

ATT LEVA MED HIV/AIDS I SYDAFRIKA
-en litteraturöversikt
LIVING WITH HIV/AIDS IN SOUTH AFRICA
-A literature review

Examensarbete i omvårdnad 15
högskolepoäng Grundnivå
Höstterminen 2015

Författare: Adolfsson Lisa

SAMMANFATTING

Titel: Att leva med HIV/AIDS i Sydafrika

Författare: Adolfsson, Lisa

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan Skövde

Program/Kurs: Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad G2E, 15hp

Handledare: Åberg, Cecilia

Examinator: Brovall Giovinazzo, Maria

Sidor: 19

Sökord: HIV, Stigma, Sydafrika, Börda, Välbefinnande och Coping

BAKGRUND: Humant Immunbrist Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) är en pandemi som hårdast drabbat utvecklingsländer i världen. I Sydafrika är 6,300 000 HIV/AIDS positiva. Studier visar att människor som lever i fattigdom utsätts för den största risken att bli drabbad av HIV/AIDS, då utbildning och möjligheten till val av livsstil är låg. Skam och stigmatisering drabbar både människan i fråga och dess närstående. **SYFTE:** Syftet med studien är att beskriva Sydafrikanska människor upplevelse av sin livssituation efter en HIV/AIDS diagnos. **METOD:** Litteraturoversikt, åtta artiklar har analyserats för att nå arbetets resultat. **RESULTAT:** Resultatet är uppbyggt under tre huvudteman; Egenupplevt och samhällets skuldbeläggande hos HIV/AIDS-positiva människor, Viktiga faktorer för att uppnå en känsla av hälsa hos HIV/AIDS-positiva människor samt Behov och längtan av stöd från närstående. Resultatet beskriver att den drabbade värderar anonymitet högt för att undvika samhällets stigmatisering. Gott bemötande hos vårdpersonalen visade sig också vara en viktig faktor för välbefinnande hos människan, men även stöd från familj. Stödet från familjen upplevdes dock i vissa fall som svårt att finna. **DISKUSSION:** Stigma som är ett stort problem hos den drabbade skulle kunna minskas med utbildning och spridning av kunskap hos allmänheten. Bemötande som ger människan en känsla av trygghet och ett system som är gynnsamt för individens anonymitet är eftersökt. Detta trots att forskning visar att en öppenhet uppmuntras hos de HIV positiva för att minska stigma. Rädslan är dock för stor för att detta skulle kunna bli aktuellt för många.

ABSTRACT

Title: Living with HIV/AIDS in South Africa

Arthur: Adolfsson, Lisa

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science of Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Åberg, Cecilia

Examiner: Brovall Giovinazzo, Maria

Pages: 19

Keywords: HIV, Stigma, South Africa, Burden, Well-being and Coping

BACKGROUND: Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) is a pandemic disease that is most prevalent in the developing world. South Africa is the country with the highest number of sick with approximately 6,300,000 HIV/AIDS positive people. Previous studies have shown that people living in poverty are exposed to the highest risk of infection. Limited education and few life opportunities contribute significantly to the increased risk faced by people living in poverty. Shame and stigma reduce the likelihood that individuals will be able to access adequate care, related people are also adversely affected by the shame and stigma of an infection. **AIM:** The aim of this study is to describe the experience of a typical South African individual after an HIV/AIDS diagnosis. **METHOD:** The method of this study is a literature review; 8 qualitative articles are used to reach the result. **RESULT:** Three main themes build the result; personal experienced and social guilt within HIV/AIDS positive people, important factors for achieving a sense of good health for HIV/AIDS positive people, need and longing for support from relatives. The result describes the value of anonymity in avoiding the stigmatization of HIV/AIDS positive people in the community. The result also supports the idea that, a welcoming atmosphere created by health care providers gives the individual a feeling of trust and well-being. Finally, the result states that the longing for support from family can be hard to satisfy in many cases. **DISCUSSION:** Stigma is a big issue for HIV/AIDS positive people however, stigma's negative effect can be decreased with the education of the community. A warm welcoming by health care providers is desirable because it gives the individual a feeling of trust and well-being. So is a system that maintains individual anonymity. All though previous studies show that living openly with the disease would help the stigmatizing in general. The fear is too deep-seated at the moment.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
HIV/AIDS	1
Behandling av HIV/AIDS.....	2
HIV/ AIDS i Sydafrika	2
Människan.....	2
Hälsa	3
Lidande och stigmatisering	4
Sjuksköterskans roll	4
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE	5
Urval	5
Datainsamling	6
Analys	6
ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	7
RESULTAT	8
Egenupplevt och samhällets skuldbeläggande hos HIV/AIDS positiva människor	8
Stigmatisering av individen själv och omgivande samhälle.....	8
Att vara smittad ses som ett straff.....	9
Vikten av att få behålla anonymiteten	9
Bemötande en viktig faktor för att finna en känsla av trygghet.....	10
Att bli bemött som människa i mötet med sjukvården	10
Bemötande av samhället	10
Människans upplevelse av hemförhållanden och diskriminering.....	11
Stöd från närstående.....	11
Unga människor upplevelse att leva med hiv	12
Diskriminering i hemmet och närståendes skam	12
DISKUSSION.....	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
Konklusion och kliniska implikationer	18
Slutsats	18
REFERENSLISTA	19

BILAGA 1: Sökhistorik för inhämtande av artiklar

BILAGA 2: Kvalitetsgranskningsmall av Forsberg och Wengström (2013)

BILAGA 3: Kvalitetsbedömning av analyserade artiklar

INLEDNING

Humant immunbrist virus/acquired immuodeficiency syndrome (HIV/AIDS) är en pandemi som hårdast drabbat utvecklingsländer i världen. År 2013 levde 35 miljoner människor i världen med HIV (World Health Organization, 2014). Det land som i störst utsträckning drabbats är Sydafrika med 6,300 000 HIV/AIDS-positiva (WHO, 2015a). Kunskapen om hur man skyddar sig mot viruset finns, problemet är att den inte når ut till de mest utsatta grupperna (WHO, 2015b). Bristen på skolutbildning och kunskap hos befolkningen i sydafrika leder till stigmatisering och särbehandling av den enskilda drabbade individen, vilket resulterar i en negativ påverkan av individens välbefinnande. Även de närstående drabbas av detta och ett lidande inom familjen utvecklas (Boyes & Cluver, 2014). Människor som lever i fattigdom utsätts för den största risken att bli smittade då valmöjligheten av livsstil och arbete begränsas. Mörkhyade kvinnor som lever i fattigdom utsätts för den största risken inom den utsatta gruppen. Här är prostitution- och drogproblematiken utbredd, då möjligheten av skolutbildning är begränsad (Wabiri & Taffa 2013).

Kronisk sjukdom skapar ett lidande hos den enskilda individen, att leva med HIV/AIDS i ett utvecklingsland där stigmatisering och särbehandling förekommer är mycket svårt (Wiklund, 2003 & Boyes & Cluver, 2014). Här har sjuksköterskan en viktig roll för välbefinnandet hos den utsatta gruppen, då sjuksköterskans roll är att främja hälsa genom att introducera bra levnadsvanor. Detta ska i sin tur motverka lidande och ohälsa hos människan (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Sjuksköterskan ska identifiera och förebygga hälsorisker och där behovet finns motivera till en sundare livsstil, stödja människan och närstående och förebygga smitta och smittspridning (Socialstyrelsen, 2005).

BAKGRUND

HIV/AIDS

HIV är ett retrovirus vilket betyder att det lagras i arvs massa och kan inte läka ut, den drabbade är bärare av viruset livet ut. HIV har ett långsamt och latent sjukdomsförlopp. HIV kan delas in i två typer, HIV-1 och HIV-2. HIV-2 är mindre smittsamt och har ett lindrigare förlopp än HIV-1. HIV-2 har funnits i ett begränsat område i Västafrika (Ericsson & Ericsson, 2009) men har nu också påträffats i andra delar av världen (Omobolaji, Cambell-Yesufu & Gandhi, 2011). En HIV-positiv person kan ovetandes bära på viruset i många år innan symtom börjar visas (Ericsson & Ericsson, 2009). Denna inkubationstid kan vara allt ifrån 1 år till 15 år, men ligger i genomsnitt på 10 år. (Lagerqvist, 2014). Smittsamheten är låg, HIV smittar genom blod, sädesvätska, slidsekret, likvor, nervvävnad och eventuellt saliv. Smitta sker genom blodinfusioner, delande av nålar, mor till barn och samlag, HIV sprids under hela infektionen (Ericsson & Ericsson, 2009). Immunförsvaret hos en HIV-positiv person försvagas och personen blir mer mottaglig för infektioner och cancersjukdomar (WHO, 2014). När den HIV-smittade drabbas av följsjukdomar övergår sjukdomen till AIDS (Ericsson & Ericsson, 2009),

vilket är ett samlingsnamn på olika tumörer och infektioner, denna fas sker ofta flera år efter infektionstillfället. Det är kraftigare infektioner, svampinfektioner och parasiter som då drabbar patienten (Lagerqvist, 2014).

Behandling av HIV/AIDS

Idag går det inte bota HIV/AIDS, behandling riktas istället åt att bromsa sjukdomsförloppet, förlänga den tid innan symtom uppstår, symtomlindrande, behandla sekundära infektioner som ofta uppstår och förlänga levnadstiden. För en så god behandling som möjligt ska den påbörjas så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet. Anti-retroviral behandling påbörjas tidigt i förloppet, behandlingen utgår från flertal olika läkemedel som kombineras samt olika behandlingsalternativ varierar för att undvika att viruset utvecklar resistens mot läkemedlen samt för att undvika biverkningar (Ericson & Ericson, 2009). När AIDS har utvecklats är oftast samma behandling som vid HIV effektiv. Det är också viktigt att symtom behandla de infektioner och tumörer som kan ha tillkommit (Lagerqvist, 2014). WHO HIV- testade 118 miljoner människor i 124 låg- och mellaninkomstländer år 2012, i form av kapillär provtagning. Ett enkelt stick i fingret gör det lätt att utföra tester utanför kliniker. På många ställen har man börjat med provtagning i hemmet. Detta genom mobila kliniker som lätt kan ta sig till områden där smittorisken är hög. I slutet av år 2013 levde ca 11,7 miljoner människor i låg- och mellaninkomstländer med anti-retroviral behandling. Behandlingssiffran ökar varje år vilket är bra, men det är fortfarande många som inte får den hjälp som behövs (WHO, 2015).

HIV/ AIDS i Sydafrika

Inväntarantal i Sydafrika år 2013 var 52,776 000 (WHO, 2013), år 2013 levde 6,300 000 människor i Sydafrika med HIV, samma år dog 200,000 människor i AIDS (UNAIDS, 2013). Sydafrika är det land med flest HIV/AIDS- drabbade i världen (WHO, 2015a) och 2012 var AIDS den ledande dödsorsaken i landet (WHO, 2012). WHO (2015b) beskriver sin vision för att minska smittspridningen av HIV i 6 delar. Öka kondom användandet, uppmuntra människor till att regelbundet testa sig, omskärelse av män (som visat sig minska risken med smitta med 60%), sköta användandet av antivirulenta läkemedel som minskar risken för smittspridning med 95%, minska drogmissbruk och minska smitta från mor till barn. Människor som lever i fattigdom befinner sig i riskgrupp för en HIV-infektion. I den utsatta gruppen var mörkhyade kvinnor utsatta för den största risken att bli smittad. Låg skolutbildning och fattigdom gör att livs- och arbetsmöjligheter blir begränsade. Kunskap om HIV samt hur och var provtagning finns är inte känd i samma utsträckning hos den lilla utsatta gruppen vilket ökar risken för smitta (Wabiri & Taffa, 2013).

Människan

Viktigt att komma ihåg är att människor som lever i HIV/AIDS- pandemin, då särskilt den utsatta gruppen, saknar den livsviktiga kunskapen som krävs för att kunna leva med viruset (Wabiri & Taffa, 2013). Människan oberoende av livssituation består av en kropp, själ och ande och ska ses som en helhet. Ingen aspekt av människan är högre än den andre, människan är alltid kropp, själ och ande i ett (Wiklund, 2003). Kroppen är människans

kontakt med yttre världen, kroppen är bärare av själen, anden och ger människan ett levande förhållande till tid. Kroppen är människans fysiska gestalt och ska vårdas därefter (Wiklund, 2003). HIV drabbar människans kropp vilket påverkar människan på många fler plan än bara kroppsligt. En skadad kropp förändrar människans syn och uppfattning av sig själv och omvärlden, människan börjar uppleva världen på ett nytt sätt. Själv är människans förmåga att tänka, känna och fatta beslut. Människan är alltid i samspel med omvärlden, hur människan uppfattar den är beroende av erfarenheter och kunskaper, detta påverkar hur människan uppfattar verkligheten. Allt detta påverkar människans sätt att tänka och vara, människan handlar utifrån erfarenheter och kunskaper, detta gör varje människa unik. Anden ses som människans förmåga att ställa existentiella frågor och reflektera över sin plats i tillvaron på ett unikt sätt. I mötet med sjukdom, lidande eller död ställer människan existentiella frågor. Människan har en inre längtan efter Gud eller en abstrakt annan, detta betyder inte att det andliga behöver vara kopplat till gudstro. Människan söker ständigt en tröst, människan bär med sig en grund till en möjlighet till ett religiöst liv, det religiösa livet kan variera i utseende. Det finns ett samband mellan tro och hälsa, lidande och ohälsa visas som andliga besvär, behov och begär. Lidande skapar ett begär av det andliga, detta kan vara mycket svårt för människan att uttrycka då det är väldigt personligt och intimt (Wiklund, 2003).

Hälsa

Hälsa är centralt i omvårdnaden av en människa, hälsan kan delas upp i två centrala begrepp vilka är hälsa och ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Genom att HIV/AIDS drabbar människans kropp (Ericsson & Ericsson, 2009) och därigenom självuppfattningen, förändras också människans hälsa och välbefinnande (Wiklund, 2003). Eriksson (1984) definierar hälsa som friskhet, sundhet och känslan av välbefinnande. Friskhet beskrivs som människans fysiska hälsa och sundhet som psykisk hälsa. Hälsa kan också beskrivas som tro, hopp och kärlek samt att hälsa är en av människans grundläggande styrkor. Hälsa kan beskrivas som en rörelse, med det menas att människan hela tiden existerar och är aktiv. Rörelsen bestäms av människans behov och begär och kan därefter förändras över tid och omständigheter. Hälsa ser olika ut för olika individer, dock består den av delar som formar en helhet. Hur hälsan upplevs av individen beror på kraften i kropp, själ och ande. Hälsa kan ses som frånvaro av sjukdom då kroppen biologiskt fyller sina funktioner. Hälsa kan också ses som motsats till ohälsa, det sistnämnda begrepp grundar sig i att människan har förmåga att avgöra vad hälsa innebär för den egna personen. Antonovsky (1985) beskriver hälsa och ohälsa som kan uppfattas olika hos olika människor, vilken grad av upplevt välbefinnande. Hälsa kan upplevas vid frånvaro av objektiva tecken på ohälsa men också vid förekomst av objektiva tecken på ohälsa. Det samma gäller ohälsa, graden av upplevd välbefinnande har betydelse vid upplevd hälsa och verklig hälsa. Detta begrepp kallas känslan av sammanhang (KASAM). Mukolo och Wallston (2012) beskriver att det psykiska välbefinnande hos personer med HIV är mycket förknippad med personens förmåga att finna KASAM, en optimistisk syn på livet och tron att man är i stånd att åstadkomma önskade resultat. Earnshaw, Smith, Chaudoir, Amico och Copenhaver (2013) beskriver hälsa och HIV, de finner att HIV stigma har en betydande inverkan på hälsa och välbefinnande hos människan.

Lidande och stigmatisering

Lidandet kränker människans värdighet, och att kränka människans värdighet är att åstadkomma lidande. Genom kränkningen skyddar ofta människan sig genom att inte tala om sitt lidande, speciellt just då hon befinner sig mitt uppe i lidandet. Lidandet skapar ofta en skam över att vara olycklig. Ett samband finns mellan lidande och skuld, alla människor bär på en skuld som grundar sig i olika saker hos olika människor. Upplevelsen av skuld blir till ett lidande i de ögonblick som människan blir medveten om sveket mot sig själv. Skam är en form av lidande och man vill därför skona sin skuld. Att lida innebär att inte fullt ut vara människa, det djupaste begär människan har är begäret av kärlek och bekräftelse. Att inte få eller ge kärlek innebär ett gränslöst lidande hos människan, värdigheten bekräftas genom förmedling av kärlek. Blir inte människan tagen på allvar, får uppleva att ingen räknar med en, kan detta skapa ett outhärdligt lidande. En känsla att inte finnas till för andra människor uppstår och att inte bli tagen på allvar är att bli ifrågasatt för den man är. Att inte vara eller känna sig välkommen skapar också lidande, alla människor vill bli medbjudna och befinna sig i en gemenskap. Ensamhet, att inte få vara med i gemenskapen innebär ett svårt lidande, samtidigt kan lidande skapas då människan inte får vara ensam då det önskas (Eriksson, 1994). Människor som lever med HIV/AIDS lider ofta av fler olika kroniska sjukdomar. Depression är starkt kopplat till kronisk sjukdom, som ökar då människan drabbas av fler kroniska sjukdomar (Balderson, Grothaus, Harrison, McCoy, Mahoney & Catz, 2012). Skam och stigmatisering kring HIV/AIDS är ett stort problem. Familjer som lever med HIV/AIDS i samband med fattigdom löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa än familjer som lever ett liv utan sjukdomen. Dessa problem är svåra att lösa på kort sikt (Boyes & Cluver, 2014).

Sjuksköterskans roll

Respekt ligger som grund i vårdandet av en människa. Mänskliga och kulturella rättigheter, rätten till liv, värdighet och att bli behandlad med respekt är alla viktiga byggstenar i vårdandet av en människa. Vården är inte begränsad av ålder, kön, trosuppfattning, hudfärg, kultur, funktionsnedsättning, sjukdom, politisk åsikt, etisk tillhörighet, social status eller sexuell läggning (International council of nurses, 2014). Sjuksköterskans uppgift är att främja hälsa och genom stöd och hälsofrämjande levnadsvanor motverka ohälsa, lidande och illabefinnande hos patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Sjuksköterskan ska hjälpa patienten att uttrycka sitt lidande på ett sådant sätt att patienten känner tillit att öppet tala om problem. Här finns en svårighet då det ofta inte bara är patienten som tycker det är svårt att prata om lidande, trots att sjuksköterskan dagligen kommer i kontakt med lidande på olika sätt är det för många sjuksköterskor svårt att tala om lidande då ämnet är känsligt för både patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan får ofta lära sig att titta på situationer objektivt för att inte personliga åsikter och värderingar ska påverka vårdandet. Här finns ett problem då sjuksköterskan ofta distanserar sig från patienten och sätter då symtomlindrandet i första hand istället för lidandet. Det finns en risk att helhetsperspektivet av människan försvinner då sjuksköterskan fokuserar på att återställa det biologiska som förfaller vara relativt enkelt att återställa istället för lidandet (Wiklund, 2003).

Sjuksköterskan ska identifiera och förebygga hälsorisker och där behovet finns motivera till en sundare livsstil, stödja patient och närstående samt förebygga smitta och smittspridning (Socialstyrelsen, 2005). Sjukvårdens och sjuksköterskans roll i HIV/AIDS pandemin är främst att förebygga infektion. Säkerheten vid en blodtransfusion i de 34 mest HIV/AIDS drabbade länderna är tyvärr inte 100%, injektioner är ett annat problem där återanvändning av nålar förekommer, här sprids också viruset vidare. Sjukvårdspersonal är också utsatt då hygienrutiner och rutiner kring avfall sviktar i många länder. Att spridning sker i vård-associerade sammanhang är oacceptabelt, det är också något som går att förebygga (WHO, 2004).

PROBLEMFORMULERING

Idag finns mycket forskning kring läkemedel och behandling kring HIV/AIDS dock inget botemedel eller vaccin. Det finns läkemedel som bromsar sjukdomsförloppet och även effektiv symptombehandling. I Sydafrika är HIV/AIDS en av de ledande dödsorsakerna, de mest utsatta i landet är mörkhyade kvinnor med låg skolutbildning. Detta gör att livsstil och arbetsmöjligheterna är begränsade och risken att hamna i en situation där smittorisken för dessa människor är större. Stigmatiseringen kring HIV/AIDS gör problemet än större, utfrysning från samhället, vänner och kanske till och med familj. Skammen att leva med sjukdomen är stor och är svår att leva med. Trots ett liv med en allvarlig kronisk sjukdom kan upplevd hälsa ändå infinna sig hos en människa. Denna litteraturöversikt är av vikt för att ge sjuksköterskan en ökad förståelse för upplevelsen av att leva med HIV/AIDS i ett utvecklingsland.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva sydafrikanska människors upplevelse av sin livssituation efter en HIV/AIDS – diagnos.

METOD

Vald metod är en litteraturöversikt, som genom att göra en sammanställning av tidigare forskning skapas en ny helhet (Friberg, 2012a). Kvalitativ metod avser att granska personers erfarenhet av olika fenomen (Henricson & Billhult, 2012). Metoden valdes i första hand för att skapa en ökad förståelse för något som inte kan mätas (Friberg, 2012a). Dahlborg Lyckhage (2012) beskriver litteraturöversikt som ett bra sätt att beskriva problemområden där människors upplevelse och erfarenheter står i första rummet.

Urval

Urvalet har skett genom att finna artiklar som besvarar arbetets syfte. För att inte få en allt för förlegad information har artiklar från 2010 fram till 2015 valts. Artiklarna utgick från ett Sydafrikanskt perspektiv då detta perspektiv för att möta syftet. Artiklarna var skrivna på engelska, författarna till artiklarna utgick från ett etiskt förhållningsätt, deltagarna i artiklarna var män och kvinnor samt var äldre än 14 år. Åtta artiklar är användes för att nå arbetets resultat. Enligt Friberg (2012) behövs ingen avgränsning till kvalitativa- eller

kvantitativa metoder, dock efterfrågar arbetets syfte upplevelser därför exkluderas kvantitativa studier. Vid sökning av artiklar lästes först titeln, om titel besvarade arbetets syfte lästes därefter artikelns abstrakt och om de kunde ingå lästes artikeln i sin helhet.

Datainsamling

Litteratursökningen har skett genom sökning i CINAHL och Medline (EBSCO). Dessa två databaser kompletterar varandra genom att inrikta sig på hälsa och sjukvård. Nyckelord utformades utefter arbetets syfte, de använda sökorden är HIV, Stigma, South Africa, Well-being, Burden och Coping. Nyckelorden kombinerades med ord som "AND" för att exkludera icke önskade resultat i sökningen. Sökningen genomfördes först genom CINAHL och därefter genom Medline. Inhämtningen av artiklar skedde mellan 150817 och 150909. Linked Full Text användes för att underlätta sökandet och finnet av artiklar. Årtalen på artiklarna var mellan åren 2010 och 2015 för en så verklig bild av dagens situation, sökhistorik för inhämtande av artiklar finns beskrivet i bilaga 1. Artiklarnas titlar lästes och en bedömning gjordes om artikeln besvarade arbetets syfte, därefter lästes artiklarnas abstrakt om titeln var av intresse. Friberg (2012) beskriver denna metod som ett så kallad helikopterperspektiv. Var abstrakten av intresse gjordes en bedömning om artikeln skulle kvalitetsgranskas. Artiklar som inte besvarade arbetets syfte försvann i denna fas av sökandet, även kvantitativa artiklar sållades bort. Sökningen resulterade i 79 lästa abstrakt, utav dessa lästes 26 artiklar. Av dessa 26 artiklar var det åtta som uppfyllde inklusionskriterier och svarade mot syftet. Dessa åtta kvalitetsgranskades enligt Forsberg och Wengström (2013) då denna mall graderar kvalitén av artikeln från låg till hög kvalitet, bilaga 2. Friberg (2012) beskriver kvalitetsgranskning som en viktig del i forskningsprocessen, detta för att få en så hög kvalitet som möjligt. Kvalitetsbedömning av analyserade artiklar beskrivs i bilaga 3.

Analys

Analysarbetet genomfördes i tre steg, helhet, delar och till ny helhet enligt Friberg (2012). Det första steget innefattar att de valda artiklarna noggrant genomlästes flertalet gånger för att kartlägga och förstå innehåll och sammanhang i de utvalda artiklarna. Då arbetet skrevs av en författare var detta steg extra viktigt då det bara fanns en person som tolkade texten och missförstånd ville undvikas.

Nästa steg var att identifiera likheter och olikheter i artiklarnas resultat. Markeringspennor användes för att markera likheter och olikheter i artiklarna, detta för att hålla isär innehållet. För att besvara arbetets syfte fanns alltid frågeställningen nedskrivet på en lapp för att detta inte skulle glömmas bort i arbetet. Människans upplevelse av att leva med HIV/AIDS markerades särskilt då detta var av högsta intresse i arbetets resultat.

I sista steget identifierades likheter och olikheter av artiklarnas resultat som sedan användes för att skapa en ny helhet i arbetets resultat. Kategorier utformades genom likheter och olikheter i artiklarna efter att den nya helheten skapats, som sedan kom att användas i arbetets resultat.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Regeringens proposition 2002/03:50 (2003) beskriver att forskning endast får göras och godkännas om det utförts med respekt för den enskilda människan och människovärdet. Här finns också beskrivet de fyra etiska krav som ska bejakas i forskning. Det grundläggande individskyddskravet kan enligt etikreglerna beskrivas som huvudkrav av forskningen. Dessa fyra krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att författaren bör informera deltagare om deras uppgift i projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande (Vetenskapsrådet, 2002).

Samtyckeskravet innebär att deltagare i en undersökning har rätt att själva bestämma över sitt deltagande. Författaren ska inhämta deltagares samtycke, i vissa fall ska samtycke dessutom inhämtas från vårdnadshavarna, t.ex. om den undersökta är under 15 år och undersökningen är av etiskt känsligt innehåll (Vetenskapsrådet, 2002).

Konfidentialitetskravet innebär att alla medverkande i forskningsprojektet som använder etiskt känsliga uppgifter om enskilda, identifierbara personer ska underteckna en tystnadsplikt gällande sådana uppgifter. Dessa uppgifter skall lagras och dokumenteras på ett sådant sätt att enskilda människor inte kan identifieras av utomstående (Vetenskapsrådet, 2002).

Nyttjandekravet innebär att uppgifter om enskilda, insamlat för forskningsändamål, inte får användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra ickevetenskapliga syften. Personuppgifter insamlat för forskningsändamål får inte användas för beslut och åtgärder som påverkar den enskilde utom då medgivande gets av den medverkande (Vetenskapsrådet, 2002). Artiklarna som användes i arbetet har alla blivit godkända av en etisk nämnd. Dessa krav har bejakats i arbetets kvalitetsbedömning i analysen av artiklarna.

RESULTAT

Tabell 1. Översikt av kategorier och subkategorier.
Ur analysen av datamaterialet framträdde tre kategorier samt åtta underkategorier.
Dessa presenteras nedan i Tabell 1.

Tabell 1. Översikt av kategorier och subkategorier.

Kategori	Egenupplevt och samhällets skuldbeläggande hos HIV/AIDS positiva människor	Bemötande en viktig faktor för att finna en känsla av trygghet	Människans upplevelse av hemförhållanden och diskriminering
Subkategori	Stigmatisering av individen själv och omgivande samhälle	Att bli bemött som människa i mötet med sjukvården	Stöd från närstående
	Att vara smittad ses som ett straff	Bemötande av samhället	Unga människor upplevelse att leva med HIV
	Vikten av att få behålla anonymiteten		Diskriminering i hemmet och närståendes skam

Egenupplevt och samhällets skuldbeläggande hos HIV/AIDS positiva människor

Stigmatisering av individen själv och omgivande samhälle

Stigmatiseringen kring HIV/AIDS tros grundas i att människor har en idé om att HIV är självförvällat som följd av dåliga val i livet och en tro om en odödlig livsstil (Bogart et al, 2013). Stigmatiseringen som finns i samhället finns också bland HIV- smittade själva, detta plågar den drabbade. Den drabbade väljer att inte ta emot behandling för att inte behöva synas på mottagningar för att undvika att bli avslöjad. Tron om att gud har den enda makten att göra HIV/AIDS- positiva människor friska finns samt att det ses som ett straff för synder människan begått. Naturläkemedel används av HIV/AIDS- positiva människor, läkemedlen kommer från traditionella healers som funnits i generationer (Katz et al, 2015). Gilbert och Walker (2010) skriver om rädslan för stigma som har stor påverkan på den drabbade människan. Anonymiteten fungerar som ett skydd mot stigma, många väljer därför att söka sig till kliniker långt bort från hemmet trots att hjälpen finns nära. Större städer som de drabbade inte själva bor i gör det lättare att behålla sin anonymitet, där finns ofta en större tolerans mot HIV. De drabbade upplever sig få ett bättre bemötande av vårdpersonal och känner sig därför mer betydelsefulla.

Trots stigma uppmuntras människor till ett liv där de öppet levet med sjukdomen, detta för att främja en acceptans i samhället för att minska känslan av stigma och den faktiska

stigma som finns. För den enskilda människan är detta ett svårt beslut och det finns mycket att riskera i att leva öppet med sjukdomen. Kritik, utfrysning av familj och samhället, avslutade relationer, arbetslöshet, psykisk och fysisk misshandel och diskriminering är några av de saker som står på spel. Dessa faktorer påverkar patientens önskan att få behålla sin anonymitet gentemot familj, partners, chefer och samhället de lever i. Hemligheten i sig resulterar i en skam hos personen (Gilbert & Walker, 2010). Kvinnor och män ser olika på varför det är viktigt att behålla anonymiteten, män är rädda att förlora jobb och då inte kunna försörja sin familj, deras manlighet står på spel (Fitzgerald, Collumbien & Hosegood, 2010). För kvinnor är rädslan för att bli stämplade för livet, som att det dragit på sig sjukdomen och att det var ett straff för deras synder (Gilbert & Walker, 2010). Manliga som kvinnliga människor tar upp mediciner som ett problem, behandling där medicinerna ändrar utseende och personlighet, alla vill inte ta medicinerna för att de blir tjocka, får en mörkare hy, de blir mörka i själen och får mardrömmar. Människor beskriver att de kände sig friska innan de påbörjade behandling, de menar att behandlingen gjorde dem sjuka, en känsla av tyngd, mentalt försvagade och tankar kring självskadebeteende (Katz et al, 2015).

Att vara smittad ses som ett straff

De drabbade människorna blir ofta behandlade som om de förtjänar att bli smittade, sjukdomen ses som ett straff. Rykten sprids, särskilt då en kvinna är smittad, hennes sätt att leva ifrågasätts och det är hennes fel att hon ”dragit på sig” sjukdomen. Människor som är smittade håller det ofta som en hemlighet. Att hålla en så stor hemlighet och inte kunna leva ett normalt liv leder till att det finns många som är suicidala bland de smittade (Gilbert & Walker, 2010). Kliniker som behandlar HIV/AIDS- patienter behandlar också ofta TBC- patienter, journalsystemet är ofta utformat så att TBC och HIV patienter har olika färg på journaler. Journalsystemets utformning gör det lätt att avgöra vem som är HIV/AIDS- positiv. Vissa mottagningar har särskilda rum som associeras med HIV. Skräck och stigmatiseringen väcks direkt för just detta rum och här undan röjs då också patientens status (Okoror, BeLue, Zungu, Adam & Airhihenbuwa, 2014).

Vikten av att få behålla anonymiteten

Skräcken att bli avslöjad på kliniker nära hemmet leder till att människor ständigt lever med sin hemlighet. Mottagningar är stängda på helger vilket är ett problem för många, helgöppet skulle underlätta vardagen för många drabbade då jobbet inte blir lidande i samma utsträckning. Går människor från jobbet leder det till spekulationer bland medarbetare och även en ekonomisk förlust, vilket är en av anledningarna till varför många drabbade drar sig länge från att uppsöka behandling (Gilbert & Walker, 2010). Unga vuxna som bär på viruset som också går i skolan lever i en värld där de är väldigt utsatta för mobbning och utfrysning, här hade helgöppet också varit en fördel. Unga vuxna märker av stigman precis som en vuxen, genom mobbning i skolan. Trots att många väljer att hålla sin status hemlig finns de ofta spekulationer speciellt om föräldrar också har HIV (Petersen et al, 2010).

Bemötande en viktig faktor för att finna en känsla av trygghet

Att bli bemött som människa i mötet med sjukvården

HIV/AIDS- drabbade människor beskriver bemötande av sjukvården som mycket viktigt, det skapar ett tillit. Upplever människan ett bra bemötande av sjukvården skapas en öppen dialog som är viktig för att sjuksköterskan ska kunna hjälpa människan på ett professionellt sätt. En människa som drabbats av HIV/AIDS har ett ständigt krig mot samhället, familj och även sig själv på grund av stigmatiseringen som finns, då är det särskilt viktigt med ett bra bemötande. Finner människan stöd och tillit hos kliniker sprids detta till fler människor som också söker sig dit. Detta gör att fler söker vård och fler får då behandling och stöd (Okoror, et al, 2014). Petersen et al. (2010) skriver om unga vuxna, unga människor utvecklas ständigt och att bära på en hemlighet så tung som HIV/AIDS är gör människan extra utsatt. Bra stöttning här avgör framtiden för människan, ett tidigt samarbete mellan den enskilda människan och sjukvården leder till en tryggare framtid. Ett dåligt bemötande leder ofta till att människor slutar uppsöka hjälp på den specifika mottagningen, kanske hjälp överhuvudtaget. Människor upplever att en del mottagningar har ett dåligt och respektlöst bemötande, för att ens få en tid hos sjuksköterska eller läkare är patienterna där tidigt på morgonen. Det finns olika mottagningar att välja på, beroende på om personen har möjlighet att betala eller inte. Vården och bemötandet är bättre på en mottagning där de betalar. Problemet är att alla inte har råd att betala, resan kan vara lång och väntan på kliniken kan också vara lång. Har personen inte råd med mat får han/hon också gå hungrig. Det händer att alla människor inte får hjälp, mottagningarna hinner stänga innan alla fått hjälp. Människor får i vissa fall vänta när vårdpersonal tar rast eller socialiserar sig med varandra. Jobb blir lidande då patienten måste ta ledigt från jobbet och det resulterar i att en dags lön försvinner. Detta går att lösa om patienten går till en lokal mottagning men här finns då risken att bli igenkänd och då är ryktet ute (Okoror et al, 2014).

Okoror et al (2014) finner att alla människor inte alltid blir HIV- testade för att bli diagnostiserad, utan blir diagnostiserade efter symtom. I ett land som Sydafrika där HIV siffran är bland den högsta i världen kan detta förekomma, för den enskilda kan detta vara kränkande då de inte känner sig som en jämlike. Detta är beroende på tillgång till laboratorium tillgångar. Människor tar också upp vikten av väntrum på mottagningar som en viktig faktor för att människan ska känna sig respekterad och betydelsefull. Chansen till hjälp då de verkligen behöver hjälpen och inte behöver vänta i timmar eller kanske till och med bli utkastad, ett väntrum där de slipper frysa, att få sitta i ett väntrum tillsammans med andra och inte bli särbehandlade på grund av sin diagnos beskrivs tydligt som viktigt för en positiv upplevelse hos människan (a.a.).

Bemötande av samhället

Förnekelse är bland det första människan upplever efter en diagnostisering. Den drabbade drar sig undan, de lider i tystnad och ensamhet. Möta andra HIV- positiva människor på mottagningar gör att människor drar sig från att söka hjälp då de är rädda för skvaller och stigma. Vårdpersonal jobbar hårt för att människor inte ska fastna i sin egen stigmatisering och istället komma till mottagningar och få rätt medicinering för att stoppa förloppet i tid (Bogart et al, 2013). Bearbetning av HIV-beskedet tar sin tid och är en anledning till att

många väntar med behandling. Bristande behandling slutar ofta med att patienter blir "tvingade" till att avslöja sin status i ett senare skede i sjukdomsförloppet då de är så dåliga att de måste få hjälp och behandling (Gilbert & Walker, 2010). HIV/AIDS-positiva människor beskriver en särbehandling från människor med andra sjukdomar, ett exempel är TBC-patienter. HIV/AIDS-drabbade människor upplever mindre respekt än vad en TBC-patient får som ofta söker sig till samma kliniker (Okoror et al, 2014). Sjukvården har också uppmärksammat problemet med att HIV/AIDS-positiva människor lever ett liv med ett ständigt dömande och granskande av samhället. Till skillnad från andra kroniska sjukdomar som till exempel cancer där människor inte blir ständigt granskade och dömda på grund av sin sjukdom. En HIV/AIDS-positiv människa får mindre stöttning än vad cancerdrabbade människor får just för att sjukdomen ses som något människan själv är ansvarig för att ha "dragit på sig" (Bogart et al, 2013)

Människans upplevelse av hemförhållanden och diskriminering

Stöd från närstående

Sökandet av stöd hos familj och partners blir stort efter diagnostisering. För att få stötning krävs det dock att personen måste "avslöja sin hemlighet" och tala öppet om HIV/AIDS-diagnosen för en eller flera personer i familjen. På grund av rädslan av utfrysning och i vissa fall till och med misshandel kan detta ta lång tid. Det kan ta flera år för de drabbade att öppna sig för någon trots längtan efter stöd. Det kan ta så lång tid att den drabbade hinner bli försämrad i sin sjukdom vilket leder till att de blir tvingade att berätta för familj och närstående. Många människor beskriver att familjens stöd är det som önskas allra mest (Maman, van Rooyen & Groves, 2014). I en familjekonstellation har mannen i regel en uppfattning om vad som är manligt, så som att försörja sin familj. För män är det också viktigt att göra sina fäder stolta. Det gör det viktigt för män att anonymiteten hålls för att få behålla jobbet så länge som möjligt. När sjukdomen blir så påtaglig att de inte längre kan sköta sitt jobb och heller inte sin familj blir de ofta påmind av sina fäder hur misslyckade de är. Till skillnad från kvinnor i denna studie var män mer psykiskt instabila, deras humör kunde variera kraftigt, kunde pendla från humor till osäkerhet och en känsla av misslyckande (Fitzgerald, Collumbien & Hosegood, 2010). Gilbert och Walker (2010) beskriver att människor blir behandlade av familj och närstående är direkt avgörande för hur deras livsvärld kommer formas och graden av välbefinnande i framtiden. Stöd från familj ger en känsla hos den drabbade som beskriver att de faktiskt är en människa som alla andra och detta ger ett skydd mot självstigmatisering. För att finna en mening med livet väljer många att leva för någon annan, hjälpa andra eller leva för sina barn (Katz et al, 2015). Gilbert och Walker (2010) beskriver positiva följder med att avslöja HIV/AIDS-diagnosen. Familjemedlemmar, partners och chefer kan vara stöttande och hjälpa den drabbade med behandling. Genom att öppet leva med sjukdomen kan smitta också minskas, med rätt behandling kan en HIV-positiv förälder få HIV-negativa barn. Detta kräver dock en försiktighet, en medvetenhet hos båda föräldrar och ett samarbete med vården för att det ska fungera.

Många drabbade väljer att vända sig till en syster eller faster då de först berättar för någon. En känsla av lättnad och frihet infinner sig efter att de öppet talat om HIV/AIDS, människor berättar hur de efter de öppet talat om diagnosen kan leva ett normalt liv, inget att gömma, ett positivt liv med sin positiva diagnos. Många finner stöttning hos den person

de berättat för, många väljer att inte berätta för alla i familjen då de känner att inte alla kan hantera verkligheten som den är (Maman, van Rooyen & Groves, 2014). Trots att många känner en lättnad och stöttning känner många en oro att försämra välbefinnandet hos familjemedlemmar om de skulle öppna sig och berätta om HIV/AIDS- diagnosen. Därför håller ofta många diagnosen hemlig eller till en eller ett fåtal familjemedlemmar. Familj framstår som tryggheten i den drabbades tillvaro och där det är viktigast att finna acceptans, stöttning och positivitet är det bästa botemedlet mot känslan av stigma hos den enskilda människan. Det är givetvis svårt för den drabbade att veta om familjen kommer vara stöttande eller inte, människor beskriver båda sidor där de är glada att de berättar och att de ångrar att de en gång berättat (Gilbert & Walker, 2010).

En öppen dialog med partners är svårare och kommer ofta i ett senare skede än att berätta för en familjemedlem. Här fanns rädslan att bli lämnad, anklagad, att deras "hemlighet" skulle komma ut och psykiskt och fysiskt misshandlad av partnern. Av de som berättat för deras partner var reaktionen ofta negativ, tanken att det kanske hade varit bättre att inte berätta alls fanns där då patienten blivit anklagad (Maman, van Rooyen & Groves, 2014). I Gilbert och Walker (2010) berättar människor om skräcken att leva ett öppet liv med HIV/AIDS- diagnos. Människor beskriver om hot att bli mördad av partnern, hot som inte bara riktas mot dem utan också mot deras gemensamma barn om de visar sig vara HIV-positiva.

Unga människor upplevelse att leva med hiv

Petersen et al. (2010) skriver om ungdomar och deras upplevelse att leva ett HIV- positivt liv. Ungdomar har mycket tankar om framtiden och kärlek, detta kompliceras än mer vid en HIV- diagnos. En del minns inte diagnostiseringen då de var små, medan andra beskriver känslan då de först blev diagnostiserade, de minns det som psykiskt påfrestande, ensamhet och svårt att acceptera. En okunskap beskrivs som ett oromoment, okunskap om sjukdomen och vad den innebär. Många har förlorat en eller båda föräldrarna i HIV/AIDS och de vet att man dör, detta skapar givetvis ångest. Ungdomarna bor ofta hos släktingar där graden av stöd varierar, som ung vuxen är det extra viktigt att få ett bra stöd och tillit till vuxna. Det finns ungdomar som inte får de stöd de önskar från hemmet, detta gör det mycket svårare att leva med diagnosen, depression blir en följd, stänger in sig i huset och går inte ut för att undvika stigma, tankar på döden och att de vore bättre att vara död finns hos dessa ungdomar. Det finns också ungdomar finner stöttning och känner sig älskade vilket gör att de ser ganska ljust på deras livsvärld. Då kunskap och stöttning ges på rätt nivå får ungdomen också en helt ny förståelse för sjukdomen. Genom regelbundna läkarbesök och en välskött medicinering kan ett så normalt liv som möjligt uppnås, en förtidig död behöver alltså inte hända.

Diskriminering i hemmet och närståendes skam

Thupayagle-Tshweneagae och Benedict (2011) skriver om skammen som inte bara finns hos de som är drabbade av HIV/AIDS personligen, skammen kan drabba barnen till HIV/AIDS- positiva föräldrar, de döljer orsaken till deras föräldrars sjukdom eller död. Sorgen blir svårare att bearbeta då det hålls hemligt, stigmatiseringen är så stor att det är svårt att öppet prata om vad familjen drabbats av. Barnen hittar på andra orsaker istället för att berätta sanningen om sina föräldrar som tagit sitt liv eller gått bort. En ständig kamp att minnas deras föräldrar samtidigt som kampen mot stigma alltid fanns där, gör att psykisk-

ohälsa är vanligt hos många. Bogart et al. (2013) beskriver stigmatisering som också finns i familjen som leder till ett lidande. Drabbade människor blir utsatta för diskriminering överallt, svårast att komma undan är dock i hemmet där de kanske inte blir tillåtna att använda samma toalett eller andra tillhörigheter till hemmet, familjemedlemmar vill inte äta maten som är tillagad av den HIV- positiva.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva den sydafrikanska patients upplevelse av sin livssituation efter en HIV/AIDS- diagnos har en litteraturöversikt genomförts. Friberg (2012) beskriver en litteraturöversikt som en nyskapande översikt av kunskapsläget inom ett visst omvårdnadsrelaterat forskningsområde, eller ett problem inom sjuksköterskans kompetensområde. Valet av artiklar till resultat i denna litteraturöversikt var åtta kvalitativa artiklar då innehållet är mer beskrivande av människans verkliga känslor, upplevelser samt förväntningar än en kvantitativ studie (a.a). Åtta artiklar valdes ut för att skapa en ny översikt av kunskapsläget. I studiens startskede var tanken att en intervjustudie i Sydafrika skulle göras men av olika skäl blev detta inte av.

Tillförlitlighet innebär att författarna på ett kritiskt sätt granskar hur tidigare erfarenheter inom ämnet skulle kunna påverka arbetets resultat (Wallgren och Henricson, 2012). Med tanke på detta fanns en viss förförståelse kring människans upplevelse som många visade sig stämma med arbetets resultat. Dock har författaren inte avsiktligt tagit med detta i resultatet, förförståelsen var att det finns många svårigheter att leva med HIV/AIDS vilket resultatet också visar. Det är betydelsefullt att reflektera och diskutera studiens möjlighet till överförbarhet och generaliserbarhet. Genom att författare beskriver detta som en reflektion kring hur studiens resultat skulle kunna överföras till andra kontexter eller situationer (Henricson, 2012). Artiklarna som ligger till grund för arbetet är alla utifrån ett sydafrikanskt perspektiv då detta besvarar studiens syfte. Dock tror författaren att resultatet är överförbart till andra länder då stigma finns runt om i hela världen. De artiklar som ligger till grund för arbetet grundar sig på människor som befinner sig på olika plattser så som på kliniker och i det sydafrikanska samhället vilket leder till att överförbarheten och generaliserbarheten kan överföras till likgiltiga plattser och samhällen dock är alla länder unika och likaså kulturer unika och detta måste också reflekteras över. Författaren reflekterar också över att den svenska sjuksköterskan, sydafrikanska sjuksköterskan samt andra sjuksköterskor i världen troligtvis inte har lika utbildning vilket också påverkar överförbarheten och generaliserbarheten.

Nackdelar med litteraturöversikt kan vara att begränsad mängd forskning ligger till grund för studien, författaren kan också gjort ett selektivt val av artiklar till studien. En fördel med att göra en litteraturöversikt är att ny kunskap i ämnet kan identifieras genom redan befintlig sammanställd kunskap (Friberg, 2012a). Grundprincipen är att analysera texterna för att få en helhet av de vetenskapliga artiklarna, ta delar ur dessa och sedan bilda en ny helhet till resultatet (Friberg, 2012b). Då det var svårt att finna artiklar som besvarade syftet och uppfyllde kriterierna är åtta antalet som valts ut och kan ses som få och kan vara betydande för resultatets trovärdighet. Valda artiklar till denna studie är kritiskt granskade för att ett rättvist resultat skulle framställas, detta för att öka tillförlitligheten i arbetet. Trots detta upplevs det som att resultaten i uppsatsen stämmer bra med annan forskning kring att stigma, stöd från närstående och bemötande är av stor betydelse vilket ökar tillförlitligheten ytterligare. För att välja ut de vetenskapliga artiklarna fanns kriterier för att inkluderas. Artiklarna skulle utgå från ett patientperspektiv då detta är intressant för att besvara syftet. Två av de åtta artiklarna utgår från anhörigperspektiv. Dessa valdes att ingå

trots att de inte uppfyllde kriterierna för att inkluderas då anhörigas upplevelser har stor betydelse för patienten och deras välbefinnande. Medverkande skulle vara män och kvinnor över 14 år, just 14 år var valt då många artiklar inkluderade unga vuxna och dessa var 14 år som yngst. Artiklar var valda mellan åren 2010 och 2015 för att få en så verklig bild av situationen så som den ser ut idag, detta ökar även studiens trovärdighet som en spegling av dagens verklighet. Geografiskt skulle artiklarnas medverkande vara sydafrikaner då syftet vänder sig just mot Sydafrika. Grunden till valet av land ligger i att Sydafrika är de land som är störst drabbat av HIV/AIDS i världen. Alla artiklar har någon form av etiskt resonemang då detta var ett kriterium för att inkluderas.

Sökorden valdes ut efter relevans till syftet, sökorden ändrades efter hand då bättre sökord med fler träffar hittades. Artiklarnas rubriker lästes och var de av relevans valdes de ut för vidare granskning, åtta artiklar valdes slutligen ut. Sökhistorik sparades tillsammans med artikelfilen på datorn och lades i olika mappar beroende på vilken sökmotor träffen fanns. Kvalitetssäkringen gjordes enligt Forsberg och Wengström (2013) se bilaga 2. Detta gjorde studien mer trovärdig då enbart de artiklar vilka ansågs vara av hög kvalitet inkluderades i arbetet.

Då artiklarna var på Engelska kan validiteten till viss del ifrågasättas då översättning kan i viss grad förvränga arbetets innebörd. Dock ser inte författaren en stor svårighet med engelska i sig utan snarare läsförståelse samt tog analysdelen en del tid att utföra. Då de i vissa fall var svårt att förstå innebörden i texten spenderade författaren mycket tid att översätta och läsa artiklarna flertalet gånger för att minska missförstånd.

Resultatdiskussion

Av resultatet framkommer faktorer som påverkar människans välbefinnande och upplevelse av hälsa. Familjen samt ett bra bemötande av samhället och sjukvården är de faktorer som är av största vikt för att uppnå en känsla av välbefinnande hos den drabbade människan. Stigma och särbehandling är de faktorer som påverkar den drabbade människan negativt, därför ses anonymiteten som avgörande för att kunna leva ett liv utan stigma och särbehandling.

Litteraturoversikten visar att leva med HIV/AIDS som är en kronisk sjukdom ofta leder till lidande och depression vilket är starkt kopplat till kronisk sjukdom. Att leva med en kronisk sjukdom är svårt, långtidsbehandling och stigma gör det svårt att leva de liv personen önskar. Selman et al, (2011) styrker resultatet i uppsatsen och beskriver att människor drabbade av HIV/AIDS har ett lägre välbefinnande än människor drabbade av cancer eller annan palliativ sjukdom (a.a). Trots kronisk sjukdom kan HIV/AIDS-drabbade finna en känsla av hälsa och välbefinnande, detta har ett starkt samband med personens förmåga att hantera sin livssituation. Detta främst genom att finna en känsla av sammanhang, optimism, sjukdomsinsikt samt en stark vilja. Hälsa kan upplevas trots kronisk sjukdom, detta beror på människans förmåga att uppleva välbefinnande och mening med livet. Detta styrker Antonovsky (1985) genom KASAM, en känsla av sammanhang, och menar att människan söker efter ett liv med meningsfullhet. Eriksson (1984) styrker upplevelsen av hälsa som är beroende av den yttre värden, det sociala och kulturella samt den kognitiv och emotionell förmåga att hantera svårigheter. Människans livsvärld är individuell och var och en har en individuell uppfattning av vad som ger just henne/honom

en känsla av välbefinnande (a.a). Resultatet i denna uppsats visar att den drabbade människan upplever en längtan efter att bli behandlad som en jämnlige utan stigma och lidande. Detta tros kunna upplevas då drabbade människor öppet börjar leva med sin sjukdom, en öppen diskussion med en mer öppen livsstil tros alltså kunna minska stigma. Många drabbade beskriver en känsla av lättnad och välbefinnande då de funnit tillit hos en närstående som de öppet kan tala med. Tomita et al (2014) styrker detta resultatet genom att beskriva att bra förhållanden med närstående ökar välbefinnandet hos den drabbade, regelbunden anti-retroviral behandling bidrar också människan positivt. Uppsatsen visar dock att det finns en rädsla för att bli psykiskt och fysiskt misshandlad som förekommer hos de drabbade människorna vilket resulterar i att många väljer att vara anonyma. Selman et al, (2011) styrker resultatet genom att beskriva att människors emotionella behov ses som lika viktigt som att bemöta människans behov av symtomlindring. Resultatet i uppsatsen beskriver också den längtan efter stöttning av familj och närstående, rädslan för konsekvenserna som medförs av att berätta för familjen är stor, rädsla för utfrysning. Detta är ofta avgörande och leder många gånger till att de drabbade inte öppnar upp sig för familjen. De som dock öppnar sig för familj finner en känsla av stöttning samt trygghet hos den närstående som den drabbade personen öppnar sig för. Trots detta väljer många att inte öppna sig för hela familjen då de upplever att alla inte skulle kunna hantera verkligheten som den är. Människor söker efter en mening med livet, många patienter finner den i att leva för någon annan, hjälpa andra eller för sina barn. Ware et al, (2014) styrker detta resultat genom att beskriva vikten av familj och närstående och deras stöd för att uppnå välbefinnande. Närstående ses som stöd och som hjälp då de påminner den drabbade om anti-retroviral behandling (a.a). Många människor vänder sig till gud, sjukdomen ses som ett straff från gud och att gud är deras räddare. Wiklund (2003) styrker detta genom att beskriva människan som har ett unikt sätt att reflektera och ställa existentiella frågor, i mötet med lidande ställs många frågor och människan har en inre längtan efter gud eller en abstrakt annan. Detta sätt att reflektera ses som människans ande.

Uppsatsen tydliggör den betydande roll ett bra bemötande av vårdpersonal har hos den drabbade. Den ständiga stigma som finns i samhället leder till att vårdpersonalens bemötande av de HIV/AIDS- drabbade är av stor betydelse hos den drabbade. Ett bra och respektfullt bemötande ger den drabbade en trygghet, de finner tillit och återkommer för behandling. Selman et al, (2011) styrker detta genom att beskriva människans längtan efter ett emotionellt bra bemötande. Resultatet i uppsatsen tydliggör att vårdpersonal med bristande bemötande leder till att livsviktig behandling inte blir kontinuerlig hos de drabbade, särskilt på de ställen där anonymiteten inte respekteras på ett så bra sätt som möjligt. De drabbade har valmöjligheten att välja klinik, kvalitén av vården varierar beroende på hur mycket personen är beredd att betala och hur långt personen kan ta sig. Det finns kliniker som använder sig av system som kategoriserar människor beroende på kontaktorsak. Journalsystemen är uppbyggt på ett sätt som gör de lätt för människor att identifiera kontaktorsaken, vilket gör det lätt att identifiera de som är drabbade av HIV/AIDS. Drabbade beskriver också hur de upplever att de inte får hjälp alls av vårdpersonal vilket leder till lidande hos den enskilda. Breuer et al (2014) styrker detta genom att beskriva depression som är vanligt bland de HIV/AIDS- positiva personerna och leder i många fall till alkoholmissbruk. Även Eriksson (1994) styrker resultatet då lidande är kopplat till kränkning och förlorad kontroll som för en HIV/AIDS- positiv person ofta är fallet, kränkningen leder till att människan skyddar sig genom att inte tala om sitt lidande,

speciellt just då hon befinner sig mitt uppe i lidandet. Ensamhet innebär också ett enormt lidande, likaså att inte få vara ensam när det önskas.

Uppsatsens resultat påvisar stigma som ett stort problem bland de drabbade, de blir stämplade och identifierade som HIV/AIDS- positiv, inte som människor. Särbehandling av HIV/AIDS- drabbade människor sker, ett exempel är att cancer drabbade får mer stöttning än HIV/AIDS- drabbade. Detta för att sjukdomen ses som en skam som är självorsakad av individen på grund av dåliga val i livet. Dock är detta inte sant, de mest utsatta grupperna i Sydafrika har själva inte haft så stor möjlighet att påverka sitt val av livsstil. Svarta kvinnor med låg utbildning utsätts för den största risken att bli smittade. Varför dessa är mest utsatta är för att valmöjligheten av arbete och livsstil näst intill är obefintliga. Stigman har minskat genom åren men är fortfarande närvarande. Maughan-Brown och Nyblade (2014) styrker detta genom att beskriva de vanligaste stigma människor har kring HIV/AIDS. Kvinnor tror ofta att de har dem själva att skylla för att bli drabbade genom sex, medan en del män tror att människor medvetet smittar andra med viruset (a.a). Generell utbildning och utformad utbildning som specialiserar sig just på HIV/AIDS minskar stigmatiseringen. Det är inte bara i den allmänna befolkningen stigmatisering finns. Stigma är även ett problem bland HIV/AIDS- sjukvårdare. Stigmatiseringen gör att de ibland väljer att inte tala om för omgivningen vad de jobbar med, samtidigt som många gärna delar med sig av sina erfarenheter för att stoppa stigmatiseringen. Många uppger att omgivningen tror att de är HIV- positiva då de jobbar med just HIV/AIDS. Harber, Roby samt High-George (2011) styrker detta genom att beskriva att en del förlorar närstående då de är rädda att bli smittade, de närstående och allmänheten över lag är inte tillräckligt utbildade och rädslan att själv bli drabbad är stor (a.a). Det finns ett samband mellan stigma och socioekonomi, personer som lever i ett fattigare hushåll löper dubbelt så stor risk för stigmatisering jämfört med ett mindre fattigt hushåll. En person med högre levnadsstandard har ofta en högre skolutbildning än en person med lägre levnadsstandard. Den negativa attityden kring HIV är fortfarande utbredd i den allmänna befolkningen och det är bara en liten del av befolkningen som har en acceptans gentemot HIV- positiva. HIV- positiva personer kan fortfarande inte känna en acceptans i södra Afrika, vilket leder till att de själva inte heller kan finna en inre acceptans (Tsai, 2015). I uppsatsens resultat beskrivs bemötande som en viktig faktor för att människan ska uppleva en känsla av välbefinnande. Eriksson (1984) styrker detta genom att beskriva sjuksköterskans uppgift att se kroppen, själen och anden som söker hjälp som en helhet och inte se till sjukdom och det som är lättast och bekvämast för vården. Resultatet beskriver också sjuksköterskan som också har till uppgift att fånga upp de unga vuxna som är smittade för att ge dem en ljusare syn på sin framtid och också ge dem en trygghet. Utifrån ett sjuksköterskeperspektiv ska inte patientens diagnos eller person avspegla hur patienten blir behandlad. Sjuksköterskans främsta uppgift är att främja patientens hälsa, lindra lidande, förebygga sjukdom och återställa hälsa (ICN, 2014).

Resultatet i uppsatsen avspeglar upplevelsen efter en HIV/AIDS- diagnos, och att stigma, särbehandling och stöttning av familj avgör patientens hälsa. Då alla dessa faktorer är viktiga oberoende vart patienten befinner sig i världen och oberoende av etnicitet är detta resultat relevant inte bara just i Sydafrika utan på många andra håll i världen.

Konklusion och kliniska implikationer

Som tidigare studier visat finns mycket stigma fortfarande kvar kring HIV/AIDS i Sydafrika, vilket är ett stort problem. Detta skulle kunna minskas och kanske till och med förhindras om kunskap och utbildning fanns hos hela samhället om HIV/AIDS. Inte bara stigma och missförstånd skulle kunna minskas med kunskap, men också smittspridningen då kunskapen om hur man skyddar sig mot sjukdomen också skulle bli allt bredare känd. Drabbade människor beskriver dock att ett välbefinnande kan infinna sig då de kan leva ett öppet liv med sjukdomen. De beskriver ett välbefinnande och hur de efter kan leva ett normalt liv då de berättat för någon anhörig. Många bestämmer sig också för att vända det till något bra som att hjälpa andra. Detta bidrar till ett mindre lidande för de drabbade, de finner en mening med livet.

Slutsats

Faktorer som påverkar människans upplevelse efter en HIV/AIDS- diagnos är beroende av graden upplevd välbefinnande och hälsa. Påverkande faktorer är stöd hos anhöriga, ett bra bemötande, stigma och särbehandling. Vikten av anonymitet då den önskas ses som mycket viktigt för den enskilda individen för att undkomma stigma och särbehandling. Vårdpersonal har en viktig roll för upplevelsen av välbefinnandet hos den drabbade människan. Detta genom ett bra bemötande, behålla människans anonymitet samt genom att vara ett bra stöd kunna bidra med en känsla av trygghet. Detta för att lindra lidande och förbättra den enskilda människans livsvärld.

REFERENSLISTA

Antonovsky, A.(1985). *Health, Stress, and Coping*. San Fransisco & London: Jossey-Bass Inc., publisher:1-255

Balderson, B. H., Grothaus, L., Harrison, R. G., McCoy, K., Mahoney, C., & Catz, S. (2013). Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. *AIDS Care*, 25(4), 451-458.

*Bogart, L. M., Chetty, S., Giddy, J., Sypek, A., Sticklor, L., Walensky, R. P., Jeffrey, E. L., Katzj, N., & Bassett, I. V. (2013). Barriers to care among people living with HIV in South Africa: contrasts between patient and healthcare provider perspectives. *AIDS Care*, 25(7), 843-853.

Boyes, M. E., Cluver, L. L. (2014). Relationships Between Familial HIV/AIDS and Symptoms of Anxiety and Depression: The Mediating Effect of Bullying Victimization in a Prospective Sample of South African Children and Adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 1-13.

Breuer, E., Stoloff, K., Myer, L., Seedat, S., Stein, D. J., & Joska, J. A. (2014). The Validity of the Substance Abuse and Mental Illness Symptom Screener (SAMISS) in People Living with HIV/AIDS in Primary HIV Care in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 18(6), 1133-1141.

Casale, M., Wild, L., & Kuo, C. (2013). "They give us hope": HIV-positive caregivers' perspectives on the role of social support for health. *AIDS Care*, 25(10), 1203-1209.

Dahlborg Lyckhage, E (2012) Kunskap, Kunskapsanvändning och utveckling. *Dags för uppsats*. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten Lund: Studentlitteratur AB

Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1785-1795.

Ericson, W. & Ericson, T. (2009). *Klinisk mikrobiologi Infektioner Immunologi Vårdhygien*. Stockholm: Liber AB

Eriksson, K. (1984). *Hälsans idé*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber utbildning.

Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbete*. (s 133-144). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning, i Friberg, F. (red.). S. 105-114. *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

*Fitzgerald, M., Collumbien, M., & Hosegood, V. (2010). "No one can ask me 'Why do you take that stuff?'" : men's experiences of antiretroviral treatment in South Africa. *AIDS Care*, 22(3), 355-360.

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

*Gilbert, L., & Walker, L. (2010). 'My biggest fear was that people would reject me once they knew my status...': stigma as experienced by patients in an HIV/AIDS clinic in Johannesburg, South Africa. *Health & social care in the community*, 18(2), 139-146.

Haber, D. B., Roby, J. L., & High-George, L. D. (2011). Stigma by association: the effects of caring for HIV/AIDS patients in South Africa. *Health & social care in the community*, 19(5), 541-549.

Henricson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I Henricson, M. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.53-66). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från ide till examination inom omvårdnad*. (s. 129-138). Lund: Studentlitteratur

ICN:s *etiska kod för sjuksköterskor*. (2014). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad den 6 maj 2015 från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

*Katz, I. T., Dietrich, J., Tshabalala, G., Essien, T., Rough, K., Wright, A. A., Bangsberg, D. A., Gray, G. E., & Ware, N. C. (2015). Understanding Treatment Refusal Among Adults Presenting for HIV-Testing in Soweto, South Africa: A Qualitative Study. *AIDS and Behavior*, 19(4), 704-714.

Lagerqvist, F. (2014). *Hiv och aids*. 1177 Vårdguiden. Hämtad den 5 maj 2015 från: <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och.rad/Sjukdomar/Hiv-och-aids/>

*Maman, S., van Rooyen, H., & Groves, A. K. (2014). HIV status disclosure to families for social support in South Africa (NIMH Project Accept/HPTN 043). *AIDS Care*, 26(2), 226-232.

Maughan-Brown, B., & Nyblade, L. (2014). Different dimensions of HIV-related stigma may have opposite effects on HIV testing: evidence among young men and women in South Africa. *AIDS and Behavior*, 18(5), 958-965.

Mukolo, A., & Wallston, K. A. (2012). The relationship between positive psychological attributes and psychological well-being in persons with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 16(8), 2374-2381.

Omobolaji T, Campbell-Yesufu., & Rajesh T. (2011). Update on human immunodeficiency virus (HIV)-2 infection. *Clinical infectious diseases*, 52(6), 780-787.

*Okoror, T. A., BeLue, R., Zungu, N., Adam, A. M., & Airhihenbuwa, C. O. (2014). HIV positive women's perceptions of stigma in health care settings in Western Cape, South Africa. *Health care for women international*, 35(1), 27-49.

*Petersen, I., Bhana, A., Myeza, N., Alicea, S., John, S., Holst, H., McKay, M., & Mellins, C. (2010). Psychosocial challenges and protective influences for socio-emotional coping of HIV+ adolescents in South Africa: a qualitative investigation. *AIDS Care*, 22(8), 970-978.

Regeringens proposition 2002/03:50. *Etikprövning av forskning*. (2003). Stockholm. Hämtad 7 maj 2015 från: <http://data.riksdagen.se/fil/867E2804-FFDB-44A6-B55E-B0C6ABC40E92>

Selman, L. E., Higginson, I. J., Agupio, G., Dinat, N., Downing, J., Gwyther, L., Mashao, T., Mmoledi, K., Moll, T., Sebuyira, L. M., Ikin, B., & Harding, R., (2011). Quality of life among patients receiving palliative care in South Africa and Uganda: a multi-centred study. *Health Qual Life Outcomes*, 9(1), 21.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 26 oktober från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 5 oktober från: http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik/publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Tomita, A., Garrett, N., Werner, L., Burns, J. K., Ngcobo, N., Zuma, N., & Karim, S. S. A. (2014). Impact of Antiretroviral Therapy on Health-Related Quality of Life among South African Women in the CAPRISA 002 Acute Infection Study. *AIDS and Behavior*, 18(9), 1801-1807.

*Thupayagale-Tshweneagae, G., & Benedict, S. (2011). The burden of secrecy among South African adolescents orphaned by HIV and AIDS. *Issues in mental health nursing*, 32(6), 355-358.

Tsai, A. C. (2015). Socioeconomic Gradients in Internalized Stigma Among 4,314 Persons with HIV in Sub-Saharan Africa. *AIDS and Behavior*. 19(2), 270-282.

UNAIDS. (2013). *HIV and AIDS estimates (2013)*. Hämtad den 21 april 2015 från: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/southafrica/>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 30 december 2015 från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Wabiri, N., & Taffa, N. (2013). Socio-economic inequality and HIV in South Africa. *BMC public health*, 13(1), 1037.

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.481-495). Lund: Studentlitteratur

Ware, N. C., Pisarski, E. E., Haberer, J. E., Wyatt, M. A., Tumwesigye, E., Baeten, J. M., Celum, C. L., & Bangsberg, D. R. (2014). Lay Social Resources for Support of Adherence to Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention Among Serodiscordant Couples in sub-Saharan Africa: A Qualitative Study. *AIDS and Behavior*. 19:811–820

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Bokförlaget Natur och Kultur: Stockholm

World Health Organization (2014). *HIV/AIDS*. Hämtad den 5 maj 2015 från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>

World Health Organization (2015a). *Number of people (all ages) living with HIV Estimates by country*. Hämtad den 1 september 2015 från: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.620?lang=en>

World Health Organization (2015b). *HIV/AIDS fact sheets*. Hämtad den 22 april 2015 från: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>

World Health Organization (2015c). *HIV testing and counselling*. Hämtad den 18 april 2015 från: <http://www.who.int/hiv/topics/vct/about/en/>

World Health Organization (2004). *Prevention of health care-associated HIV infection*. Hämtad den 6 maj 2015 från: http://www.who.int/bloodsafety/en/Health_Care_HIV_Transmission.pdf?ua=1

World Health Organization (2013). *South Africa*. Hämtad den 21 april 2015 från: <http://www.who.int/countries/zaf/en/>

World Health Organization (2012). *Top 10 causes of death*. Hämtad den 21 april 2015 från: <http://www.who.int/gho/countries/zaf.pdf?ua=1>

BILAGA 1: Sökhistorik för inhämtande av artiklar

Sökord	Databas	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal använda artiklar	Datum	Full Text
Stigma AND HIV AND South Africa	CINAHL	51	51	20	4	1	150817	Full Text
HIV AND Well-being AND South Africa	CINAHL	11	11	7	3	1	150902	Full Text
Living with HIV AND South Africa	CINAHL	62	62	11	2	1	150909	Full Text
Burden AND HIV AND South Africa	CINAHL	28	28	7	1	1	150909	Full Text
HIV in South Africa	CINAHL	133	100	10	2	1	150909	Full Text
HIV AND Well-being AND South Africa	MEDLINE	20	20	14	10	1	150902	Full Text
Coping AND HIV AND South Africa	MEDLINE	14	14	10	4	2	150908	Full Text

BILAGA 2: Kvalitetsgranskningsmall av Forsberg och Wengström (2013)

Fråga	Ja	Nej	Otydligt
A. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?			
B. Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna? Inklusions och exklusionskriterier ska vara beskrivna			
C. Är undersökningsgruppen beskriven och lämplig?			
D. Metod av datainsamling, är fältarbetet tydligt beskrivet?			
E. Är data systematiskt insamlade, finns intervjuguide/studieprotokoll?			
F. Är analys och tolkning av resultatet diskuterade?			
G. Är resultaten trovärdiga? Är källor angivna?			
H. Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskningens trovärdighet)			
I. Är fenomenet konsekvent beskrivet?			
J. Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen			
K. Är teorier och tolkningar som presenterats baserade på insamlade data?			
L. Kan resultatet återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?			
M. Stödjer insamlade data forskningens resultat?			
N. Har resultaten klinisk relevans?			
O. Diskuteras metodologiska brister och risken för bias?			
P. Är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?			
Q. Finns det någon risk för bias?			

Total: 18poäng

0-6poäng= Låg

7-12poäng= Medel

13-18poäng= Hög

BILAGA 3: Kvalitetsbedömning av analyserade artiklar

Författare	Titel och årtal	Tidskrift	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitetsnivå
Bogart, L. M., Chetty, S., Giddy, J., Sypek, A., Sticklor, L., Walensky, R. P., Jeffrey, E. L., Katzj, N., & Bassett, I. V.	Barriers to care among people living with HIV in South Africa: contrasts between patient and healthcare provider perspectives (2013).	AIDS Care.	Identifiera barriären kopplad med vård hos patienter med HIV som inte än går på antivirulent behandling.	Kvalitativ. Medverkande: 11 vårdgivare och 8 fokusgrupper med 41 patienter, 19 män och 22 kvinnor. 4 grupper med bara män och 4 grupper med bara kvinnor. Medverkande var över 18 år.	Resultatet visar att vårdpersonalen och patienter var ense om att stigma var det största upplevda problemet hos ny diagnostiserade patienter. Vårdpersonal uppfattar diskriminering som ett samhällsproblem, vårdpersonal tycker också att patienter behöver ta ansvar för deras hälsa genom att överkomma deras eget stigma och förnekelse, avslöja deras status och identifiera effekterna av socialt stöd. I kontrast kände patienterna att deras problem var diskriminering som de upplevde var utanför deras kontroll, deras focus låg mer i utmaningen av att stoppa stigma.	Hög.
Fitzgerald, M., Collumbien,	“No one can ask me ‘Why	AIDS Care.	Utforskar hur kön formar hälsobeteende,	Kvalitativ. Medverkande:	Resultatet visar att mäns berättelser är komplexa.	Medel.

M., & Hosegood, V.	do you take that stuff?": men's experiences of antiretroviral treatment in South Africa (2010).		vård upplevelser och berättelser om HIV-positiva män med antivirulent behandling i Sydafrika.	22 HIV-positiva kvinnor och 8 HIV-positiva män.	Berättelser om kontroll och coping vid sidan av dåligt självförtroende och skuldkänsla. Förbättring i vården och uppföljningsbehandlingar ledde till en optimistisk framtid men en oro kring att kunna vara mannen i familjen och utföra sitt arbete.	
Gilbert, L., & Walker, L.	'My biggest fear was that people would reject me once they knew my status...': stigma as experienced by patients in an HIV/AIDS clinic in Johannesburg, South Africa (2010).	Health & social care in the community.	Utforska och analysera hur patienter med antivirulent behandling upplever stigma och hur stigma formar deras beteende och förståelse av epidemin.	Kvalitativ. Medverkande: Randomisering av medverkande 44 12 män resten kvinnor 16-59år.	Resultatet visar att rädslan för stigma spelar en stor roll för patienten upplevelse av sjukdomen från det att patienten får veta sin status, rädslan håller i sig genom behandlingen. Relationen med familj och partners blir också påverkad av rädslan och stigma.	Hög.
Katz, I. T., Dietrich, J., Tshabalala, G., Essien, T., Rough, K., Wright, A. A.,	Understanding Treatment Refusal Among Adults Presenting for HIV-Testing in	AIDS and behavior.	Målet med studien var att förstå varför HIV-positiva nekade behandling.	Kvalitativ. Medverkande: 50 utvalda patienter.	Resultatet visar att patienter inte kände sig sjuka, andra faktorer som rädslan för att förlora hälsa och skönhet, stigma associerat med	Hög.

Bangsberg, D. A., Gray, G. E., & Ware, N. C.	Soweto, South Africa: A Qualitative Study (2015).				tillkännagivande, traditionell behandling och religion.	
Maman, S., van Rooyen, H., Groves, A. K.	HIV status disclosure to families for social support in South Africa (NIMH Project Accept/HPTN 043) (2014).	AIDS Care.	Beskriva den Sydafrikanska patientens PLWHA efter avslöjande av HIV status.	Kvalitativ. Medverkande: Randomiserad uttagning. 30 personer intervjuades åldrarna 18 till 32 år.	Resultatet beskriver patienternas upplevelse av PLWHA efter avslöjande av HIV-status för familj. Följder av avslöjandet till familj. Anledning för hemlighets hållande av HIV- status för familj. Mönster och resultat av avslöjande status för partners.	Medel.
Petersen, I., Bhana, A., Myeza, N., Alicea, S., John, S., Holst, H., McKay, M., & Mellins, C.	Psychosocial challenges and protective influences for socio-emotional coping of HIV+ adolescents in South Africa: a qualitative investigation (2010).	AIDS Care.	Bygga förståelse för psykosociala utmaningar och socioekonomisk coping av HIV-positiva unga vuxna.	Kvalitativ. Medverkande: 25 HIV/AIDS-positiva unga vuxna och 15 vårdnadshavare av HIV/AIDS-positiva ungdomar.	esultatet beskriver psykosociala utmaningar hos de unga vuxna som inte bara handlar om deras HIV- diagnos utan att blir föräldralös. Stigma, diskriminering och uppdagande av svårigheter kopplade till att vara HIV/ADS-positiv. För de anhöriga beskrivs ekonomi och stöttning som svårigheter.	Hög.
Thupayagale-	The burden of	Mental health	Beskriva bördan hos	Kvalitativ.	Resultatet beskriver de	Medel.

Tshweneagae, G., & Benedict, S.	secrecy among South African adolescents orphaned by HIV and AIDS (2011).	nursing.	unga vuxna efter att de förlorat sina föräldrar till HIV/AIDS.	Medverkande: Unga vuxna 14 till 18. 15 personer intervjuades.	unga vuxnas upplevelse av livet efter de förlorat sina föräldrar till HIV/AIDS. Fotografierna symboliserar smärtan av att förlora sina föräldrar och stigma kring HIV/AIDS.	
Okoror, T. A., BeLue, R., Zungu, N., Adam, A. M., & Airhihenbuwa, C. O.	HIV positive women's perceptions of stigma in health care settings in Western Cape, South Africa (2014).	Health care for women international.	Utforska det kulturella sammanhang av stigma i hälsovårdinställningar.	Kvalitativ. Medverkande: 51 HIV-positiva Kvinnor mellan 18 och 47 år.	Resultatet beskriver vikten av mötet med sjukvården, anonymiteten som skyddar mot stigma och hur patienten upplever ett avslöjande av sin status.	Hög.