

Att vårda en patient med hiv eller aids

En litteraturöversikt

| | |
|---------------------|--|
| FÖRFATTARE | Julia Andersson Sjögren Daniel Barud |
| PROGRAM/KURS | Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ OM5250, Examensarbete i omvårdnad HT 2014 |
| OMFATTNING | 15 högskolepoäng |
| HANDLEDARE | Iris Härd |
| EXAMINATOR | Åsa Premberg |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

| | |
|----------------------|--|
| Titel (svensk): | Att vårda en patient med hiv eller aids. |
| Titel (engelsk): | Caring for a patient with hiv or aids. |
| Arbetets art: | Självständigt arbete |
| Program: | Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad |
| kursbeteckning: | OM5250 |
| Arbetets omfattning: | 15 Högskolepoäng |
| Sidantal: | 23 sidor exklusive bilagor |
| Författare: | Julia Andersson Sjögren Daniel Barud |
| Handledare: | Iris Härd |
| Examinator: | Åsa Premberg |

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Aids uppmärksammades 1981 när en ny sjukdom upptäcktes i Kalifornien då fem homosexuella män blev smittade av ett okänt virus. Virus angrep immunförsvaret vilket ledde till att parasiter, svampar och virus som annars var ofarliga för människan nu orsakade livshotande infektioner. Först 1996 kom bromsmediciner som drastiskt minskade antalet som drabbades eller dog av aids. Idag lever mellan 30-35 miljoner människor i världen med hiv. Sedan sjukdomen bröt ut har ca 30 miljoner människor dött i aids. Som sjuksköterska är det viktigt att bygga vården på samarbete och med respekt för patienten. Mänskliga rättigheter, värderingar och sedvänjor hos patienter och deras anhöriga är något som måste respekteras.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors attityder och upplevelser av att vårda en patient med hiv eller aids ur ett internationellt perspektiv.

Metod: En litteraturoversikt av elva artiklar. Vid artikelsökningen användes databaserna Cinahl och PubMed. Artiklarna som valdes ut var både kvalitativa och kvantitativa och granskades enligt Fribergs (2012) granskningsmall.

Resultat: Många sjuksköterskor kände en rädsla för att vårda och möta patienter med hiv eller aids, där rädslan för att bli smittad var störst. Rädslan fanns också hos anhöriga till sjuksköterskorna samt hos sjuksköterskestudenter. Okunskapen var också stor bland sjuksköterskor, vilket bidrog till negativa attityder.

Slutsats: Genom utbildning kan sjuksköterskor få en kunskap om hiv och aids. Kunskapen är nödvändig för att utföra en god omvårdnad. Om sjuksköterskan inte respekterar patienten kan det bidra till en sämre vård. Sjuksköterskan har en skyldighet att skapa en miljö där mänskliga rättigheter respekteras.

Nyckelord: HIV, AIDS, Stigmatisering, Attityder, Sjuksköterskor.

Innehåll

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| <i>HISTORIK</i> | 1 |
| <i>UPPKOMST OCH SPRIDNING</i> | 2 |
| <i>PATOGENES</i> | 2 |
| <i>TRANSMISSION</i> | 3 |
| <i>DIAGNOSTIK, SMITTSKYDD OCH BEHANDLING</i> | 3 |
| <i>STIGMATISERING</i> | 4 |
| <i>TEORETISK REFERENSRAM</i> | 5 |
| Personcentrerad vård..... | 5 |
| <i>SJUKSKÖTERS KANS ROLL OCH ANSVAR</i> | 6 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 6 |
| SYFTE | 6 |
| METOD | 7 |
| <i>DATAINSAMLING</i> | 7 |
| <i>URVAL</i> | 7 |
| <i>KVALITETSGRANSKNING OCH DATAANALYS</i> | 8 |
| <i>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</i> | 8 |
| RESLUTAT | 9 |
| <i>RÄDSLÅ FÖR ATT BLI SMITTAD</i> | 9 |
| Personal..... | 9 |
| Studenter | 9 |
| Anhöriga till sjuksköterskorna..... | 10 |
| <i>OKUNSKÅP</i> | 10 |
| <i>ERFARENHET OCH ATTITYD</i> | 11 |
| <i>STIGMATISERING</i> | 12 |
| <i>UPPLEVELSER</i> | 13 |
| Stress & Utmattnings..... | 13 |
| Empati..... | 14 |
| Hjälplöshet | 14 |
| Frustration | 14 |
| DISKUSSION | 15 |
| <i>METODDISKUSSION</i> | 15 |
| <i>RESULTATDISKUSSION</i> | 16 |
| <i>SLUTSÅT</i> | 18 |
| REFERENSER | 19 |
| BILÅGOR | 23 |

INLEDNING

Hiv och aids har sedan 80-talet varit en del av världens hälso- och sjukvård. Rädslan och stigmatiseringen var till en början stor både bland vårdpersonalen och bland allmänheten. Det fanns inga effektiva mediciner, att vara hivpositiv blev en dödsdom. Smittvägarna var ännu inte klarlagda, stolar där smittade patienter suttit sanerades och poliser använde kravallutrustning för att skydda sig när de grep någon som var hivpositiv.

En utveckling har skett sedan sjukdomen först bröt ut, både kunskapsmässigt och läkemedelsmässigt. Läkemedel är nu så effektiva att de flesta som drabbats av hiv kan leva ett normalt liv, och risken för att föra smittan vidare är låg. Trots denna utveckling har vi stött på fördomar både hos sjukvårdspersonal och ute i samhället. Under våra praktikperioder har handledare ifrågasatt ifall vi som studenter verkligen borde utföra vissa medicintekniska moment, exempelvis blodprov, om patienten är hivpositiv. Vi har även varit med om att vårdpersonal använt sig av onödiga skyddsåtgärder när de vårdar patienter med hiv, till exempel dubbla handskar och plastförkläde.

BAKGRUND

HISTORIK

Aids uppmärksammades av världen 1981 då en ny sjukdom visade sig i Kalifornien i USA. Fem unga homosexuella män blev smittade av en ovanlig typ av pneumoni. Denna typ hade tidigare bara setts hos människor med försämrat immunförsvar. I New York och Los Angeles rapporterades det senare samma år flera fall av en typ av hudcancer som bara uppstod hos personer med kraftigt sänkt immunförsvar (Pratt, 2003). Förändringarna påverkade det cellulära immunförsvaret vilket ledde till att parasiter, virus och svampar som var ofarliga för den friska människan, orsakade livshotande infektioner hos den drabbade människan. Det dröjde inte länge innan det upptäcktes att sjukdomen inte bara drabbade homosexuella män; bland de drabbade fanns även personer med intravenöst missbruk, personer med blödarsjuka, personer som fått blodtransfusion, barn samt heterosexuella kvinnor och män från Haiti. Då smittvägarna var detsamma som vid Hepatit- B drog man snabbt slutsatsen om att den nya sjukdomen var ett virus (Håkansson & Sandström, 1994).

I Paris 1983 lyckades ett forskarteam hitta ett okänt retrovirus som misstänktes vara sammankopplat med aids. I USA 1984 hittade en annan forskargrupp också ett okänt retrovirus. Dessa två retrovirus visade sig senare vara identiska, och tillsammans med ett tredje isolerat virus som franska forskare hittat fick det år 1986 det gemensamma namnet hiv (humant immunbrist virus) (Håkansson & Sandström, 1994).

UPPKOMST OCH SPRIDNING

Orsaken till att hiv överfördes till människan har inte kunnat fastställas. Det första dokumenterade fallet av hiv var en hiv-1 infektion hos människor i centrala Afrika 1959. Viruset kom troligtvis från ett ickemänskligt retrovirus som överförts från apor till schimpanser och sedan vidare till människan. Forskare tror att olika sorters apor i tusentals år varit infekterade med virus som liknar hiv men hos apor medför viruset inga symtom och då heller ingen sjukdom. Människor har sedan blivit utsatta för viruset när de dödat aporna och då kommit i kontakt med deras blod (Pratt, 2003). Håkansson & Sandström (1994) menar att det finns flera andra virus som är nära släkt med hiv. Ett av dessa virus finns hos många av de afrikanska aporna och benämns SIV (Simian Immunodeficiency Virus) där simian betyder apa. Vid minst två av smittillfällena har viruset fått spridning och gett upphov till epidemier; hiv-1 samt hiv-2. Hiv-1 liknar i stor utsträckning hiv-2. Det ger liknande symtom som hiv-2 men är mer aggressivt och smittar lättare. Hiv-1 är det som idag benämns som hiv. I Afrika skedde stora förändringar under 1960 och 70-talet både politiskt och ekonomiskt vilket bidrog till att hiv-1 som tidigare varit centrerat vid Victoriasjön fick en större spridning. Viruset spreds främst genom heterosexuella relationer samt som medfödd smitta hos barn.

Några veckor efter rapporterna från Afrika kom det flera rapporter från USA om aidsfall (Pratt, 2003). Hur smittan spred sig från Afrika till USA vet man ännu inte med säkerhet, det kan till exempel ha varit genom turism. När smittan kommit till USA skedde smittspridningen snabbt i de större städerna, främst bland homosexuella män. Från USA spred sig smittan till Europa, där den, som i USA, spreds först mellan homosexuella män (Håkansson & Sandström, 1994). Inom fyra år hade det rapporterats fall av hiv i varje geografisk region i världen. År 2002 levde 42 miljoner med hiv, 5 miljoner var nyligen infekterade och 3.1 miljoner dog av aids.(Pratt, 2003).

PATOGENES

Tidigt i sjukdomsförloppet är det främst makrofager/monocyter och T-celler (vita blodkroppar) som drabbas av viruset. De infekterade makrofager/monocyterna och T-cellerna kan leva länge efter att de infekterats. När viruscellerna avknoppas sig från cellen är det svårt för immunsystemet att identifiera de infekterade cellerna då dess hölje liknar kroppens egna celler. Senare i sjukdomsförloppet är det främst T-hjälparlymfocyter som drabbas. Virusvarianter som drabbar dessa celler replikerar snabbare och åstadkommer celldöd i större utsträckning (Håkansson & Sandström, 1994).

Hiv brukar indelas i tre faser. Den primära infektionen, den asymtomatiska fasen och den symptomatiska sjukdomen även kallad aids. Primär infektion kallas de första månaderna då viruset snabbt börjar kopiera sig själv. Koncentrationen av viruset i blodet är då hög och sprider sig snabbt i kroppen. Kroppens immunförsvar försöker desperat bekämpa viruset men viruset ligger alltid ett steg före. T-hjälparcellerna är essentiella för vårt immunförsvar. De hjälper till att döda virus samt att de alarmerar kroppen om nya infekterade celler. Om immunförsvaret upptäcker viruscellerna kan de döda dessa snabbt och effektivt men ofta kan viruset ligga dolt i

andra celler så att kroppen inte upptäcker det. När viruset väl avslöjat sig själv, sprider och förökar det sig så snabbt att kroppen inte längre orkar stå emot viruset (Pratt, 2003). De flesta får inga symtom under den första fasen, vilket kan medföra att man för smittan vidare till andra. Av de virusdrabbade får ca en tredjedel en akut infektion. Sjukdomsbilden påminner om influensa med symtom som; feber, trötthet, muskelvärk, halsont, huvudvärk, diarré samt illamående och kräkningar. Den akuta fasen varar i ca 1-3 veckor och de flesta drabbade kan stanna hemma under perioden men vissa kan behöva vårdas på sjukhus (Håkansson & Sandström, 1994). Från det tillfälle då personen blir smittad till det tillfälle då personen blir sjuk kan det dröja flera år. Oftast är det inte viruset i sig som man bli sjuk av utan av de infektionssjukdomar som får fäste i kroppen då hiv försvagat immunförsvaret (Folkhälsomyndigheten, 2013).

Efter det akuta stadiet av hivinfektionen går viruset in i den andra fasen som kallas klinisk latens. Latens beskriver en period där viruset är levande och fortfarande utvecklas men personen utvecklar inga symtom. Denna fas kan också kallas den asymptomatiska fasen eller kronisk hivinfektion. Vanligtvis upplever personen inga symtom. Virusets fortsätter dock att långsamt reproducera sig. Utan behandling varar denna fas i snitt tio år, ibland går det dock snabbare. Med en bra behandling kan personen leva i flera årtionden. Under denna symptomfria fas kan viruset fortfarande överföras till andra (Boswell & Fuller, 2003). Sista fasen kallas den symptomatiska fasen eller aids. Aids uppstår när immunförsvaret är kraftigt försvagat. Utan behandling lever en person med aids i ca tre år utan behandling. (Aids.gov,2013).

TRANSMISSION

För att hiv skall kunna sprida sig till sina målceller krävs det en skyddande miljö, vilket begränsar smittspridningen (Håkansson & Sandström, 1994). Hiv finns i blod, slidsekret, sperma och försäts. Virusets kan överföras via blod som vid blodtransfusion, via vaginala, anala och orala samlag samt från den gravida modern till barnet. Virusets kan även spridas till barnet via bröstmjölk. Hiv kan inte överföras via saliv (RFSL, u.å.). Många tror att hiv smittar exempelvis via dörrhandtag, toalettstolar, kramar, smekningar, handslag eller bestick men det stämmer inte. Risken för att bli smittad av ett föremål som varit i kontakt med smittat blod (t.ex. kanyler vid provtagning) är 0.05% (Håkansson & Sandström, 1994). Smittorisken är som störst i början av infektionen. Om patienten behandlas med antiretroviral medicin (ART) och inte har några mätbara virusnivåer i blodet är dock risken för att föra smittan vidare låg (Socialstyrelsen, 2008).

DIAGNOSTIK, SMITTSKYDD OCH BEHANDLING

Redan på 1980-talet ändrades sättet att ta hand om patienter med blodsmitta inom vården då nya försiktighetsåtgärder utvecklades. Fokus lades på att förhindra stickskador, att öka användandet av handskar, skyddsmasker och, ögonskydd samt att i så stor utsträckning som möjligt förhindra kontakt med blod (Pratt, 2003).

Diagnos ställs genom blodprov där antikroppar eller antigener specifika för hiv registreras. Det går även att använda sig av molekylärbiologiska metoder för att påvisa virusets arvsmassa. I Sverige är det enligt smittskyddslagen gratis att testa sig och man har rätt att testa sig anonymt. Hivinfektionen räknas som en allmänfarlig sjukdom och alla nya fall av sjukdomen anmäls till smittskyddsläkaren i landstinget samt till Folkhälsomyndigheten. Om en person testat sig anonymt och det sedan visar sig att svaret är positivt måste personen uppge sin identitet (Folkhälsomyndigheten, 2013). Hiv är även en smittspårningsskyldig sjukdom vilket innebär att patienten är skyldig att medverka vid smittspårningen och förse personalen med så mycket information hen kan om var smittan kan ha kommit ifrån samt om det finns risk att smittan förts vidare (Socialstyrelsen, 2008). Som hiv-positiv har man även informationsplikt, vilket innebär en skyldighet att informera människor om sin smitta om det finns risk för smittoöverföring (SFS 2004:168).

För att kontrollera hur långt gången sjukdomen är tas ett blodprov för att påvisa antalet vita blodkroppar (specifikt t-hjälparceller). Dessa angrips och förstörs när viruset har kommit in i kroppen. Även volymen av virusets RNA kontrolleras för att se hur aktivt viruset är. Behandlingen påbörjas när immunförsvaret är försvagat eller när personen får svåra infektioner. Behandling kan även sättas in om proverna avviker vid de regelbundna kontrollerna, även om symptom ej uppkommit (Hiv-Sverige, 2014). Behandlingen av hiv och aids fick ett genombrott 1996 när den första bromsmedicinen blev tillgänglig, vilket ledde till en minskning av dödligheten samt av antal insjuknande i aids (Bristol-Myers Squibb, 2014). Än idag finns det ingen medicin som kan bota hiv. Dock finns det mediciner som, om de sätts in tidigt i sjukdomsstadiet, kan förhindrar sjukdomsutvecklingen. Utan antiviral behandling insjuknar ca 50 % av de hivpositiva i aids inom tio år (Folkhälsomyndigheten, 2013).

I Sverige finns det ca 20 olika läkemedel mot hiv och aids och man kombinerar dessa för att få så bra effekt som möjligt och med så få bieffekter som möjligt. Användning av enbart ett läkemedel ger inte samma effektivitet och kan leda till resistensutveckling. De olika medicinerna har även olika verkan på olika människor. Eftersom det är ett allvarligt virus söks det ständigt efter nya läkemedel (Hiv Sverige- Riksförbundet för hivpositiva, u.å).

Idag lever det ca 30-35 miljoner människor i världen som har hiv. Över 30 miljoner människor har avlidit i aids. I Sverige lever det idag ca 6500 personer med hiv. Varje år rapporteras ungefär 400-500 nya fall där flertalet är hivsmittade immigranter (Folkhälsomyndigheten, 2013).

STIGMATISERING

Stigmatisering är en term för social stämpling. Det är samhällets reaktion på vad det anser vara ett avvikande beteende (Nationalencyklopedin, 2014). Det finns flera olika anledningar till varför personer med hiv och aids stigmatiseras; hiv är en allvarlig sjukdom som för många fortfarande är starkt förknippad med döden. Virusets överföring sker via sexuell kontakt och via kanyler vid

drogmissbruk vilka båda är föremål för moraliserande värderingar. Vissa av de samhällsgrupper som drabbas av hiv är redan utsatta för fördomar och diskriminering, till exempel homosexuella män, invandrare, samt intravenösa missbrukare. Det finns även en moralisering i sättet personen blivit smittad på. Om personen själv utsatt sig för smitta genom till exempel sex eller intravenöst missbruk så får hen skylla sig själv. Om personen istället blivit smittad genom blodtransfusion eller via modern vid födseln beskrivs personen istället ofta som "oskyldigt smittad" (RFSL, 2014a). Stigmatiseringen av personer med hiv eller aids kan även innebära att det blir svårare att stoppa smittspridningen. Media beskriver ofta hiv- och aidspositiva som brottslingar eller oansvariga. Att förknippas med sjukdomen kan skapa en så stark rädsla hos individen att den till och med kan förneka att den kan ha utsatt sig för smittan. Rädslan för vad samhället skall tycka blir större än rädslan för sjukdomen. Detta kan leda till att människor inte vågar testa sig, vilket kan innebära att smittan sprids vidare. Stigmatiseringen kan också innebära att personer som är smittade isolerar sig från samhället (RFSL, 2014a). Att vara hiv- eller aidspositiv kan också innebära begränsningar av vilka länder man får besöka då vissa länder har inreseförbud för personer som bär på smittan (RFSL, 2014b).

TEORETISK REFERENSRAM

Personcentrerad vård

Att arbeta personcentrerat innebär att man ser till människan istället för till patientens sjukdom. Detta synsätt började ta form under 2000- talets början som en kontrast till den mer patientcentrerade omvårdnaden som dominerade under 1900-talet (Benzein, Hagberg & Saveman, 2014). Att vårda personcentrerat innebär att patienten själv får berätta om sina erfarenheter och förväntningar på vården. Vården utformas sedan utifrån patientens önskemål i den mån det är möjligt. Detta innebär att vården ser olika ut för olika patienter beroende på vilka förväntningar och önskemål som finns. För att det skall vara möjligt att individualisera vården krävs det att det finns en dialog mellan patienten och vårdaren. Om vårdaren inte lyssnar på patientens berättelse utan istället skapar sig en egen bild om vad patienten vill finns det en risk att vårdaren kränker patientens integritet (Snellman, 2014).

Det som patienten berättar om sig själv får inte missbrukas av vårdaren då detta skulle kunna leda till ett objektifierande av patienten. Om patientens berättelse missbrukas kan det innebära att personalen istället objektifierar patienten med ett beteende som tolkats in baserat på berättelsen. Detta kan innebära att patienten inte vill dela med sig av sin berättelse. Som vårdpersonal är det därför viktigt att fundera över sina egna värderingar och fördomar och samtidigt vara medveten om att all information inte nödvändigtvis måste föras vidare till andra (Snellman, 2014).

Vården skiljer sig beroende på om personen är svårt kroniskt sjuk, har en fraktur eller en lätt infektion. Är personen inte svårt sjuk blir hen behandlad snabbt och får sedan åka hem, medan de som är kroniskt sjuka har en livslång relation till vården. När en person vårdas livet ut blir den expert på sin egen sjukdom och ställer andra krav på sjukvårdspersonalen. Personen utsätts också

för mer lidande och befinner sig i en svårare situation med tät uppföljning, vilket kräver mer fokus på bland annat personcentrerad vård. Det finns en risk att patienten känner sig underlägsen i sjukvården. Det är viktigt att som patient vara delaktig i sin behandling och sin vård samt att ha möjlighet att diskutera olika behandlingsalternativ med läkare och sjuksköterskor på en jämlik nivå (Hedman, 2014).

SJUKSKÖTERSANS ROLL OCH ANSVAR

Sjuksköterskan skall arbeta efter en etisk kod som skall gälla i all vård. Här är ett utdrag från den etiska koden:

”Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Behovet av omvårdnad är universellt. I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter, inklusive kulturella rättigheter, rätten till liv och egna val, till värdighet och att bli bemött med respekt. Omvårdnad ska ges respektfullt, oberoende av ålder, hudfärg, tro, kulturell eller etnisk bakgrund, funktionsnedsättning eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politiska åsikter eller social ställning. Sjuksköterskan erbjuder vård till enskilda personer, familjer och allmänheten samt samordnar sitt arbete med andra yrkesgrupper.” (ICN, 2014, s. 3).

Som sjuksköterska har man en skyldighet att vårda patientsäkert. Enligt Sveriges patientsäkerhetslag (2010:659) skall sjuksköterskans arbete grundas på evidens. Sjuksköterskan ska ge sakkunnig, omsorgsfull hälso- och sjukvård samt forma vården i samråd med patienten och visa omtanke och respekt.

PROBLEMFÖRMULERING

Hiv och aids är ett laddat ämne och det finns en tydlig rädsla för och stigmatisering av människor som drabbats av hiv och aids i samhället. Hiv är en obotlig sjukdom som fortfarande sprids i Sverige och i världen. Då bromsmediciner ständigt förbättras har detta lett till att många människor nu kan leva ett relativt normalt liv trots sin sjukdom. Det kommer att bli vanligare för sjuksköterskor att möta patienter med hiv eller aids i fler sammanhang än t.ex. på ett hiv/aids centrum. Människor som har sjukdomen kanske inte söker för den specifikt utan det kan röra sig om allt från sjukskrivningar, frakturer, depression eller något så enkelt som en vaxpropp i örat. Fördomar hos sjuksköterskor kan påverka vården som patienten får. Alla har rätt till lika vård så det är viktigt att sjuksköterskor är medvetna om vilka fördomar som finns samt vilka konsekvenser dessa får för vården.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskors attityder och upplevelser av att vårda en patient med hiv eller aids ur ett internationellt perspektiv.

METOD

Detta arbete är en litteraturöversikt som vill belysa sjuksköterskans attityder och upplevelser av att vårda patienter med hiv och aids. En litteraturöversikt kan användas för att belysa ett problem inom sjuksköterskans kompetensområde, men också för att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett visst område. Litteraturstudier kan också användas som grund vid problemformulering, kritisk granskning och för framtida studier (Friberg, 2012).

DATAINSAMLING

I den inledande informationssökningen skapades en grund för det fortsatta sökningsarbetet. Denna sökning var inte systematisk utan mer experimentell och användes för att få en överblick över området som valts att studera (Östlundh, 2012). Därefter genomfördes den egentliga sökningen som ligger till grund för resultatet. Denna sökning gjordes i Cinahl. Enligt Backman (2008) har Cinahl mycket hälso- och vårdvetenskapliga artiklar vilket passar vårt syfte bra. Därefter användes Pubmed som är en medicinsk referensdatabas (Backman, 2008).

Det primära sökorden var Nurs*, Attitude, Experience, HIV och AIDS. Sökorden valdes utifrån syftet och problemformuleringen. De flesta sökorden är trunkerade för att få ett bredare resultat (Backman, 2008). För att få fram relevanta sökord som stämmer överens med syftet användes svenska Mesh samt Cinahl-headings. Vid sökningen användes de booleska operatorerna AND och OR. Efter några sökningar uppmärksammades att några av de artiklar som var relevanta använde sig av sökordet stigma. Stigma användes därefter för att bredda sökningen. De sökorden som gav bäst träffar i kombination var i Cinahl: Nurs*, Attitude*, Experience och (HIV OR AIDS) som gav 129 träffar och i Pubmed användes även AND Qualitative som sökord och gav då 106 träffar. Ett första urval gjordes på titeln, andra urvalet gjordes på abstractet.

URVAL

När sökningen genomfördes låg det i intresset att både ha med kvantitativa och kvalitativa artiklar. De första sökningarna gjordes i Cinahl och Pubmed med fem år som begränsning samt att artiklarna skulle vara från västvärlden. Sökningen gav inte tillräckligt med resultat. En titel kändes relevant men passade inte syftet. För att få fler träffar ändrades begränsningarna till tio år samt att artiklar från hela världen inkluderades. Sökordet AIDS lades även till. Nya sökningar gjordes därefter i Cinahl. Titlarna i samtliga artiklar lästes igenom och om titeln var intressant för syftet lästes även studiens abstract igenom. Först granskades 23 abstract i Cinahl varav 11 var relevanta. Därefter gjordes sökningar i Pubmed. Där granskades 7 abstract varav 6 var relevanta. Artiklar vars abstract stämde överens med syftet lästes i sin helhet. Totalt lästes 17 artiklar igenom. Av dessa var 5 artiklar relevanta. På grund av det låga antalet relevanta artiklar gjordes ytterligare två sökningar, en i Cinahl och en i Pubmed. I den nya sökningen användes sökorden i olika kombinationer vilket genererade 22 relevanta abstrakt. Av dessa valdes 6 st artiklar ut som passade syftet (se bilaga 2).

Flera av studierna sållades sedan bort på grund av att deras syfte inte helt passade med litteraturstudiens syfte. Exempel: studien handlade om annan vårdpersonal eller fokuserade på okunskap istället för attityder. Slutligen hittades 11 studier som passade till studiens syfte. Två av dessa var kvalitativa, en var både kvalitativ och kvantitativ och de resterande åtta var kvantitativa.

KVALITETSGRANSKNING OCH DATAANALYS

När artiklarna analyserades användes ett granskningsystem enligt Friberg (2012a) för att granska studiernas kvalitet. Artiklarna granskades utifrån ett poängsystem med 13 respektive 14 frågor beroende på om artikeln var kvalitativ eller kvantitativ. Varje fråga som artikeln besvarade gav ett poäng. Artiklar med mindre än 7-8 (beroende på om artikeln var kvantitativ eller kvalitativ) poäng sållades bort. Denna granskning gav en tydligare bild av artikelns kvalitet. En artikelöversikt med de valda artiklarnas författare, publikationsår, land, syfte, titel, metod, antal studiedeltagare, validitet och resultat sammanställdes (se bilaga 3).

När artiklarna sammanfattades användes Fribergs (2012b) mall för sammanfattning av kvalitativa artiklar. Dataanalysen inleddes med att alla artiklar lästes igenom flera gånger för att få en översikt och känsla av vad de handlade om. Därefter lästes varje enskild artikel igenom och dess viktigaste kärna identifierades. Ingen uppdelning gjordes mellan kvalitativa och kvantitativa studier. Varje artikels resultat sammanfattades och diskuterades gemensamt varefter dess resultat delades upp i olika teman. Materialet fördes sedan samman och några av de kategorier som fanns fördes ihop under ett sammanfattade tema med subteman.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Att en artikel är etiskt granskad innebär att deltagarna i studien i största möjliga utsträckning ska skyddas från kränkningar eller skador i samband med sitt medverkande. Även om det är viktigt att skydda individen från kränkning och skada (individuvskyddskravet) kan detta ibland bortses ifrån. Det händer ifall forskningen är viktigt och skadan på individen/individerna ses som obetydlig. Detta för att man ser till den nytta som forskningen kan bidra till i samhället (Gustafsson, Hermerén & Petterson, 2005).

Av de valda artiklarna framkom det att tio av de elva artiklarna hade ett etiskt ställningstagande, d.v.s. de var granskade av en etisk kommitté. Artikeln som ej var etiskt granskad bedömdes dock vara viktig för studien och valdes därför inte bort. I artikeln står det även förklarar att deltagandet var frivilligt och att deltagarna kunde välja att dra sig ur när som helst. Deltagarna försäkrades även om att deras svar skulle hållas konfidentiella.

RESLUTAT

En stor del av sjuksköterskorna kände rädsla för att möta patienter med hiv och aids. Denna rädsla varierade beroende på sjuksköterskans utbildning och erfarenhet. Attityderna till att vårda denna patientgrupp varierade. Vissa sjuksköterskor kände stress och hjälplöshet, men även frustration över att deras profession inte respekterades. Det fanns även de sjuksköterskor som kände empati och medlidande för patienterna där uppskattningen och återkopplingen de fick av patienterna bidrog till en bättre självkänsla.

RÄDSLÅ FÖR ATT BLI SMITTAD

Personal

Generellt sätt kände många sjuksköterskor som jobbade med hiv- eller aidspatienter en rädsla för att bli smittade. I de granskade studierna varierade resultaten beroende på var i världen sjuksköterskorna jobbade, på vilken avdelning de jobbade samt på utbildningsnivån.

I en studie av Hassasn & Wahshehs (2011) vågade inte 84 % (n=922) vårda en patient som har hiv eller aids på grund av rädsla för att bli smittade. En artikel från 2012 visade på samma resultat, dock var resultatet ej signifikant (Akgun Kostak, Unsar, Kurt, & Erol, 2012). I en studie där rädslan för att bli smittad inte beskrivs vara lika stor så en sjuksköterska däremot att det alltid finns en tanke långt bak i huvudet att man kan bli smittad (Smit, 2005).

Sjuksköterskorna på en psykiatrisk avdelning upplevde att vissa patienter med flit exponerade dem för smittan. Att patienterna medvetet försökte sprida smitta genom att placera sjuksköterskorna i riskzonen för sjukdomen. Exempel på detta var att patienterna blev arga och medvetet kastade urin och avföring och försökte bita och spotta på sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna måste då vara extra uppmärksamma och använda fler försiktighetsåtgärder. En av dessa försiktighetsåtgärder var att använda sig av dubbla handskar då kvalitén på handskarna inte alltid var den bästa. Detta var dock inget specifikt för vård av patienter med hiv eller aids utan som regel vid all vård av patienter med blodsmitta. En annan åtgärd var att försöka behandla alla patienter lika, att inte göra skillnad på patienterna med hiv eller aids utan att istället behandla alla patienter som om de bar på en smittsam blodsjukdom (Mullins, 2009).

Studenter

En studie visade på sjuksköterskestudenters rädsla för att vårda patienter med hiv eller aids. Studien menade att studenterna var mer villiga att vårda en patient med hiv eller aids om patienten hade blivit smittad vid födsel eller via sex. Patienter som blivit smittade genom blodtransfusion eller intravenöst missbruk var det inte lika många studenter som var villiga att vårda.

*“I have very bad feelings about the illness, not about people living with hiv and aids”,
“My life is not cheap, I could not take such a risk”, “I’m anxious and afraid of becoming
infected” (Bektaş, & Kulakaç, 2007, s. 891).*

Vissa sjuksköterskestudenter såg aids som ett straff för ett promiskuöst sexliv. De menade att det var personens fel eftersom den ej vidtagit de försiktighetsåtgärder som krävs. *I’m sorry for them but feel angry with some of them also... Because the most common reason for their illness is that they could not overcome their sexual desires (Bektaş, & Kulakaç, 2007, s. 891).*

Anhöriga till sjuksköterskorna

Det fanns även en rädsla hos anhöriga till sjuksköterskor som jobbade med patienter med hiv eller aids.

“He would constantly ask me, ‘Are you making sure that you are protected when you work with patients? How many AIDS-people are in you ward? And so on. He’s sometimes so paranoid about my safety - I know it’s because he loves me, but sometimes he shows so much anxiety that i become stressed out.” (Smit, 2005, s. 25).

Många sjuksköterskor valde att inte berätta för sina anhöriga om vad de egentligen gjorde eller var med om på jobbet. Speciellt höll de tyst om de varit oaktsamma och stuckit sig på en nål som hade kunnat medföra att de blivit smittade (Smit, 2005).

OKUNSKAP

Det fanns en okunskap hos sjuksköterskor relaterat till hiv och aids. I en studie där sjuksköterskor fick svara på enkäter för att mäta deras kunskap om hiv och aids kunde de endast svara på en tredjedel av frågorna. Sjuksköterskorna angav internet som den största källan till deras kunskap om ämnet följt av information från vänner och kollegor (Hassan & Wahsheh, 2011). I en studie från 2007 som involverade studenter hade 18.5 % av de tillfrågade hög kunskap om hiv och aids medan majoriteten (68.8%) hade låg kunskap. Av de tillfrågade svarade 56.4% felaktigt på hur viruset smittar. Ålder, betyg och sexuell erfarenhet ökade kunskapsnivån markant. De studenter som hade en högre kunskapsnivå var mer villiga att vårda en person med hiv eller aids (Bektaş, & Kulakaç, 2007). Flera sjuksköterskor kände att det fanns ett behov av mer utbildning inom hiv och aids både för sjukvårdspersonal och för allmänheten. Många sjuksköterskor i studien vårdade inte patienter med hiv eller aids regelbundet och tyckte därför att det var mycket viktigt att de fick utbildning i ämnet. (Mullins, 2009).

I en studie från 2007 kunde de flesta (70 % av de tillfrågade) tänka sig att vårda en patient med hiv eller aids om de skulle bli tillfrågade, endast ett fåtal skulle vägra detta. Deltagarna fick svara på ett formulär för att testa sin kunskap om hiv och aids. I snitt klarade sjuksköterskorna 62 % av frågorna. Trots detta var deltagarna nöjda med sin kunskap inom ämnet (Oyeyemi, Oyeyemi & Bello, 2006).

ERFARENHET OCH ATTITYD

Attityden till hiv och aids varierar. I en studie visade det sig att två tredjedelar av sjuksköterskorna hade en negativ attityd. Nästan alla hade en negativ attityd mot fysisk kontakt, därefter kom rädslan för att bli smittad, de sociala stigma, utbildningen de fått gällande hiv och aids. Till sist hade ca hälften en negativ attityd mot det allvarliga hälsotillståndet som drabbades av (Hassan & Wahsheh, 2011. Sjuksköterskestudenter som hade barn visade en mer negativ attityd till att vårda hiv och aidspatienter än studenter som inte hade några barn (Suominen, Koponen, Staniulienė, Istomina, Aro, Kisper-Hin & Välimäki, 2009).

Enligt Smit (2005) upplevde majoriteten av sjuksköterskorna inte någon särskild rädsla eller oro när det vårdade patienterna. Detta kan bero på att deltagare i undersökningen hade en grundlig utbildning om aids och hiv vilket enligt Smit (2005) kan ha varit orsaken till att rädslan var liten. Sjuksköterskor som sällan kom i kontakt med hiv var inte så bekymrade över detta då de menade att hiv är mindre vanligt. Istället fanns det en större rädsla för andra smittsamma sjukdomar. Några uttryckte rädslan för MRSA och VRE som större än rädslan för hiv och aids (Mullins, 2009).

Sjuksköterskor som dagligen vårdade hiv- eller aids patienter hade en signifikant mer positiv attityd än de som sällan vårdade dem. Trivsel på arbetsplatsen och empati för patienterna påverkade attityden positivt och bidrog till att sjuksköterskorna ansåg att de var mer tillfredsställda på jobbet (Hamama, Tartakovsky, Eroshima, et al., 2014). I studien av Oyeyemi et al. (2006) framkom det att sjuksköterskors attityder varierade beroende på om de hade någon specialistutbildning och beroende på hur intresserade de var av fortsatt utbildning. Även deras position inom verksamheten samt hur mycket erfarenhet de hade påverkade deras attityd till hiv och aids. Även Akgun Kostak et al. (2012) påvisar att sjuksköterskorna i deras studie hade en mer positiv attityd om de hade en högre utbildning.

Studenter som tidigare vårdat en patient med hiv eller aids eller som kände någon med sjukdomen hade en mer positiv inställning till att vårda dessa patienter. Viljan av att vårda var det som var mest bidragande till en positiv attityd (Suominen et al., 2009). Även äldre studenter samt studenter med mer erfarenhet av att jobba inom vården hade en mer positiv attityd till att vårda människor med hiv eller aids (Välimäki, Makkonen, Mockiene et al., 2010).

En annan studie visade att 4.3% av deltagarna hade en negativ attityd till dessa patienter. I motsats till andra studier visade denna studie att kön, ålder, tidigare utbildning, erfarenhet eller omvårdnadserfarenhet inte hade något signifikant inflytande på attityden (Pickles, King & Belan, 2012).

STIGMATISERING

Enligt Mullins (2009) skiljer sig vården som en patient med hiv eller aids får från den vård andra patienter får. Detta beror på sjukdomens natur och stigmatiseringen som finns kring människor med hiv och aids. Sjuksköterskor som genomgått en formell hiv- och aidsutbildning visade på mindre stigmatisering när det kom till införandet av speciella åtgärder för patienten med hiv eller aids - exempelvis att de smittade skulle vårdas på en speciell avdelning. De testade även patienterna för hiv utan deras vetskap i mindre utsträckning än de som inte genomgått utbildningen (Andrewin & Chien, 2008).

Sekretess och sociala aspekter av hiv/aids uppmärksammades i flera av sjuksköterskornas kommentarer; hinder, stigma, och vikten av beröring och medkänsla i vården av personer med hiv eller aids. Till exempel nämnde flera sjuksköterskor att i de flesta fall inte visste om deras patienter hade hiv. En sjuksköterska nämnde svårigheterna med att vårda en patient med hiv när man bor i ett litet samhälle. Att man på grund av den stigmatiseringen som finns i samhället vill hålla patientens sjukdom dold, vilket kan vara svårt när de vårdas på en flersal. Stigmatiseringen gör att sjuksköterskan inte känner sig bekväm med att diskutera patientens sjukdom då det finns risk att andra patienter lyssnar. Om kännedom om sjukdomen spreds i samhället där patienten bor skulle det kunna få förödande konsekvenser för patienten. En annan sjuksköterska i samma studie berättade att anhöriga var rädda för att sitta nära en patient med hiv, även efter att sjuksköterskan förklarat för dem att viruset inte smittar genom att hålla någons hand. Även bland sjuksköterskorna var stigmatiseringen tydlig. Sjuksköterskor valde ibland att ignorera patienter för att de inte ville vårda någon med hiv (Mullins, 2009).

Det diskuterades hur hivinfektion kan komma från de val en människa gör, men att det också finns oskyldigt hiv-smittade som t.ex. nyfödda och vårdpersonal. En sjuksköterska skrev följande kommentar:

“ . . . Albeit when caring and treating someone who is sick or has a terminal disease it is not for me to judge their hearts. I can only care for them as a nurse, as a fellow human, a fellow sinner, though forgiven; still not perfect and never will be. I am their nurse not their judge.”(Mullins, 2009, s. 315).

En sjuksköterska med 30 års erfarenhet minns sitt första möte med en aidspatient och den djupgående effekten av denna händelse. Händelsen speglar sjukdomsprocessen såväl som den fysiska, sociala och psykologiska aspekterna av hiv/aids.

“I recall my first encounter with a young man . . . who was end-stage. His family had ostracized him and unfortunately so had the health care providers, by and large. They cracked jokes, wouldn't answer his call light, and complained angrily about having to care

for him. I still become weepy considering his plight. He was in the wasting phase and suffering constant diarrhea, too weak to get out of bed. Pneumocystis had supervened as well. Family refused permission for . . . partner to visit. Why . . . had no control over his visitors I never understood because he was about 24 years old. Anyway . . . [he] once asked/remarked “You’re so nice to me!?” in that tone that means “Why are you treating me as if I matter?”(Mullins, 2009, s. 314)

En annan sjuksköterska hade ett liknande första möte med en hivpatient där hen upplevde stigmatisering och avstötning. Patienten hen vårdade var väldigt sjuk och några av de äldre sjuksköterskorna ville ej vårda honom. Patienten kände sig åsidosatt av personalen på grund av sin sjukdom vilket skapade ilska (Mullins, 2009).

UPPLEVELSER

Stress & Utmattnig

Arbetsbördan av att vårda en patient med hiv eller aids kan vara tung (Mullins, 2009). Många sjuksköterskor var kroniskt stressade samt kände sig både fysiskt och mentalt utmattade. De upplevde det som krävande att vårda patienterna. En sjuksköterska i en sydafrikansk studie skrev om en ständig trötthet, att hen var trött både innan, under och efter jobbet. Sjuksköterskan jobbade på en avdelning där många som vårdades var hivpositiva och deras vård krävde mycket tid. Patienterna var så sjuka att sjuksköterskorna var tvungna att borsta deras tänder, tvätta dem, lägga om deras hudinfektionssår och byta deras inkontinensskydd. Sjuksköterskan kände sig ofta för trött för att ens kunna sätta sig ner och dricka en kopp te (Smit, 2005).

“In 1993 I worked primary care with mostly hiv+ patients and their families. It was difficult because I saw many patients die and many of their partners. Each time they came back to the hospital they were worse. I worked full time, 5 days a week (98% hiv+ patients) for 5 years. I was exhausted, emotionally and physically. I transferred to a smaller hospital with more help and a 2% hiv+ population to keep my sanity! The work load was too difficult!! The nurse patient ratio was terrible!!” (Mullins, 2009, s. 314).

Sjuksköterskorna i en studie från 2005 sade att deras arbetsmiljö var en av orsakerna till att de kände jobbrelaterad stress. Det fanns inte tillräckligt med medicinsk utrustning för att kunna göra ett bra jobb. Dessutom blev de ålagda andra arbetsuppgifter som inte ingick i deras yrkeskategori, vilket ledde till en ökad stress. Antalet patienter ökade ständigt medan personalen inte gjorde det. Till sist kände de att de inte fick någon support från sjukhusets chefer. De menade att cheferna inte förstod deras arbetsbörda. Sjuksköterskorna kände att de inte kunde ge

vård av god kvalitet eftersom det inte fanns tillräckligt med personal. Dessutom saknades medicin och ibland fanns det inte ens rena sängkläder. En sjuksköterska i studien sa att det hade räckt med att få lite erkännande från ledningen, ett tack för att de gjorde ett bra jobb. Detta skulle ha kunnat motivera sjuksköterskorna att fortsätta göra ett bra jobb (Smit, 2005).

Empati

I två av studierna angavs även positiva upplevelser av att vårda patienter med hiv eller aids. Smit (2005) nämner till exempel att trots att det kan kännas både mentalt och fysiskt ansträngande att vårda dessa patienter kan det även finnas en känsla av självförverkligande. Mer än hälften av sjuksköterskorna menade att de kände empati och ödmjukhet för sina patienter som drabbats av hiv och aids. De kände också medlidande och vemod när de vårdade patienterna. Arbetet uppfattades som meningsfullt särskilt när patienterna visade sin uppskattning. Patienternas uppskattning stärkte sjuksköterskornas självkänsla och de såg det som ett bevis på att vården de utförde höll hög standard. Det var även viktigt för sjuksköterskorna att vårda alla patienter på lika villkor. En studie av Bektaş och Kulakaç, (2007), nämner att bland dem som hade en positiv bild av att vårda patienter med hiv eller aids fanns åsikten att patienterna skulle kunna ha hanterat sin sjukdom bättre i fall omvärlden inte hade varit så fördomsfull. Någon uttryckte att hen tyckte synd om personerna som drabbats, dels på grund av att sjukdomen inte går att bota men dels på grund av stigmatiseringen av hiv- och aidspositiva. Det fanns även en vilja att stötta patienterna i deras lidande samt att hjälpa dem ifall de kände sig isolerade från samhället.

Hjälplöshet

I en sydafrikansk studie framkom det att majoriteten av sjuksköterskorna upplevde en känsla av makt- och hjälplöshet på grund av att det inte finns något botemedel mot sjukdomen. Detta skapade också en känsla av meningslöshet. Patienter som skrevs in för att det var sjuka var fortfarande sjuka när de skrevs ut. Att vårda en patient med aids och se hur den sakta tynade bort utan att kunna göra någonting framkallade känslor av maktlöshet och hjälplöshet hos sjuksköterskorna. (Smit, 2005).

Frustration

Sjuksköterskor som vårdade hivpatienter i Sydafrika kände frustration och ilska men känslorna var inte associerade till hivpatienterna i sig utan mot hur den sydafrikanska regeringen hanterade hiv och aids. De menade att regeringen gjorde sitt jobb när det kom till utbildning om hiv och aids, men när det kom till att göra medicin som patienterna har råd med tillgänglig släpade de efter. Politikerna pratade mycket om aids, men när det väl kom till kritan skedde förbättringarna så långsamt att de drabbade hann dö under tiden. Studien menade att sjuksköterskorna var stolta över sitt yrke men inte vågade berätta vad de jobbade med, för att många då skulle anta att de blivit smittade (Smit, 2005)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Att göra en litteraturstudie var passande för vårt syfte. Sökorden togs fram genom att välja nyckelord från syftet och slå upp dessa i svenska MESH, för att få relevanta sökord. De första sökningarna gjordes i Cinahl då vi ansåg att omvårdnadsartiklar skulle passa syftet bäst. Det var även där det fanns mest resultat relaterade till våra sökord. Majoriteten av artiklar som hittades var kvantitativa, tvärtemot vad vi hade räknat med. Dock passade artiklarnas innehåll till studiens syfte så det ansågs inte som ett problem.

I början av arbetet hade vi som syfte att undersöka attityder och upplevelser av att vårda patienter med hiv i västvärlden de senaste fem åren. Detta för att få så färsk forskning som möjligt. I de första sökningarna märktes snart att det fanns få artiklar som belyste detta. Därför utökades sökningen till att innefatta artiklar från de senaste tio åren, men även där var urvalet begränsat. För att få ett större urval av artiklar ändrades urvalet och begränsningarna till att omfatta artiklar från olika världsdelar, samt till att vara publicerade under de senaste tio åren. Artiklarna vi fann hade nästan samtliga med aids i studien, därför valdes även aids att användas som sökord. Flertalet av artiklarna påträffades i samtliga databaser vilket innebär att sökningen var mättad.

Att inte begränsa sökningen till ett visst land eller världsdel kan vara en fördel då resultatet blir geografiskt brett. Samtidigt är detta en begränsning då vården ser väldigt olika ut i olika länder. Vissa av studierna var gjorda i länder med en relativt hög andel hiv- och aidspositiva patienter där sjuksköterskorna dagligen vårdade dessa patienter, men där det många gånger saknades ekonomiska resurser. Andra studier kom från länder där man sällan vårdade hivpositiva och nästan aldrig vårdat en aidspositiv patient, men där ekonomiska resurser fanns. De flesta av artiklarna kom från olika länder och eftersom bara en eller två artiklar kom från ett och samma land var det svårt att få en bra representativ bild av attityderna och upplevelserna som landets sjuksköterskor hade mot hiv- och aidssmittade patienter.

Under urvalet fann vi många abstract och artiklar som fokuserade på att mäta vilken kunskap sjuksköterskor hade om hiv och aids och inte på upplevelsen av att vårda dessa patienter. Dessa artiklar togs bort på grund av att deras syfte inte stämde med litteraturundersökningens syfte. Däremot kom kunskap eller bristen på kunskap upp som tema i många av artiklarna som valdes. Vidare var det även många artiklar som belyste annan vårdpersonal än sjuksköterskor samt hiv- och aidspositivas upplevelser av vårdpersonalen. Dessa artiklar valdes också bort då det inte svarade mot syftet. Artiklarna med relevanta abstrakt lästes först igenom för att se om studien stämde överrens med syftet. Om artikeln svarade på syftet lästes den igenom en gång till och granskades med hjälp av Fribergs (2012a) granskningsmall. Mallen var ett bra instrument för att få en tydligare bild av studiens kvalitet. Många artiklar som hittades handlade om studenter. Vi valde dock att inkludera dessa i studien då vi ansåg att man som färdig sjuksköterska snabbt kan

bli färgad av kollegors åsikter, något sjuksköterskestudenterna i mindre utsträckning har blivit. Sjuksköterskestudenterna kommer även snart komma ut i arbetslivet där deras attityder kommer bli en del av de rådande attityderna på arbetsplatsen, vilket gör deras attityder högst relevanta.

Att välja ut teman från artiklarna till resultatet innebar inga direkta svårigheter då alla artiklarna kommit fram till liknande teman i sitt resultat. Svårigheten låg mer i att placera in resultaten under relevant tema då de teman som tagits fram ofta gick in i varandra.

RESULTATDISKUSSION

Resultaten varierade något men större delen av studierna visar att det fanns många negativa attityder och upplevelser kopplade till att vårda patienter med hiv och aids. Det fanns många olika faktorer som påverkade attityden och upplevelsen som i vilket land vården bedrevs och hur mycket utbildning och erfarenheter sjuksköterskorna hade.

Flera studier visade på en rädsla och okunskap bland sjuksköterskor såväl som sjuksköterskestuderterstudenter och anhöriga (Hassan & Wahsheh, 2011; Akun, Kostak & Unsar et al., 2012; Bektaş, & Kulakaçs, 2007). Vi bedömer att okunskapen kan vara en bidragande faktor till varför människor känner sig rädda. Uppfattningen är att sjuksköterskor, studenter och anhöriga tror att hiv är mer smittsamt än vad det egentligen är. Risken för att bli smittad vid kontakt med smittat blod är enligt Håkansson och Sandström (1994) bara 0.05%. Att inte veta hur viruset smittar eller hur liten risken är att bli smittad kan vara en bidragande orsak till varför så många kände en rädsla över att vårda dessa patienter. Sjuksköterskor i Mullins (2009) studie säger att de tycker det finns ett stort behov av mer kunskap både hos sjuksköterskor och i samhället. Vidare nämner Hassan & Wahsheh (2011) att de flesta fick sin information från internet, vänner och kollegor. Att sjuksköterskorna fick sin kunskap om sjukdomen på detta sätt kan vara en bidragande orsak till varför okunskapen är stor. Risken är att kollegor och vänner sprider felaktiga fakta som bygger på deras egna uppfattningar om vad sjukdomen innebär. Detta kan även leda till en ökad stigmatisering både i samhället och inom vården då en persons uppfattning tolkas som fakta.

Flera studier visade att attityden beror mycket på hur erfaren personalen är samt på deras utbildningsnivå. Sjuksköterskor som dagligen vårdade dessa patienter visade mer empati och hade en mer positiv attityd (Hamama et al., 2014; Oyeyemi et al., 2006). Okunskap påverkar alltså inte bara rädslan utan även attityden. Detta gällde även studenter där de äldre och mer erfarna studenterna hade en mer positiv attityd till att vårda patienter med hiv eller aids. Vi ser tydligt att okunskapen relaterat till hiv och aids påverkar både fördomar och attityder mot patienter och trivseln på jobbet. En studie visade dock på motsatsen; där visade nästan samtliga studenter på en positiv attityd till att vårda patienter med hiv och aids trots att de hade liten erfarenhet och inte fullgjort sin utbildning (Pickles et al., 2012). Varför denna artikels resultat avviker från det andra kan vi inte riktigt svara på. Oavsett vad det beror på ser vi detta som något positivt. Dessa studenter kommer senare att komma ut i arbetslivet och därmed kunna påverka det rådande vårdklimatet och bidra med sina positiva attityder. Vi anser det därför vara väldigt viktigt att tidigt i sjuksköterskeutbildningen prata om vilka attityder som råder samt hur detta påverkar sättet vi bemöter patienten på.

När vi påbörjade vårt arbete trodde vi att stigmatiseringen skulle vara betydligt mindre bland sjuksköterskor än vad resultatet visade. Vi tänkte att sjukvårdspersonal borde vara de med mest kunskap om hiv och aids. Att stigmatiseringen och okunskapen var så stor som resultatet visade hade vi inte räknat med. Dock har vi utgått från stigmatiseringen i Sverige och den svenska sjukvården vilket kan ha bidragit till varför resultatet skiljer sig så mycket från vad vi från början hade tänkt oss, då inga artiklar var från Sverige. Resultatet visar att det finns en klar stigmatisering av personer med hiv eller aids bland sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter. Enligt Mullins (2009) studie skiljer sig vården av hiv- och aidspatienter just på grund av stigmatiseringen. Vidare nämns i bakgrunden enligt RFSL (2014a) att media ofta beskriver hiv- och aidspositiva som brottslingar eller oansvariga vilket kan påverka vården av dessa patienter. RFSL (2014b) nämner att stigmatiseringen kan leda till att människor inte vågar testa sig. Sjuksköterskor som genomgått en formell hiv och aids utbildning visade på signifikant mindre stigmatisering (Andrewin & Chien, 2008). Även här pekar resultatet på att utbildning har en påverkan på attityder och stigmatisering. Utbildning är alltså väsentligt för att förändra attityderna både i samhället och inom sjukvården. Förutom utbildning anser vi att personcentrerad vård är ett arbetssätt som skulle kunna bidra till att stigmatiseringen minskar. Att jobba utifrån personcentrerad omvårdnad innebär att se personen man vårdar istället för att bara se dess sjukdom (Benzein et al., 2014). Detta sätt att arbeta kan bidra till att stigmatiseringen minskar då man ser människan bakom hiv eller aidsdiagnosen och inte lägger några värderingar i sjukdomen eller hur personen blivit smittad. I Mullins (2009) studie nämner en sjuksköterska att patienterna skulle hantera sin situation och sjukdom bättre om det inte fanns fördomar och stigmatisering i samhället.

Vi anser att mer utbildning inom hiv och aids är något som behövs inom sjukvården. Att i ett tidigt stadium under utbildningen lära sjuksköterskestudenterna om stigmatisering och fördomar samt hur dessa påverkar den vård patienten får. Det skulle kunna bidra till att stigmatiseringen minskar och att personalens attityder blir mer positiva vilket i sin tur skulle kunna leda till att patienterna vågar söka vård i större utsträckning. Om vårdklimatet var mer öppet skulle detta kunna bidra till att fler människor vågar testa sig och då skulle smittspridningen kunna minska. I bakgrunden nämner Håkansson & Sandström (1994) att det är i början av sjukdomen som den är mest smittsam. Att testa sig tidigt är därför grundläggande för att minska risken att sprida smittan vidare, det är även positivt ur en ekonomisk synvinkel då det kan innebära att färre personer blir smittade.

Vi tycker att vår uppsats har bidragit med en förståelse för hur viktig kunskap är för att kunna vårda på ett patientsäkert och bra sätt. Vi har också visat att stigmatiseringen i samhället även sträcker sig till sjuksköterskor samt att det är mentalt och fysiskt krävande att vårda hiv eller aids patienter, speciellt med den stigmatisering och attityd som finns.

Vi tycker oss se att många av de sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter i de artiklar vi hittade tydligt bryter mot sjuksköterskans etiska kod. Deras rädsla och okunskap gör att de inte på ett lämpligt sätt kan skydda och respektera patienterna. Det är en sjuksköterskas skyldighet att göra sitt bästa i att skapa en miljö där mänskliga rättigheter och värderingar respekteras. Samtidigt som det är vårdgivarens ansvar att se till att utbilda om det finns kunskapsluckor bland personalen.

SLUTSATS

Genom vår litteraturöversikt har vi gett en klar bild över att det finns en tydlig okunskap och dålig attityd bland sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter avseende patienter med hiv eller aids. Vi har visat hur viktig kunskap är och att okunskapen bidrar till fördomar, stigmatisering, dålig patientsäkerhet, dåligt bemötande och framförallt en dålig attityd bland sjuksköterskor. Okunskapen var något som återkom i alla teman och som påverkade alla resultat negativt. Detta belyser vikten av att de fördomar vi har ofta är baserade på okunskap och att dessa sällan stämmer. Redan tidigt i sjuksköterskeutbildningen behövs utbildning i ämnet samt om den stigmatisering som finns och vilken betydelse den får för vården av patienterna. Rädsla och okunskap gör att vi inte på ett bra sätt kan respektera och vårda patienterna.

Mer forskning inom ämnet behövs då vårt resultat visar på att okunskapen fortfarande är stor. Trots detta fanns det få nya studier inom området. Vi ser ett behov av mer kvalitativa studier inom ämnet, samt fler artiklar från Sverige och västvärlden.

REFERENSER

Aids.gov. (2013). Stages of hiv infection. Hämtad 2015-01-15 från: <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/just-diagnosed-with-hiv-aids/hiv-in-your-body/stages-of-hiv/>

Akgun, Kostak, M., Unsar, S., Kurt, S., & Erol, O. (2012). Attitudes of Turkish midwives and nurses working at hospitals towards people living with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 437-44. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02062.x.

Andrewin, A., Chien, LY. (2008). Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize. *AIDS Patient Care STDS*, 22(11), 897-906. doi: 10.1089/apc.2007.0219.

Backman, Jarl. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bektaş, HA., Kulakaç, O. (2007). Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV/AIDS (PLHIV): a Turkish perspective. *AIDS Care*, 19(7), 888-94. doi: 10.1080/09540120701203352

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2014). Familj och sociala relationer. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder- Perspektiv och förhållningssätt* (s. 69-88). Lund: Studentlitteratur AB.

Boswell, S-L., Fuller, J-D.(2003). Pathogenesis and Natural History. H. In Libman, H-J. Makadon (Red.), *HIV – Second Edition* (s.16-38). Philadelphia Pa.: American College of Physicians.

Bristol-Myers Squibb. (2014). *Hivläkemedel*. Hämtad 2014-12-16, från <http://www.bms.se/hiv-lakemedel/>

Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.

Folkhälsomyndigheten. (2013). *Sjukdomsinformation om hivinfektion*. Hämtad 2014-10-30. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/smittsamma-sjukdomar/hivinfektion/>

Gustafsson, B., Hermerén, G., & Petterson, B. (2005). God forskningsed. Hämtad 2014-12-11, från Vetenskapsrådet, <http://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1340207445825/God+forsknings+sed+2011.1.pdf>

Hamama, L., Tartakovsky, E., Eroshina, K., Patrakov, E., Golubkova, A., Bogushevich, J, & Shardina, L. (2014). Nurses' job satisfaction and attitudes towards people living with HIV/AIDS in Russia. *International Nursing Review*, 61(1), 131-9. doi: 10.1111/inr.12074.

Hassan, ZM., & Wahsheh, MA. (2011). Knowledge and attitudes of Jordanian nurses towards patients with HIV/AIDS: findings from a nationwide survey. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(12), 774-84. doi: 10.3109/01612840.2011.610562.

Hiv Sverige – Riksförbundet för hivpositiva. (u.å). Vård och behandling. Hämtad 2015-01-14, från: <http://www.hiv-sverige.se/om-hiv/ett-liv-med-hiv/vard-och-behandling/>

Hedman, Håkan. (2014). Patientens- personens röst. I I. Ekman (Red.) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård från filosofi till praktik* (s. 7-20). Stockholm: Liber AB.

Håkansson, C., Sandström, E. (1994). HIV-infektioner och aids. I E. Sandström (Red.), *Sexuellt överförbara sjukdomar* (s. 222-243). Lund: Studentlitteratur AB.

ICN. (2014). *ICN:s ETISKA KOD FÖR SJUKSKÖTERSKOR*. Hämtad 2014-10-30 från: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf

Mullins, IL. (2009). How caring for persons with HIV/AIDS affects rural nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(5), 311-319. doi: 10.1080/01612840902754461.

Nationalencyklopedin, stämplingsteori, <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/stämplingsteori>, hämtad 2014-12-16

Oyeyemi, A., Oyeyemi, B., & Bello, I. (2006). Caring for patients living with AIDS: knowledge, attitude and global level of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 196-204. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03715.x

Pickles, D., King, L., & Belan, I. (2012). Undergraduate nursing student's attitudes towards caring for people with HIV/AIDS. *Nurse Education Today*, 32(1), 15-20. doi: 10.1016/j.nedt.2011.01.008

Pratt, R. J. (2003). *HIV & AIDS Fifth Edition - A foundation for nursing and healthcare practice*. London: Hodder Headline Group

RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter). (2014a). *Orsaker till att kvinnor och män med hiv stigmatiseras*. Hämtad 2014-10-30 från: <http://www.rfsl.se/halsa/?p=4144>

RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter). (2014b). *Hit men inte längre- Reserestriktioner för personer med hiv*. Hämtad 2014-10-30 från: <http://www.rfsl.se/halsa/?p=2793>

RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter). (u.å.). *Hur hiv överförs*. Hämtad 2015-01-22 från: <http://www.rfsl.se/halsa/?p=1351>

SFS 2004:168. *Smittskyddslag*. Stockholm: Socialdepartementet

Smit, R. (2005). HIV/AIDS and the workplace: perceptions of nurses in a public hospital in South Africa. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 22-29. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03456.x

Smittskyddsinstitutet. (2012). *Hiv i Sverige: Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987-2011*. Hämtad 2014-12-16, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12857/hiv-i-sverige.pdf>

Snellman, I. (2014). *Vårdrelationer- en filosofisk belysning*. I F. Friberg, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder- Perspektiv och förhållningssätt* (s. 439-464). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2008). *Smittspårning vid sexuellt överförbara infektioner*. Hämtad 2014-10-30 från: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/8584/2008-101-7_20081018.pdf

Suominen, T., Koponen, N., Staniulienė, V., Istomina, N., Aro, I., Kisper-Hint, I-R., ... Välimäki, M. (2009). Nursing students' attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 282-289. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00620.x.

Välimäki, M., Makkonen, P., Mockienė, V., Aro, I., Blek-Vehkaluoto, M., Istomina, N., ... Suominen, T. (2010). Nursing and midwife students' willingness to provide care to patients with HIV/AIDS- A comparative study in Finland, Estonia and Lithuania. *Nurse Education Today*, 30(7), 674-9. doi:10.1016/j.nedt.2010.01.004.

Östlund, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGOR

Granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa studier

Bilaga 1

Sökningstabell

Bilaga 2

Resultattabell

Bilaga 3

BILAGA 1

Granskningsmall för kvalitativa och kvantitativa studier enligt F. Friberg

Kvalitativ granskning

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dess i så fall formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
7. Hur har data analyserats?
8. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Vad visar resultatet?
10. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
11. Vilka argument förs fram?
12. Förs det några etiska resonemang?
13. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
14. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden

Kvantitativ granskning

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dess i så fall formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
7. Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
9. Vad visar resultatet?
10. Vilka argument förs fram?
11. Förs det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. Vad gäller generaliserbarhet?
13. Sker en återkoppling till teoretiska antagande, t.ex. omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

Varje fråga som studien svarade på gav ett poäng.

Poäng

Kvalitativ studie:

Låg kvalitet: 0-8 poäng

Medel kvalitet: 9-11 poäng

Hög kvalitet: 12-14 poäng

Kvantitativ studie

Låg kvalitet: 0-7 poäng

Medel kvalitet: 8-10 poäng

Hög kvalitet: 11- 13 poäng

BILAGA 2

Cinahl

| Datum | Sökord | Begränsningar | Träffar | Granskade Abstract | Granskade Artiklar | Valda Artiklar |
|------------|---|---|---------|--------------------|--------------------|----------------|
| 2014-11-06 | Nurs* AND Attitude* AND Experience AND Feeling* AND HIV | Engelska, Svenska, Norska, Peer-Reviewed, Abstract Available, Exclude MEDLINE records, Mellan 2009- 2014 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 2014-11-06 | Nurs* AND Attitude* AND Experience *AND Feeling* AND HIV | Engelska, Svenska, Norska, Peer-Reviewed, Abstract Available, Exclude MEDLINE records, Mellan 2004- 2014 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 2014-11-06 | Nurs* AND Attitude* AND Experience* AND HIV | Engelska, Svenska, Norska, Peer-Reviewed, Abstract Available, Exclude MEDLINE records, Mellan 2004- 2014 | 17 | 1 | 0 | 0 |
| 2014-11-06 | Nurs* AND Attitude* AND HIV | Engelska, Svenska, Norska, Peer-Reviewed, Abstract Available, Exclude MEDLINE records, Mellan 2004- 2014 | 64 | 2 | 1 | 0 |
| 2014-11-06 | Nurs* AND Stigma AND (HIV OR AIDS) AND Attitude* | Engelska, Norska, Svenska, Peer- Reviewed, Abstract Available, Mellan 2004- 2014 | 67 | 8 | 5 | 3 |

| | | | | | | |
|------------|---|--|-----|----|----|---|
| 2014-11-06 | Nurs* AND Experience* AND Stigma AND (HIV OR AIDS)AND Attitude* | Engelska, Norska, Svenska, Peer-Reviewed, Abstract Available, Mellan 2004-2014 | 27 | 5 | 2 | 0 |
| 2014-11-07 | Nurs* AND Caring AND (HIV OR AIDS) AND Attitude* And Stigma | Engelska, Norska, Svenska, Peer-Reviewed, Abstract Available, Mellan 2004-2014 | 10 | 3 | 1 | 0 |
| 2014-11-07 | Nurs* AND qualitative AND HIV AND attitudes | Engelska, Norska, Svenska, Peer-Reviewed, Abstract Available, Mellan 2004-2014 | 58 | 4 | 1 | 0 |
| 2014-11-13 | Nurs* AND Attitude* AND Experience* AND (HIV OR AIDS) | Engelska, Svenska, Norska, Peer-Reviewed, Abstract Available, Mellan 2004-2014 | 129 | 17 | 11 | 6 |

Pubmed

| Datum | Sökord | Begränsningar | Träffar | Granskade Abstract | Granskade Artiklar | Valda Artiklar |
|------------|--|---|---------|--------------------|--------------------|----------------|
| 2014-11-06 | Nurs* AND Attitude* AND Experience AND Feeling* AND HIV | Engelska, Svenska, Norska, Abstract Available, Last five years | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2014-11-07 | Nurs* AND Attitude* AND Experience AND Feeling* AND HIV | Abstract Available, Publication dates: 10 years, Engelska, Svenska och Norska | 11 | 3 | 2 | 1 |
| 2014-11-07 | Nurs* AND Attitude* AND Stigma* AND Experience* AND(AIDS OR HIV) | Abstract Available, Publication dates: 10 years, Engelska, Svenska och Norska | 46 | 4 | 4 | 1 |
| 2014-11-13 | Nurs* AND Attitude* AND Experience* AND Qualitative AND(HIV OR AIDS) | Abstract Available, Publication dates: 10 years, Engelska, Svenska och Norska | 106 | 5 | 1 | 0 |

Bilaga 3 - Resultat Tabell

| Författare, år och land | Syfte | Titel | Metod | Antal som svarade | Validitet/ Reliabilitet | Resultat |
|--|---|--|------------------------|-------------------|-------------------------|---|
| Akgun Kostak, Unsar, Kurt & Erol (2011) | Fastställa attityder hos turkiska sjuksköterskor och barnmorskor som arbetar på sjukhus för människor som lever med HIV/AIDS, samt identifiera faktorer som påverkar dessa attityder | Attitudes of Turkish midwives and nurses working at hospital towards people living with human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome | Cross-sectional design | 472 (52% svarade) | 11/13 | Äldre och mer erfarna sjuksköterskor hade en mer negativ inställning till att vårda patienter med HIV/AIDS. Utbildningsnivå hade en positiv effekt på sjuksköterskornas attityder till att vårda patienter med HIV/AIDS |
| Suominen, T., Koponen, N., Staniulienė, V., Istomina, N., Aro, I., Krisper-Hint, I-R., Vänskä, M-L. & Välimäki, M. 2009, Finland, Estland & Lettland | Att beskriva och jämföra sjuksköterskestudenter attityder i tre olika länder (Finland, Estland och Lettland) och att undersöka hur attityder till HIV/AIDS korrelerar med bakgrundsvariabler. | Nursing student's attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania | Multi-country survey | 471/569 (83%) | 11/13 | Tidigare erfarenhet av att vårda patienter med HIV/AIDS samt att känna någon med sjukdomen hade en positiv inverkan på attityder. Studenter som hade barn visade en mer negativ attityd till att vårda patienterna |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--------------------|-------|--|
| Oyeyemi, A., Oyeyemi, B., & Bello, I. 2005, Nigeria | Att fastställa nigerianska sjuksköterskor kunskaper, attityder och hur villiga det är med att vårda människor med HIV samt fastställa sambandet mellan dessa variabler. | Caring for patients living with AIDS: knowledge, attitude and global level of comfort | Survey questionnaire | 277, (60% svarade) | 10/13 | Låga nivåer av kunskap och dåligt attityd mot patienter med HIV/AIDS. Attityderna påverkades av erfarenhet och utbildningsnivå. |
| Pickles, D., King, L., & Belan, I. 2012, Australien | Fastställa australiska sjuksköterskestudenters attityder till att vårda människor med HIV/AIDS | Undergraduate nursing student's attitudes towards caring for people with HIV/AIDS | Survey questionnaire | 418(94 % svarade) | 9/13 | Studenterna hade en övergripande positiv attityd till att vårda personer med HIV/AIDS. Attityderna varierade beroende på vilket land/region studenterna kom ifrån |
| Mullins, IL. 2009, USA | Att undersöka hur sjuksköterskor som jobbar på landsbygden påverkas av att vårda människor med HIV/AIDS | How Caring for Persons with HIV/AIDS affects Rural Nurses | Content analysis, Mail survey & demographic questionnaire | 76(37% svarade) | 12/14 | Bland sjuksköterskorna fanns en rädsla att bli smittade. De som tidigare jobbat med HIV/AIDS patienter upplevde att detta kunde vara stressande och det fanns risk för utbrändhet. Även sociala aspekter och stigma diskuterades |

| | | | | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|--------------------|-------|---|
| Smit, R. 2005, Sydafrika | Att redovisa hur sjuksköterskor uppfattningar och upplevelser av att vårda människor som lever med HIV/AIDS | HIV/AIDS and the workplace: perceptions of nurses in a public hospital in South Africa | In-dept semi-structured interviews | 35 | 11/14 | Temor bland sjuksköterskorna som identifierades var; hjälplöshet, emotionell stress och fatigue, rädsla, ilska och frustration, oro relaterat till yrket, empati och självförverkligande |
| Välimäki, M., Makkonen, P., Mockiene, V., Aro, I., Blek-Vehkaluoto, M., Istomina, N., Krisper-Hint, I-R., Staniuliene, V., Koponen, N., Vänskä, M-L, & Suominen, T. 2010, Finland, Estland, Lettland | Att utforska och jämföra sjuksköterske- och barnmorskestudenters villighet att vårda patienter med HIV/AIDS | Nursing and midwife students' willingness to provide care to patients with HIV/AIDS- A comparative study in Finland, Estonia and Lithuania | International cross-sectional survey | 569(83 % svarade) | 10/13 | Ålder och erfarenhet hade betydelse för hur villiga de finska studenterna var att vårda patienter med HIV/AIDS. Litauiska studenter som tidigare vårdat en patient med HIV/AIDS var mer benägna att vårda HIV/AIDS patienter. |
| Hassan, ZM., & Wahsheh, MA. 2011, Jordanien | Undersöka jordanska sjuksköterskors kunskaper och attityder mot patienter med HIV/AIDS, samt identifiera källor till information och utbildning om HIV/AIDS | Knowledge and attitudes of Jordanian nurses towards patients with HIV/AIDS: findings from a nationwide survey | Cross-sectional design | 1260 (73% svarade) | 12/13 | Kunskapen om hiv och aids hos dom Jordanska sjuksköterskorna var låg. Resultatet visade också att mer än två tredjedelar hade negativ attityd till hiv och aids. |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------|-------|---|
| Hamama, L., Tartakovsky, E., Eroshina, K., Patrakov, E., Golubkova, A., Bogushevich, J, & Shardina, L. 2014, Ryssland | Denna studie fokuserar på sjuksköterskans arbetstillfredsställelse och deras attityder till människor som lever med HIV/AIDS | Nurses' job satisfaction and attitudes towards people living with HIV/AIDS in Russia | Cross-sectional, qualitative research design | 447 (90% svarade) | 12/13 | Sjuksköterskor som jobbade i HIV/AIDS center rapporterades vara mindre undvikande mot patienterna än sjuksköterskor på allmänna sjukhus |
| Andrewin, A., & Chien, LY. 2008, Belize | Att utreda stigmatiserade attityder och diskriminerande handlingar bland HIV/AIDS patienter bland läkare och sjuksköterskor som arbetar på offentliga sjukhus i Belize | Stigmatization of patients with HIV/AIDS among doctors and nurses in Belize | Population-based survey | 230 (81% svarade) | 10/13 | Sjuksköterskor som hade formell utbildning inom HIV/AIDS hade signifikant mindre dömande attityder än de som ej genomgått utbildningen |
| Bektaş, HA., & Kulakaç, O. 2007, Turkiet | Bedöma turkiska sjuksköterskestudenters kunskaper och attityder om HIV/AIDS | Knowledge and attitudes of nursing students towards patients living with HIV/AIDS (PLHIV): A Turkish perspective | Structured and self-administred questionnaire & confidential essays | 299 (76% svarade) | 10/14 | Några av studenterna hade en genuine rädsla för HIV/AIDS och ville inte vårda dessa patienter, men även känslor av empati och att det var synd om de drabbade patienterna |