alle har, og det forteller mye om hvordan vi forholder oss til noe, hvilke tanker vi gjør oss opp om vedkommende. Holdninger kan være både positive og negative.

I følge Kristoffersen (2002) inneholder holdningen tre komponenter:

- Den kognitive komponenten. Dette omfatter vår kjennskap til og kunnskap om den eller de holdningen gjelder, samt erfaringer.
- Den affektive komponenten omfatter våre følelser overfor personer eller situasjoner. Her spiller våre bevisste og ubevisste verdier en stor rolle. Vi kan for eksempel føle frykt for situasjoner. Relevant for temaet mitt kan være en sykepleier som vegrer seg for å hjelpe en hiv-positiv pasient med blodtransfusjon for frykt av å bli smittet.
- Den atferdsmessige komponenten er måten vi handler eller opptrer på. Her kommer holdningene våre godt til syne. Denne komponenten bygger på den kognitive og den affektive komponenten.

3.5 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Når jeg skulle velge sykepleieteoretiker var Joyce Travelbee den første jeg tenkte på.

Hennes tenkning handler mye om det å være et medmenneske, å kunne se pasienten som et likeverdig menneske, og ikke en diagnose. Jeg mener dette er egenskaper man må ha for å kunne få pasienten til å føle seg ivaretatt. I sin bok "Mellommenneskelige forhold i sykepleie", snakker Travelbee om 2 begrep jeg vil trekke inn; "menneske-til-menneske-forhold" og "empati-evne".

3.5.1 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee omtaler "menneske-til-menneske-forhold" som en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom sykepleier og pasient. Hovedkjennetegnet ved erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt. Hun mener at dette forholdet er vitkig for både sykepleier og pasient, at begge parter oppfatter og responderer på den andre som individ (Travelbee, 2001). Hun sier forholdet etableres gjennom 4 sammenhengende faser:

1. **Det innledende møtet:** Ved første møte vil sykepleieren gjøre seg opp en mening om vedkommende basert på observasjon, dette er sykepleierens førsteinntrykk. Førsteintrykket kan være både positivt og negativt. Det kan være godt fordi han minner oss om noen vi har hatt en nærhet til tidligere, eller fordi han oppfyller vårt behov for anerkjennelse som et unikt menneskelig individ. Førsteintrykket kan bli negativt når vi tilskriver vedkommende karaktertrekk vi har sett hos andre tidligere. I denne første fasen ser sykepleier og pasient på hverandre som bare

roller, og ikke individer. Sykepleierens oppgave blir å bryte ned kategoriseringen og oppfatte pasienten som et menneske. Evnen til å oppfatte pasienten som et individ er avhengig av hennes evne til å overskride seg selv, og av hennes interesse for andre som enkeltindivider i motsetning til å se de som kategorier eller forlengelser av seg selv.

- 2. Framvekst av identiteter:** Her greier partene å sette pris på hverandre som unike individer, og får en evne til å etablere tilknytning til hverandre. Nå retter man tanker og følelser mot den andre og mottar inntrykk av den andres personlighet, identitetene vokser frem og erkjennes som unike. Sykepleieren greier å fange opp hvordan pasienten som individ føler og tenker, mens pasienten ser at sykepleieren er et menneske, ikke bare en personifikasjon av alle sykepleiere. Sykepleieren kan møte på mange utfordringer her. Hun kan ha manglende evne til å se pasienten som et individ om hun selv har vært i samme situasjon som pasienten og ser seg selv i han. At man bruker seg selv som en målestokk man veier og måler pasienten opp mot. For noen kan dette synes å true det unike ved seg selv, at man er redd den andre skal ta fra dem noe, de misunner andre for dere talenter, evner eller ressurser. Likevel er det gunstig å finne likheter mellom hverandre, for å fremme empati.
- 3. Empatifasen:** Empati er en prosess der den enkelte er i stand til å se forbi ytre atferd og fornemme nøyaktig den andre indre opplevelse på et gitt tidspunkt (Travelbee, 2001). Evnen av empati avhenger av likhet mellom en selv og den andre, men det er mulig å utvide sitt eget empatiske område, som jeg vil beskrive mer senere.

En vesentlig del av empati, er det Travelbee kaller den ”ikke-dømmende” holdningen. Å være fullstendig ikke-dømmende er det trolig ikke mange som greier, vi har alle en tendens til å dømme andres atferd, gjerne ut i fra hva vi selv mener er rett og galt. Dette forklarer hun med at kriteriene vi dømmer ut fra, er gjerne basert på hvordan den andre følger eller avviker fra vår egen atferdsnorm (Travelbee, 2001). Alle kan ha fordommer, sykepleiere er ingen unntak, men en

sykepleier må jobbe med de holdningene som kan være negative i arbeid med pasienter.

”Sykepleieren” bør gå inn for å være ikke-dømmende. Det hun bør gå inn for, er å bli bevisst hvilke ”dommer” hun feller om den syke. Først når hun selv kommer til klarhet over hvordan hun ”dømmer”, kan hun evaluere hvordan hennes ”dom” innvirker på møtene med den syke.” (Travelbee, 2001)

4. **Sympati og medfølelse:** Ønsket om å lindre plager er fremtredende her.

Sykepleieren prøver å dele den sykes plager og dermed avlaster han for byrden med å bære alt alene. I motsetning til empati, er medfølelse forbigående, da den bare er aktivert når årsaken er tilstede. Empati er mer permanent siden det omhandler våre følelser for personen, i motsetning til personens problemer. Man kan si at empati er forløperen for sympati og medfølelse. Man må finne en balanse mellom å ikke involvere seg og involvere seg for mye. Mange sykepleiere kan ta vedkommendes problemer inn til seg, i den grad at hun blir handlingslammet, hun ”over-identifiserer” seg, som kan komme til uttrykk gjennom for eksempel at hun gråter når han er deprimert. En uheldig form for medlidenhet man kan se er ”tingliggjørende medlidenhet”, som Travelbee beskriver som en avhumaniserende måte å betrakte andre på, der man ser på den andre som han er en ting i stedet for et menneske, dette kan eksempleres med det engelske uttrykket ”you poor thing”, her kommer det frem at man ser på vedkommende som hjelpsløs, noen som man må synes synd på.

5. **Gjensidig kontakt og forståelse** er det stadiet man kommer på når sykepleieren og den syke har gått gjennom de 4 første fasene. Målet er at man skal kunne ta seg av både den sykes fysiske og psykiske behov, sykepleieren skal ikke se de syke som problemer, men mennesker med problemer.

3.5.2 Empati-evne

Travelbee bringer frem en ide om å bruke skjønnlitteratur som et hjelpemiddel for å utvikle bedre forståelse for andre menneskers livskår, bedre evne til empati. Dette begrunner hun med at man får anledning til å gjøre bruk av ”stedfortredende erfaringer” når de prøver å sette seg inn i hvordan en karakter tenker og føler. Målet er da at man skal

greie å bruke den kunnskapen og forståelsen man får gjennom lesingen, i situasjoner i det virkelige liv. Det finnes flere bøker som omhandler mennesker med HIV, og jeg tror at man kan formidle mer til leseren om hvordan mennesker har det, enn man kan i faglitteratur. Leseren møter et individ i boken, og kan da lettere se diagnosen i sammenheng med mennesket. Travelbee tar videre for seg litteratur vs. interaksjon med pasienter. Mange vil hevde at man ikke kan virkelig forstå andre gjennom lesing, men at man må ha interaksjoner med vedkommende. Travelbee hevder derimot at interaksjon er ingen garanti for forståelse, at det ikke er mengden av interaksjon som avgjør, men den enkeltes evne til å bruke erfaringene fra interaksjonen til å lære og til å anvende det som læres (Travelbee, 2001).

4.0 AKTUELL FORSKNING

I artikkelen "Nursing staff and nursing students' attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing" forsket Röndahl, Innala og Carlsson (2003) på sykepleieres holdninger til hiv-infiserte og homofile hiv-infiserte, og om det er noen forskjell på de gruppene i forhold til sykepleieres holdninger. Undersøkelsen benyttet en kvantitativ metode, en spørreundersøkelse blant sykepleiere og hjelpepleiere (til sammen 57 pleiere) på en infeksjonsavdeling i Sverige, 155 svenske sykepleiestudenter og 113 hjelpepleierstudenter. Forskerne benyttet seg av AIDS Attitude Scale (AAS), et skjema som ble utarbeidet i 1992 for å måle helsepersonells holdinger til pasienter med hiv og aids. AAS består av 21 ulike påstander som skal besvares på en skala fra en til 6, fra "ikke enig" til "sterkt enig". Noen av påstandene er "De fleste som lever med aids fortjener det" og "Jeg er sympatisk til problemene mennesker med aids erfarer". I denne undersøkelsen brukte forskerne i tillegg et spørreskjema, hvor de startet med å spørre om man hadde pleiet hiv-positive pasienter og om man hadde pleiet homofile pasienter. Så ble de spurt om man ville latt være å pleie hiv-positive pasienter om man hadde muligheten. Frykt for å bli smittet var et annet spørsmål. Det var også anledning til å begrunne svarene sine, og komme med tanker om emnet. Det viste seg at de fleste av sykepleierne og hjelpepleierne hadde erfaring med å pleie både hiv-positive og homofile pasienter. Blant studentene var det mange som hadde pleiet homofile pasienter, men mange hadde ikke erfaringer med hiv-positive pasienter. Her så man at det ikke var betydelig forskjell blant sykepleiere, hjelpepleiere, sykepleierstudenter og hjelpepleiestudenter når det gjaldt empatiske holdninger mot hiv-infiserte, men at hjelpepleierstudenter hadde mindre positive holdninger mot homofile hiv-infiserte pasienter. Når det gjaldt frykt for smitte, så man at hos ansatte på infeksjonsavdelingen var den lav. Sykepleierstudenter var mer redd for smitte, mens hjelpepleierstudentene hadde mest frykt for smitte.

36% av de ansatte på infeksjonsavdelingen ga uttrykk for at de ville unngått å pleie hiv-infiserte pasienter om de hadde fått valget. Blant studentene var det 26 % (Röndahl, 2003).

"Non-HIV nurses' knowledge of HIV therapy" er en studie som omhandler kunnskapen til sykepleiere som ikke jobber spesielt med denne problematikken. De som var med i undersøkelsen var 121 sykepleiere i Storbritania som tok videreutdanning innen ulike fagfelt (blant annet pediatri og jordmødre, psykisk helsevern og kvinnehelse-program).

Deltakerne ble spurt om hvor de jobbet, om de hadde deltatt på kurs om hiv, om de hadde pleiet en hiv-positiv person og flere spørsmål som gikk på medikamenter. Det viste seg at 52 % av sykepleierne hadde pleiet en hiv-positiv pasient, men bare 40% av disse hadde deltatt på kurs om hiv. 43% av alle spurte oppga media som kilden til informasjonen de hadde fått om hiv. Når det gjaldt medikamentell behandling var det 27% som visste at det nå brukes 3 medikamenter samtidig (Hall & Sutton, 2002).

En britisk studie, "Empathy, inclusion and enclaves: the culture of care of people with HIV/AIDS and nursing implications" (Hodgson, 2006) tar for seg miljøet på en avdeling som spesialiserte seg på pleie til mennesker med hiv og aids. Studien tok sted på en infeksjonsavdeling på et britisk sykehus som hadde mange pasienter som var hiv-positiv. Her jobbet både sykepleiere, assistenter og hiv-rådgiver. Det som kom frem i studien var at miljøet var sterkt preget av en likeverdighet, men de ansatte fikk ofte negative reaksjoner fra andre fordi folk rundt de identifiserte pleierne med pasientene. Noen pleier fortalte derfor at de vegret seg for å snakke med andre om hvilken pasientgruppe de jobbet med. Det som gjorde miljøet på denne avdelingen så positivt var at pleierne hadde mye erfaring med pasientgruppen. De uttrykte at pasientene ble etter hvert sett på som venner, fordi de utviklet et forhold hvor diagnosen ikke var i fokus, med de greide å se individet.

Forfatteren mener den mest effektive måten å minske stigmatisering i helsesektoren på, er å bruke pleiere som er forberedt på pleie til hiv-positiv (Hodgson, 2006).

Studien "Chinese HIV-positive patients and their healthcare providers" var den studien som overrasket meg mest. Studien er basert på intervjuer med hiv-positiv kinesiske pasienter på et større sykehus i Mandarin. Her kommer det frem at mange stoler blindt på legene, selv om det i flere tilfeller viste seg at pårørende fikk vite diagnosen før pasienten. Det var også et variert syn i forhold til sykepleierne. Noen pasienter påpekte støtten de fikk fra sykepleiere, mens en påstand var at sykepleiere kunne ikke noe om HIV og at de dermed ikke var i stand til å gi veiledning. En del av forskernes konklusjon var at sykepleiere kan spille en rolle i forholdet mellom pasienter, pasienter og deres pårørende og andre helsearbeidere, gjennom informasjon og emosjonell støtte. Det kom også frem hvor viktig det er å behandle sensitiv informasjon, selv om dette gikk mest på legene som informerte pårørende før pasienten selv fikk diagnosen (Chen m.fl, 2007).

Välimäki (2008) undersøkte sykepleieres villighet til å pleie pasienter med hiv og aids. Denne studien fra 2008 omfattet Finland, Estland og Litauen. Spørsmålene lignet på de som fra den svenske studien, men her ble det spurt mer om personlige faktorer, sivilstatus, antall barn, spesialiseringsfelt, og om de hadde slektninger eller bekjente med hiv/aids, og

de noen gang hadde nektet å pleie en hiv-positiv pasient. En del av undersøkelsen var også basert på en fiktiv pasient, hvor de skulle skalere hvor villig de var til å hjelpe han i diverse situasjoner. I Finland svarte 29 % at de kjente noen med hiv/aids, mens blant pleierne i Estland var det 26%, og 14% i Lithauen. Her så man også at de som hadde mest privat kjennskap til hiv/aids, var de som var mest villige til å hjelpe en pasient. Forskerne hentyder at en av årsakene til forskjellene, kunne komme av at sykepleiepraksis kan variere fra land til land (Välimäki, 2008).

En amerikansk studie fra 2008 stilte spørsmål om det var forskjell på stigmatisering basert på etnisk bakgrunn. 224 mørkhudede og 3127 lyshudede var med i undersøkelsen.

Funnene var at de ble stigmatisert i like stor grad, men på forskjellige måter. Rao m.fl (2008) mener forskjellen er at mange mørkhudede opplever en dobbelt-stigmatisering, at negative holdninger de møter også er preget av et rasistisk syn.

4.1 Sammenfatning

Av studiene kommer det frem at kunnskapene om, og holdningene til hiv, er avhengig av utdanning og arbeidsplass. Sykepleiere kommer bedre ut enn hjelpepleiere ved spørsmål om holdninger, og man sykepleiere som jobber på avdelinger hvor mange hiv-positive blir innlagt, har bedre holdninger og mindre frykt. Ikke alle sykepleierne benyttet seg av tilbud om kurs om hiv, og mange hadde først og fremst fått sin kunnskap gjennom media.

Holdninger og kunnskap kan variere fra land til land, også måten pasientene blir behandlet på, for eksempel med tanke på taushetsplikt. Mørkhudede og homofile er mer utsatt for å bli dobbeltstigmatisert.

5.0 DRØFTING

Problemstilling: ”Hvordan kan økt kunnskap om Hiv/Aids bidra til at sykepleiere møter pasienter med denne lidelsen på en god måte i forbindelse med en sykehusinnleggelse?”

5.1 Sykepleieres kunnskaper om hiv

Som sykepleier møter man alle slags mennesker, i ulike livssituasjoner. Vi har alle våre holdninger, og de er med oss hele tiden. Holdningene våre blir aktivert når vi møter personer eller situasjoner holdningene er knyttet til. Holdninger omfatter kjennskap til, og kunnskap om emnet (Kristoffersen, red. 2002).

De siste årene har antall hiv-positive som blir innlagt på spesialiserte poster blitt redusert (Hodgson, 2006). I sin forskning kom han frem til at den beste måten å gi pleie til hiv-positive pasienter, var å bruke pleiere som hadde erfaring med, og var forberedt på pasientgruppen. Dette stemmer også med Røndahl, Innala og Carlsson (2003) sin forskning, hvor vi ser at de som var mest villige til å jobbe med pasientene var de som jobbet på en infeksjonspost, og som hadde erfaring med pasientgruppen. Hall og Sutton (2002) mener derimot at også sykepleiere som vanligvis ikke jobber med hiv-positive, må søke kunnskap om hiv og regelmessig oppdatere sine kunnskaper. Almås, red. (2001) påpeker også at sykepleieren må kjenne til bivirkningene til hiv-medisinene for å kunne følge opp pasienten på en god måte. Etske regler for sykepleiere forteller også at sykepleieren har personlig for å opprettholde sin kompetanse gjennom kontinuerlig læring (www.icn.ch/icncodenorwegian lest:03.04.2009). Under sykepleieutdanningen lærer alle hva hiv er og hvordan det smitter, men mange sykepleiere ble utdannet før vi hadde den kunnskapen om hiv som vi har nå. Under praksis har jeg sett at mange likevel er flinke til å holde seg oppdatert, og har samlet seg kunnskap om hiv. Jeg mener det er nødvendig at alle pleierne som kommer i kontakt med hiv-positive på sykehus, har tilstrekkelig kunnskap. Dette først og fremst for å forebygge smitte, men ikke minst også for å kunne føle seg trygg i situasjonen og dermed yte god pleie til pasienten. Hall og Sutton (2002) undersøkte kunnskapsnivået på hiv blant sykepleiere som ikke jobber spesielt med hiv-positive pasienter. Her var det bare 15 av 121 spurte som greide å identifisere navnet på et medikament brukt i behandling av hiv. Bare en fjerdedel visste også at 95 % av dosene må tas for å unngå resistensutvikling. Hall og Sutton (2002) påpeker mangelen på kunnskaper om hiv blant sykepleierne i studien. I en studie av Chen m.fl (2007) mener en av de spurte pasientene at sykepleiere ikke kan nok om hiv. Et av forfatterens konklusjoner er ikke

mangel på kunnskaper blant sykepleiere, men at de har lite trening på sykepleie og rådgivning til hiv-positive (Chen m.fl, 2007). I løpet av praksis periodene mine under utdanningen har jeg flere ganger tatt opp dette som et samtaleemne, og jeg har fått inntrykket av at de fleste sykepleierne har nok kunnskap om hiv når vi diskuterer både smittemåter og behandling.

Flaskerud & Ungvarski (1995) mener at sykepleieren i tillegg må ha kjennskap til de psykologiske påkjenningene og det psykiske stresset denne diagnosen kan føre med seg. Sykepleieren kan for eksempel møte en pasient som er innlagt for en kraftig lungebetennelse, men får beskjed om at han er hiv-positiv. Sykepleieren må da ha det i tankene i møte med pasienten, og være klar over hvordan en krisereaksjon kan virke inn på pasientens atferd og evne til å motta informasjon.

5.1.1 Undervisning av helsepersonell

”You feel insecure until education makes you feel secure”

Dette sitatet fra studien til Røndahl, Innala og Carlsson (2003, 458) forklarer godt en sykepleierstudents behov for kunnskap og undervisning for å kunne føle seg trygg i sin utøvelse av sykepleie.

Sykepleierens undervisende funksjon kan være rettet mot både pleiepersonell og studenter, og har til hensikt å fremme kvaliteten av den sykepleien pasientene mottar, ved å øke personalets kompetanse (Kristoffersen, 2002).

Røndahl, Innala og Carlsson (2003) forteller i sin studie at de spurte sykepleierne uttrykte mangel på kunnskap om hiv eller usikkerhet, og et behov for informasjon og tilsyn av mer erfarne kollegaer. Hodgson (2006), beskriver i sin studie en avdeling preget av gode holdninger, og kommenterer fokuset på intern undervisning. Her spurte de ansatte hverandre om ulike aspekter ved pleie, og de delte kunnskap og erfaringer med hverandre og pleieassistenter. I studien av Välimäki m.fl (2008) kommer det frem at sykepleierne som vegret seg for å pleie disse pasientene hadde en følelse av å ikke få nok undervisning om pleie til denne pasientgruppen, og at dermed hadde frykt for smitte. I følge Flaskerud & Ungvarski (1995) hadde sykepleiere som har pleiet hiv-positive pasienter og vært på forelesninger om emnet mer kunnskap om lidelsen og nødvendige forhåndsregler. De var også mer innstilt på å gi god pleie til pasientgruppen. Chen m.fl (2007) mener sykepleiere kan spille en viktig rolle som formidler av kunnskaper til andre helsearbeidere og medarbeidere. Det er vanskelig å finne noe litteratur som tilsier at det ikke er behov for undervisning blant helsepersonell. Sykepleie er et yrke med stadige forandringer og nye

utfordringer, og det er viktig å ha nok kunnskaper og å være faglig oppdatert i møte med pasienter. Nina Jahren Kristoffersen skriver ”Den enkelte sykepleier er avhengig av undervisning, opplæring og veiledning for å utføre sin funksjon på best mulig måte” (Kristoffersen, 2002, 88). Hensikten med dette mener hun er at pasienten skal motta sykepleie av høy kvalitet samtidig som faglig og personlig utvikling er avgjørende for å fremme trivsel og motivasjon i arbeidsmiljøet. Når det dreier seg om en så alvorlig lidelse, forbundet med så mye stigmatisering, ser jeg betydningen av undervisning. For at pasienten skal bli møtt på en god måte og for at sykepleieren skal føle seg trygg i sin utøvelse av sykepleie, er det nødvendig med undervisning blant personale som mangler kunnskap om hiv. Røndahl, Innala og Carlsson (2003) mener emnet bør få mer fokus allerede under sykepleieutdanningen og i helsevesenet, og at en god måte å gjøre dette på er å få retningslinjer og guiding av sykepleiere som jobber med hiv/aids.

De fleste som velger å utdanne seg sykepleiere har holdninger som samsvarer med god sykepleie. Bunkholdt (2002) påpeker at utdanningene står overfor følgende oppgaver; å endre holdninger som ikke er i samsvar med det som er ønsket i feltet, å utvikle ønskelige holdninger hos de som ikke har et holdningsmessig grunnlag for valg av utdanning og yrke. Videre må man bevisstgjøre holdninger som ikke er erkjent, endre de som ikke er ønskelige og støtte opp under de som er ønskelige. Målet er ikke at alle sykepleiere skal ha samme holdninger, men heller at man skal ha en felles ideologi man jobber ut ifra.

5.1.2 Redusere frykt for smitte

Hiv-infeksjon regnes som en allmennfarlig smittsom sykdom. Usikkerhet og frykt overfor hiv-positive pasienter kan ha grunnlag i smittefrykt (Almås, 2001). Hiv-viruset er et blodsmittevirus, og det følges da vanlig smitteregime for blodsmitte (Andersen, 2003). Välimäki m.fl (2008) finner i sin studie at mange sykepleiere stilte seg villige til å hjelpe pasienten i situasjoner hvor de ikke kom i kontakt med kroppsvæsker, men flere av pleierne vegret seg for å utføre oppgaver hvor de var i fare for å komme i kontakt med blod og andre kroppsvæsker. Røndahl, Innala og Carlsson (2003) så derimot ut i fra sine funn at generelt hadde pleierne lite frykt for smitte, men de hevder likevel at flere sykepleiere og studenter uttrykte frykt for smitte og et behov for mer kunnskap og rådgivning fra mer erfarne pleiere Hodgson (2006). så på miljøet til en infeksjonspost hvor pleierne møtte mange hiv-positive pasienter. Han mener at tryggheten de hadde i forhold til smitte, kom av at de fulgte standard forhåndsregler, de jobbet ut fra en antagelse om at alle mennesker er potensielle bærere av blodsmittende sykdommer. I studien av Hodgson

(2006) uttalte en av sykepleierne at så lenge hun fulgte prosedyrer, kunne hun ikke se at det var et problem. Under min samtale med avdelingssykepleieren på en medisinsk avdeling, spurte jeg om alle personale på avdelingen visste hvordan de skulle forholde seg til pasienter med hiv med tanke på smitte. Hun fortalte at alle i personalet var klar over prosedyrepermen som forklarte hvilke forhåndsregler man må ta for å unngå smitte ved blodsykdommer. I den var også hiv nevnt som en av flere sykdommer som smitter gjennom blod. Jeg mener det eneste som kan redusere frykten for smitte er kunnskap om smittemåter, samt gode prosedyrer.

5.2 Holdninger blant sykepleiere

Almås (2001) mener det er mye usikkerhet og frykt overfor hiv-positive pasienter. Hun påpeker at ved sykepleie til denne pasientgruppen, får sykepleieren satt både sine holdninger og kunnskaper på prøve. Den beste måten å bearbeide egne holdninger og fordommer på er å søke kunnskap (Almås 2001).

Holdninger kan være gode, men de kan også være dårlige. Fordommer er holdninger som er basert på et mangelfullt kunnskapsgrunnlag og som uttrykker negative følelser (Kristoffersen, 2002). Når jeg snakker om villighet til å gi pleie til hiv-positive, som går igjen i artiklene jeg har brukt, handler det mye om fordommer. Välimäki m.fl (2008) sammenlignet sykepleieres holdninger og villighet til å pleie pasienter med hiv i ulike land. Her viste en spørreundersøkelse at flere sykepleiere i Finland var villig til å pleie en hiv-positiv pasient sammenlignet med spurte i Lithauen. Han konkluderer med at holdninger varierer ikke bare fra person til person, men kan være ulike i forskjellige kulturer. Hodgson (2006) mener sykepleiere som har liten frykt for hiv har mindre sannsynlighet for å formidle dårlige holdninger. Han forteller om flere pasienter som blir innlagt på andre sykehusavdelinger, men ber om å bli overflyttet på infeksjonsavdelingen, fordi de forteller de møter fordommer blant sykepleiere på andre avdelinger. Røndahl, Innala og Carlsson (2003) mener på grunnlag av funn i sin studie at hiv-positive pasienter risikerer å møte sykepleiere som heller vil unngå å gi de sykepleie. Den vanligste årsaken til at de spurte ville unngå pleie til pasientene var at de var redde, men ikke nødvendigvis for smitterisikoen. (Røndahl Innala og Carlsson, 2003) Da jeg jobbet med denne oppgaven snakket jeg med en avdelingssykepleier på en medisinsk sengepost om hvilke erfaringer de hadde med hiv-positive pasienter. På denne avdelingen hadde de hatt få hiv-positive pasienter, men at hiv til tider hadde blitt diskutert blant personalet, og at hun ikke hadde hørt noen uttrykke usikkerhet eller dårlige holdninger i forhold til personer med hiv. Galt

(2008), som selv er hiv-positiv, snakker derimot varmt om sykepleierne på en infeksjonsmedisinsk avdeling han var innlag på, og trekker frem deres vennlighet og fokus på hans velferd. Både Røndahl, Innala og Carlsson (2003) og Hodgson (2006) mener likevel at de beste holdningene blant sykepleiere, finner man på avdelinger hvor pleiere har mye erfaring med denne pasientgruppen. Det er lett å se det fra den siden, at pleiere som regelmessig møter pasienter med hiv, har bedre holdninger. Det er likevel ikke sannsynlig at man må på en infeksjonsavdeling for å finne sykepleiere med positive holdninger. Jeg mener at det som er mest avgjørende for sykepleierens holdninger er først og fremst hennes kunnskaper og kjennskap til emnet.

5.2.1 Endring av uønskede holdninger

Holdninger og fordommer kan være synlige for andre, uten at vi selv er bevisst på det. De kan komme frem gjennom ord, tonefall, oppførsel, og særlig gjennom kroppsspråket vårt (Bunkholdt, 2002). Pasienter er gjerne i en sårbar fase, og er ekstra var for den nonverbale kommunikasjonen, kroppsspråket. Pasienten ser at du unngår øyenkontakt, at du til en hver tid holder deg 1 meter unna pasientsengen, at du tar på hansker når du vasker ansiktet hans. Å endre holdninger er tidkrevende og utfordrende. Holdningene er gjerne vi har med oss fra barndommen, eller de har oppstått gjennom erfaringer med mennesker og situasjoner. Bunkholdt (2002) forteller hvordan man endrer en uønsket holdning. Når man skal forandre holdninger begynner man med den kognitive komponenten. Det kan vi gjøre gjennom å lese faglitteratur, skjønnlitteratur som omhandler emnet, gå på kurs eller spørre andre fagpersoner som har mye kunnskap om emnet. Når man har fått mer kunnskap, ser man at den affektive komponenten også forandres. Våre meninger blir ikke like bastante, vi ser ikke saken så svart/hvitt. Når man lærer om smittemåtene ved hiv, kan man få mindre frykt for å være nær en hiv-positiv pasient. Den atferdsmessige komponenten forandrer seg også nå, i takt med økt kunnskap og forståelse. Under denne prosessen blir man kjent med pasienten som et individ, og dette hjelper oss til å se at det er vanskelig å ha holdninger eller fordommer om en hel gruppe, siden alle i en gruppe er forskjellige. Travelbee (2001) anbefaler skjønnlitteratur som et hjelpemiddel for å få mer kunnskap og spesielt forståelse for emnet. Man kan sette seg inn i hva karakteren tenker og føler, for så å bruke den forståelsen og kunnskapen i møte med pasienter i det virkelige liv. Videre sier hun at interaksjon er viktig for å få en forståelse for emnet, men at det er den enkeltes evne til å bruke erfaringene fra interaksjonen som er avgjørende (Travelbee, 2001).

Sammenhengen mellom holdninger og erfaring understreker også Hodgson (2006) når han

sier at de pleierne som har de beste holdningene og minst frykt for hiv er pleiere som har mye erfaring med å pleie denne pasientgruppen. Betydningen av interaksjon med pasientgruppen understreket. Interaksjon er relasjonen mellom sykepleier og pasient. Menneskets oppfatninger danner utgangspunktet for dets reaksjoner og atferd (Kristoffersen, 2002). Likevel må man begynne med undervisning. Røndahl, Innala og Carlsson (2003) mener noen med gode holdninger bør legge opp et undervisningsprogram for personalet, og fungere som rollemodeller, både ved å formidle gode og profesjonelle holdninger og verdier. Flaskerud & Ungvarski (1995) mener at informasjon alene ikke er nok til å forandre uønskede holdninger knyttet til hiv/aids, men at det er viktig å kunne få utløp for følelsene sine ved å kunne snakke åpent om det i en ikke-truende atmosfære for å identifisere hva det er som ligger bak frykten og holdningene. For å forandre holdninger er det viktig at sykepleierne kan snakke sammen. Man må akseptere at noen sykepleiere har et annet syn, men at man i stedet for å innta en dømmende holdning, prøver å få vedkommende til å se saken fra en annen side, enten ved å dele positive erfaringer man har med pasientgruppen eller å stille seg åpen for diskusjon og spørsmål.

5.2.2 Et rettferdig møte

Eide og Eide (2007) snakker om et rettferdig møte. I sykepleiesammenheng betyr dette at alle skal ha de samme rettighetene og godene, uavhengig av økonomi, sosial status, språklig evne og kulturell bakgrunn. Dette møtet forutsetter at pleieren forholder seg til alle pasienter med den empati, omsorg og respekt som enhver pasient skal behandles med (Eide & Eide, 2007). Moralsk kritikk er et uttrykk som fint beskriver dette. Man ”dømmer” andre fordi de kanskje lever på en annen måte enn det man selv mener er moralsk riktig. Moralsk kritikk kan lett komme til syne på flere måter, enten det er et blikk, ansiktsuttrykk eller gjennom ord. Moralsk kritikk bør man strebe etter å unngå, siden det kan skape mistillit og dårlig motivasjon hos pasienten.

I ethvert møte mellom to personer er førsteinntrykket viktig. Som sykepleier vet litt om pasienten på forhånd, vi vet navn, alder, sivilstatus, diagnose, evt. tilleggsdiagnoser. Basert på dette lager vi oss ideer om pasienten. Travelbee snakker om møtet mellom pleier og pasient, og hvordan man etablerer et såkalt menneske-til-menneske-forhold. Hun mener sykepleieren må bryte ned kategoriseringen hun har for å kunne oppfatte mennesket i pasienten (Travelbee, 2001). Hun mener at sykepleieren må gå inn for å være ”ikke-dømmende”, og sier at kriteriene vi dømmer ut fra, er gjerne basert på hvordan den andre følger eller avviker fra vår egen atferdsnorm. Hodgson (2006) beskriver et personale med

en inkluderende holdning til pasientene, hvor pleierne ikke klandret pasientene for deres diagnose. Sykepleierne i studien ga uttrykk for å identifisere seg med pasientene.

5.2.3 Stigmatisering

Hiv og aids har blitt vår tids mest stigmatiserte sykdom (Almås, 2001). Hiv blir forbundet med fordommer og skam, og mange velger å holde sin hiv-status hemmelig (Mandal, Nuland og Grønningsæter, 2008).

Som tidligere nevnt, har hiv fra starten vært forbundet med homofile, i tillegg til narkomane og innvandrere. Har man fordommer mot mennesker med rusproblemer, homofile eller innvandrere, vil det også bli vanskelig å gi god pleie til hiv-positive pasienter som tilhører en av disse gruppene. For å kunne gi god sykepleie mener jeg det er viktig at sykepleieren føler seg trygg i møte med pasienten. Kunnskap om hiv kan bidra til at sykepleieren er mindre redd for smitte og vet hvilke forhåndsregler hun skal ta, men kunnskap er også med på å forme holdningene til sykepleieren. Har sykepleieren kunnskaper om de enkelte pasientgruppens levekår, er det lettere å sette seg inn i pasientens situasjon og føle mer empati for han. Å søke kunnskap for å arbeide med og bearbeide egne holdninger anbefaler også Almås (2001). Når Travelbee (2001) snakker om menneske-til-menneske-forholdet, sier hun at sykepleieren må greie å akseptere at den syke er forskjellig fra henne for å kunne etablere dette forholdet. Hun mener sykepleieren bør se inn i seg selv og finne ut hvorfor den sykes atferd truer henne så hun fordømmer vedkommende.

I følge Mandal, Nuland og Grønningsæter (2008) opplever homofile å bli dobbeltstigmatisert. Det vil si at de møter fordommer basert både på hiv-status og seksuell legning. Røndahl, Innala og Carlsson (2003) har forsket på holdninger til hiv-positiv vs. homofile hiv-positive, og mener årsaken til smitte påvirker pleierens holdninger til den enkelte pasient. Også denne studien hevder at homofile hiv-positive risikerer å bli dobbeltstigmatisert. Forfatteren trekker frem faren for at nye studenter som har lite kunnskaper om og negative holdninger til emnet risikerer å bli opplært av sykepleiere med de samme negative holdningene. Jeg vil trekke inn et utsagn fra en den svenske studien, skrevet av en sykepleier.

”I really try to care for these patients but when they are returning for hospital care time after time and you know they still live their homosexual life and so on. You

don't want to care for them and I don't pity them" (Röndahl, Innala og Carlsson 2003, 459).

I en tid preget av mye innvandring, kommer sykepleieren i kontakt med pasienter fra land med høy forekomst av hiv. Personer som er smittet før de kommer til Norge, utgjør en tredjedel av hiv-positive i dette landet (Mandal, Nuland og Grønningsæter, 2008). Denne gruppen er ekstra sårbar i møte med sykepleieren fordi de gjerne har et annet språk og er i en helt ny situasjon og har ekstra behov for informasjon om helse. I Oslo har man et senter kalt Aksept, for mennesker som lever med hiv/aids, hvor man kan møte andre i samme situasjon. Aksept har siden 2006 hatt et prosjekt, "Masker", som driver opplysningsarbeid rettet spesielt mot hiv-positive afrikanere. Prosjektet går i praksis ut på å kurse kompetansepersoner slik at de kan lede andre i hjelp til selvhjelp (www.fhi.no lest 16.04.2009). Dette kan være aktuelt for helsesøstre, og sykepleiere. I Fafo-rapporten fra 2008 blir møtet mellom det danske helsevesenet hiv-positive fra etniske minoritetsgrupper diskutert. Det viser at sykepleierne ofte opplever at det er vanskelig å komme inn på livet til disse pasientene. En årsak til dette som trekkes frem, er at reaksjonene på hiv er annerledes i disse gruppene sammenlignet med reaksjonene sykepleierne er kjent med fra andre pasienter. Det kommer også frem at pasientene selv synes det er vanskelig å vite hva han kan spørre om og hvem han kan spørre (Mandal, Nuland og Grønningsæter, 2008). Mandal, Nuland og Grønningsæter (2008) diskuterer også en EU-undersøkelse fra 2005 av Engelhardt, som har fokusert på hiv-positive rusmisbrukere. Undersøkelsen viste at kontakten mellom rusmisbrukere og helsepersonell ofte er preget av mistillit, at rusmisbrukerne ikke har tillit til helsepersonell, og at helsepersonell ikke har tillit til rusmisbrukerne (Mandal, Nuland og Grønningsæter, 2008).

Jeg har tidligere referert til et utsagn fra en svensk studie hvor en sykepleier forteller at hun har ikke har sympati for homofile hiv-positive pasienter fordi de fortsetter å leve sine "homoseksuelle liv" (Röndahl, Innala og Carlsson, 2003). Velger man å tenke at hiv er selvforskyldt bør man da jobbe mer med opplysningsarbeid og forebygging. Jeg mener det blir feil å si at hiv generelt er selvforskyldt, siden man kan bli smittet på så mange ulike måter. Vi vet for eksempel at det kan bli overført fra mor til barn og at det har forekommet smitte ved blodoverføring på sykehus. Mennesker som lever i langvarige forhold kan også bli smittet om den andre har fått viruset fra et annet sted. Derfor mener jeg det er feil å si at mennesker som lever med hiv har seg selv å takke. Hiv kan ramme alle som utsetter seg for smittefare. Nettopp dette tror jeg også det er viktig å få frem skal man jobbe med å endre folks holdninger

Jeg mener det er viktig at sykepleieren vet at det ikke er gruppetilhørigheten i seg selv om utgjør risikoen, men handlingen en gjør. Likevel mener jeg det er hensiktsmessig at sykepleieren har kjennskap til de ulike pasientgruppene for å kunne vite mer om pasientenes livskår. Hodgson (2006) mener undervisning fra fagpersoner er den mest effektive måten å minske stigmatisering blant helsepersonell. Dette er jeg enig i, undervisning gir sykepleieren mer kunnskap, og det igjen er med på å danne gode holdninger eller endre uønskede holdninger, så hun greier å møte pasienten på en god måte.

6.0 KONKLUSJON

Mennesker med hiv er ikke en pasientgruppe alle sykepleiere på sykehus møter, men hiv er en tilstand som krever kunnskap og gode holdninger hos den enkelte sykepleier. For å føle seg trygg i møte med pasienten og dermed kunne møte han på en god måte, er det viktig at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap. Sykepleierens holdninger vil i stor grad være påvirket av hennes kunnskapsnivå. Når jeg har lest forskningen jeg har brukt i denne oppgaven, ser jeg at mange sykepleiere ønsker mer kunnskap om hiv. Når sykepleieren vet hvilke forhåndsregler som er nødvendige, kan det minske frykten for å bli smittet når hun pleier pasienten, og det kan igjen bidra til gode holdninger. Hiv er ikke lenger et tema som får mye oppmerksomhet, selv om studier viser at helsepersonell har behov for mer informasjon og undervisning om det, for å dempe frykt og hindre stigmatisering.

Sykepleieren må prøve å se forbi bokstavene H I V, og se helheten i mennesket. Hun kan møte et menneske som har det vanskelig og er redd for fremtiden, som har mange tanker. Har sykepleieren gode holdninger og kunnskap nok til å føle seg trygg på pasienten og hans diagnose, kan hun være et medmenneske og møte han på en god måte.

Referanseliste

Bøker:

Andreassen, Gro Tørseth; Hægeland, Arnhild; Wilhelmsen, Inger-Lise. 2001.

Infeksjonssykepleie. I: Almås, Hallbjørg (red.) *Klinisk sykepleie bind 2*. 3. Utg. s. 1071-1120. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Andersen, Bjørg Marit. 2003. *Håndbok I hygiene og smittevern for sykehus*. s. 43-55 Oslo: Ullevål universitetssykehus

*Bradley-Springer, Lucy. 1999. *HIV/AIDS – Nursing care plans*. 2. utg. s.9-10 Englewood: Skidmore-Roth Publishing.

Bunkholdt, Vigdis. 2002. *Psykologi*. 2.ug. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter* 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Flaskerud, Jaquelyn Haak; Ungvarski, Peter J. 1995. *HIV/AIDS: A guide to nursing care*. s. 1-30, 308-339, 389-405 Philadelphia: W.B Saunders Company

*Galt, John. 2008. *Døden ved min side*. s.13-45, 211-233 Oslo: H. Aschehoug & Co.

*Håkonsen, Kjell Magne. 2003. *Innføring i psykologi*. 3 utg. s.223-238 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, Dag; Kjeldsen, Sverre Erik; Ingvaldsen, Baard; Lund, Kristin; Solheim, Kaare. 2001. *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren (red.). 2002. *Generell sykepleie bind 1*. Oslo: Universitetsforlaget

*Tjade, Trygve. 2008. *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer*. 3 utg. s.201-237 Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Travelbee, Joyce. 2001. *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2 utg. Bergen: Bokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Valset, Signe. 2002. Sykepleie og egenomsorg som helsefremmende prosesser. I: Kristoffersen, Nina Jahren (red.). *Generell sykepleie bind 1*, s. 491-558. Oslo: Universitetsforlaget

Ulvik, Bjørg; Hanssen, Tove A. 2001. Livskvalitet, helse, stress og mestring. I: Gjengedal, Eva; Hanestad, Berit Roknes (red.) *Å leve med kronisk sykdom*. s.27-50. Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.

Artikler:

*Chen, Wei-Ti; Starks, Helene; Shiu, Cheng-Shi; Fredriksen-Goldsen, Karen; Simoni, Jane; Zhang, Fujie; Pearson, Cynthia; Zhao, Hongxin. 2007. Chinese HIV-positive patients and their healthcare providers: Contrasting confucian versus western notions of secrecy and support. *Advances in nursing science* 30(4): 329-341

*Hall, Joy; Sutton, Alison. 2002. Non-HIV nurses` knowledge of HIV therapy. *Nursing standards* 16(43): 33-36

*Hodgson, Ian. 2006. Empathy, inclusion and enclaves: the culture of care of people with HIV/AIDS and nursing implications. *Journal of advanced nursing* 55(3): 283-290

*Mandal, Roland; Nuland, Bjørn Richard; Grønningsæter, Arne Backer. 2008. *Fortsatt farlig å kysse? Kunnskaper og holdninger til hiv*. Fafo-rapport 2008:21, s. 56-80

*Rao, Deepa; Pryor, John B; Gaddist, Bambi W; Mayer, Randy. 2006. Stigma, secrecy, and discrimination: Ethnic/racial differences in the concertns of people living with HIV/AIDS. *AIDS behav* 12: 265-271

*Röndahl, Gerd; Innala, Sune; Carlsson, Marianne. 2003. Nursing staff and nursing student`s attitudes towards HIV-infected and homosexual HIV-infected patients in Sweden and the wish to refrain from nursing. *Journal of advanced nursing* 41(5): 454-461

*Välimäki; Maritta; Makkonen, Pekka; Blek-Vehkaluoto, Mari; Mockiene, Vida; Istomina, Natalja; Raid, Ulla; Vänskä, Maj-Lis; Suominen, Tarja. 2008. Willingness to care with patients with HIV/AIDS. *Nursing ethics* 15(5): 586-600

*Åsjø; Birgitta; Langeland, Nina. 2008. Medikamentell resistens vid HIV-infektion. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 22: 2593-2596

Nettsider:

http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedssblad/2004/antiretrovial_behandling.htm (Lest 28.03.2009)

<http://www.fhi.no/dav/1df9c42b81.pdf> (Lest 16.04.2009)

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area_5626&MainArea_5661=5618:0:15,1327:1:0:0:::0:0&MainLeft_5618=5626:72666::1:5624:1:::0:0&Area_5626=5544:72670::1:5628:2:::0:0 (Lest 02.03.2009)

Lov om vern mot smittsomme sykdommer. 2008. Lov av 5. August 1994.

<http://www.lovdato.no> (Lest 27.03.2009)

http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1269848 (Lest 02.03.2009)