



## MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

# Att få HIV

## Förändras de sociala aktiviteterna efter diagnosen?

Författare: Ester Bäckström  
Johanna Nilsson

Handledare: Elisabeth Persson

April 2010

## Kandidatuppsats

Adress: Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund



## MEDICINSKA FAKULTETEN

Lunds universitet

Institutionen för hälsa, vård och samhälle  
Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi

2010-04-19

# Att få HIV Förändras de sociala aktiviteterna efter diagnosen?

Ester Bäckström och Johanna Nilsson

### Abstrakt

HIV är en kronisk sjukdom och det lever cirka 5 000 personer med HIV i Sverige. Människan är en social varelse som vill leva i grupp. Det sociala stödet påverkar människans aktiviteter och bidrar till hälsa och välmående. Symtom som HIV kan ge kan förändra människans förmåga att integrera sig i ett socialt sammanhang. Syftet med undersökningen var att beskriva om HIV positiva personers sociala aktiviteter har förändrats sedan de fått HIV och i så fall på vilket sätt de har förändrats. Undersökningen hade en kvalitativ ansats och datainsamlingen skedde via semistrukturerade intervjuer. Urvalsgruppen bestod av sex personer med diagnosen HIV. Resultatet visade att det har skett förändringar i de sociala aktiviteterna hos alla i urvalsgruppen. Det har skett förändringar i sociala relationer och i sociala aktiviteter. Samtliga individer i studien har förlorat någon form av social relation efter att de fått HIV.

### Abstract

HIV is a chronic disease and approximately 5 000 people live with HIV in Sweden. The human being is a social creature who wants to live in groups. Social support affects human activities and contributes to health and wellbeing. Symptoms that HIV can provide can alter people's ability to integrate into a social context. The purpose of the study was to describe if HIV positive social activities have changed since their HIV diagnose, and if so, how they have changed. The study used a qualitative approach and data collection was performed through semistructured interviews. The sample group was six individuals with HIV. The results showed that there have been changes in the social activities for all in the sample group. There have been changes in the social relations and in social activities. All individuals in the study have lost some form of social relationship after they got HIV.

Nyckelord: Sociala aktiviteter, HIV, MOHO, arbetsterapi.

Kandidatuppsats

Avdelningen för arbetsterapi och gerontologi, Box 157, S-221 00 Lund

# Innehållsförteckning

Bakgrund .....	1
<b>HIV</b> .....	1
<b>MOHO</b> .....	2
<b>HIV och MOHO</b> .....	3
<b>Sociala aktiviteter</b> .....	3
<i>Socialt nätverk, socialt kapital och socialt stöd</i> .....	3
<b>HIV och sociala aktiviteter</b> .....	4
Syfte.....	5
Metod .....	6
<b>Urvalsförfarande</b> .....	6
<b>Beskrivning av undersökningsgruppen</b> .....	6
<b>Metod för insamling av information</b> .....	6
<b>Procedur</b> .....	7
<b>Bearbetning av den insamlade informationen</b> .....	8
<b>Etiska överväganden</b> .....	9
Resultat .....	9
<b>Svårare att ta sexuella kontakter</b> .....	10
<b>Nya relationer</b> .....	10
<b>Förändrad arbetsituationer</b> .....	11
<b>Förlorade relationer</b> .....	12
<b>Samma vänner men andra aktiviteter</b> .....	13
<b>Tillfällig förändring</b> .....	13
<b>Ökad ensamhet</b> .....	14
Diskussion .....	14
<b>Resultatdiskussion</b> .....	14
<b>Metoddiskussion</b> .....	17
<b>Konklusion</b> .....	20
Referenslista .....	21

# Bilagor

## 1. Frågeguide

## Bakgrund

Under hösten 2009 deltog vi i utbildningen – Kunskap om HIV, som arrangerades av en organisation som arbetar med HIV frågor. Organisationen är politiskt och religiöst obunden. Den har funnits sedan 1986 och arbetar med att begränsa HIV epidemin. Organisationen vill förhindra spridningen av HIV och arbetar för att motverka diskriminering av personer som är HIV positiva. Organisationen erbjuder psykosocialt stöd, rådgivning, information och utbildning. Under utbildningen mötte vi HIV positiva personer och vi fick ta del av deras personliga erfarenheter om hur det är att leva som HIV positiv. Den erfarenhet som vi fick i samband med utbildningen var att HIV positiva personer ofta lär sig hantera sin sjukdom. Det är dock vanligt att HIV positiva personer upplever att människor i deras omgivning har svårare att hantera sjukdomen och på grund av detta påverkas deras sociala aktiviteter. Eftersom människan är en social varelse så påverkar det sociala stödet våra aktiviteter och bidrar till hälsa och välmående (Burchardt, Le Grand & Piachard, 1999). Under utbildningen väcktes många frågor kring hur HIV positivitas sociala aktiviteter påverkats av sjukdomen och i uppsatsen kommer vi att försöka ta reda på om de sociala aktiviteterna har förändrats efter att personer har fått diagnosen HIV.

### **Humant Immunbrist Virus (HIV)**

HIV betyder Humant Immunbrist Virus (Smittskyddsinstitutet, 2010). Under första halvåret 2009 anmäldes 208 nya fall med HIV till Smittskyddsinstitutet (Smittskyddsinstitutet, 2010). Personer som ingår i statistiken är alla de HIV-positiva individer vars smitta är upptäckt i Sverige. Sedan 1985 har det anmälts 8 655 fall av HIV och av dessa lever cirka 5 000 i Sverige idag (Smittskyddsinstitutet, 2010).

Det finns två typer av HIV, HIV-1 och HIV-2. Det är HIV-1 som har fått störst spridning i världen (Moberg, 2006). HIV infekterar olika former av vita blodkroppar. Dessa blodkroppar är viktiga för kroppens immunförsvar. Immunförsvaret skyddar mot infektioner och mot vissa tumörformer. När viruset kommer i kontakt med celler som är

mottagliga för viruset finns det risk för att en individ blir smittad. De sätt som en individ kan bli smittad på är genom oskyddat samlag – vaginalt eller analt, genom oskyddat oralsex, blod, blodprodukter, transplanterade organ, genom att använda smittade sprutor eller från mamma till barn då smittan överförs vid födseln eller genom bröstmjölk (Moberg, 2006). HIV smittar inte genom saliv, tårvätska, urin eller avföring (Opacich, 2008). Personer med HIV kan uppleva minnes-, koordinations-, och koncentrationssvårigheter, svaghet, irritation och depression (Opacich, 2008).

När bromsmedicinerna blev tillgängliga i mitten av 1990- talet blev det känt att HIV inte kunde botas. Medicinerna som finns idag kan inte heller bota sjukdomen men de kan hålla nere virusförökningen i kroppen om de används på rätt sätt. Om individen tar tillräckligt mycket av medicinen och tillräckligt länge kan HIV-behandlingen ge kroppens immunförsvar en chans att återhämta sig och en chans att förbättras (Ahlin, Moberg & Thourot, 2009).

### **Model Of Human Occupation – MOHO**

Den generella praxismodellen Model Of Human Occupation (MOHO) kommer att vara en arbetsterapeutisk referensram i denna undersökning. I MOHO ingår de tre komponenterna vilje – och vänjandesystemet samt utförandekapacitet (Kielhofner, 2008). Viljesystemet består av de värderingar och intressen som varje enskild människa har. Värderingar är vad en person tycker är bra och viktigt att göra samt vad en person finner meningsfullt att göra. Vänjandesystemet består av människans vanor och roller som skapar ett mönster i det dagliga livet. Vanor kan beskrivas som beteenden eller handlingar som görs regelbundet. Varje enskild människa ser sig själv på ett särskilt sätt och tar på sig roller som exempelvis student, syskon, barn och arbetare. Roller som varje enskild individ har definieras av det sociala systemet som rollerna ingår i. Det sociala systemet kan exempelvis vara skolan, hemmet och arbetsplatsen. Vanor och roller påverkar hur människan interagerar med andra människor i deras fysiska- och sociala miljöer. När vänjandesystemet påverkas av miljön kan personen förlora vanor, roller och välbefinnande i sitt dagliga liv. Med utförandekapaciteten menas de underliggande mentala- och fysiska förmågor som en person har samt hur personen använder sig av dessa i sitt utförande. Utförandet kan påverkas av till exempel fysiska förmågor och kognitiva förmågor. Miljön utgör en fjärde

komponent i MOHO och består av den fysiska, sociala, kulturella, ekonomiska och politiska miljön. Vilje- och vänjandesystemet, utförandekapaciteten och miljön påverkar människans uppförande och beteende. MOHO och dess fyra komponenter ger möjlighet att förstå människans aktiviteter (Kielhofner, 2008).

### **HIV och MOHO**

Personer med HIV kan bli påverkade i vilje- samt vänjandesystemet eller i sin utförandekapacitet (Pizzi, 1990). Symtomen som HIV kan ge är till exempel svaghet och minnessvårigheter och dessa symtom kan i sin tur påverka aktivitetsutförandet. Detta kan resultera i att personen blir begränsad inom aktiviteterna arbete och lek/fritid. Personen kan också bli begränsad i sina dagliga vanor samt i sina roller. Dessa begränsningar kan leda till en känsla av hopplöshet, hjälplöshet samt en känsla av att förlora kontrollen. Symtomen kan även förändra människans förmåga att integrera sig i ett socialt sammanhang (Pizzi, 1990).

### **Sociala aktiviteter**

En social aktivitet kan innebära att en individ deltar i en social interaktion med sin familj, sina vänner, deltar i en kulturell grupp eller i en annan grupp i samhället (Burchardt et al., 1999). Social aktivitet kan också vara fritidsaktiviteter och hobbyaktiviteter enligt Sveen, Bautz-Holter, Sodrings, Wyller & Laake (1999).

#### *Socialt nätverk, socialt kapital och socialt stöd*

Ett socialt nätverk kan beskrivas som ett interaktivt nät av människor som ger och tar socialt stöd från varandra (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997). Det sociala kapitalet är ett nätverk av vänner och familj samt umgängeskrets som människan använder för socialt stöd, information och för att tillgodose sig med det som hon behöver i samhället. Socialt stöd är definierat som hjälp och stöd genom sociala relationer och sociala interaktioner (Heaney & Israel, 1997).

Människan har ett behov av att umgås med andra människor (Bunkholdt, 2002; Allebeck, Diderischen & Theorell, 1998; Perski & Jeding, 1998; Christiansen & Baum, 1997;

Burchardt et al., 1999 ). Det sociala nätverket är viktigt för välmående och spelar en stor roll när människan går igenom svåra perioder i sitt liv (Policy Research Initiative, 2005). Undersökningar har visat att det sociala nätverket kan ge ett ökat välbefinnande och förbättra hälsan (Allebeck et al., 1998).

Det sociala stödet från andra människor kan fungera hälsofrämjande på många olika sätt (Perski & Jeding, 2008). Det sociala stödet tillfredställer människans mest basala behov av känslomässig närhet och intimitet – det emotionella stödet. Människor som har ett socialt stöd hanterar ofta stress bättre och kan ha större möjlighet att få stöd av den grupp hon tillhör när hon ska lösa olika problem. Det sociala stödet fyller en praktisk funktion när det kommer till att människan behöver få hjälp med olika saker och tjänster, och tack vare det sociala stödet klarar människan lättare av hotfulla situationer (Perski & Jeding, 2008).

Det sociala stödet och det sociala umgänget är viktigt, på grund av att alla levande varelse är beroende av varandra för att kunna tillfredställa sina behov. Människan vill leva i grupp och de sociala relationerna formar människans attityder och beteende (Christiansen & Baum, 1997).

Möjligheten att få emotionellt stöd och känsla av att få vara del av en större grupp är betraktat som ett mänskligt grundbehov (Burchardt et al., 1999). Anledningen till att människan väljer att umgås i grupp är att hon är beroende av andra människor för att få kontakt och social samvaro. Människor behöver varandra för att utvecklas, för att få sina attityder bekräftade och för att kunna utveckla och bevara sin identitet. Gruppen fungerar som en trygghet för den enskilda människan. När människan känner sig hotad – fysiskt eller psykiskt vänder människan sig till gruppen för tröst eller för att få dela sin rädsla (Bunkholdt, 2002).

### **HIV och sociala aktiviteter**

En undersökning med HIV positiva har visat på att 59 % av undersökningspersonerna ofta kände sig ensamma trots att de föredrog att umgås med andra människor (HIV – Sverige, 2008). När undersökningspersonerna svarade på om deras HIV diagnos hade påverkat



deras känsla av isolation eller avståndstagande från omgivningen uppgav nästan alla att de någon gång upplevt att omgivningen tagit avstånd ifrån dem och även fysiskt avstånd ifrån dem. På frågan om varför de inte berättat om sin HIV diagnos för personer i sin omgivning svarade strax under 40 % av deltagarna att de var rädda för att bli bortstötta (HIV – Sverige, 2008).

Efter ett flertal litteratursökningar kan det konstateras att det saknas information om hur arbetsterapeuter arbetar med HIV positiva personer i Sverige idag. Opacich (2008) har däremot beskrivit hur arbetsterapeuter i USA arbetar med HIV positiva. På grund av att information saknas är det viktigt att svenska arbetsterapeuter blir medvetna om att HIV positiva personer kan behöva arbetsterapeutisk intervention. Det saknas dessutom arbetsterapeutisk forskning angående HIV positivars sociala aktiviteter.

Många av människans aktiviteter utförs i interaktion med andra människor. De sociala aktiviteterna kan utföras med till exempel personer som är med i samma hobbyklubb, arbetskamrater, grannar, klasskamrater och vänner (Kielhofner, 2008). Som beskrivits tidigare är de sociala aktiviteterna viktiga för att människan ska må bra.

Med anledning av att det saknas svensk arbetsterapeutisk forskning inom detta område anses detta problem relevant och viktigt att undersöka.

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva om HIV positiva personers sociala aktiviteter har förändrats sedan de fick diagnosen HIV och i så fall på vilket sätt de har förändrats.

## Metod

I undersökningen användes en kvalitativ ansats och datainsamlingen skedde via intervjuer. När upplevelser, tankar samt attityder vill belysas används en kvalitativ ansats enligt Malterud (2009).

### **Urvalsförfarande**

Inför undersökningen kontaktades en organisation som arbetar med HIV frågor för att författarna skulle komma i kontakt med lämpliga intervjupersoner. Urvalet gjordes genom en icke slumpmässig metod, i form av lämplighetssampling. Ambitionen var att intervjua fyra till sju personer. Enligt Malterud (2009) kan detta antal räcka för att få tillräckligt med material vid en kvalitativ studie. Inklusionskriterierna för denna undersökning var att undersökningspersonerna skulle vara HIV smittade, vara mellan 18-65 år och kunna kommunicera muntligt på svenska. Exklusionskriterier för denna undersökning var personer som hade ett känt pågående missbruk av droger eller alkohol.

### *Beskrivning av undersökningsgruppen*

I undersökningen deltog sex personer, en kvinna och fem män. Personerna var mellan 60 och 63 år. Samtliga var ensamstående och förtidspensionerade. De hade haft HIV diagnosen olika lång tid, mellan 10 till 29 år. Det har inte skett något internt bortfall i undersökningen. Det har inte kunnat kontrolleras hur många respondenter som har fått information genom informationsplanschen, genom personal på organisationen eller genom informationsbrevet men som valt att inte delta i undersökningen. På grund av detta är det inte möjligt att ta reda på om det har skett något externt bortfall.

### **Metod för insamling av information**

En kvalitativ ansats användes i undersökningen eftersom syftet med undersökningen var att beskriva om respondenternas sociala aktiviteter förändrats sedan de fick HIV och i så fall på vilket sätt de har förändrats. Det finns olika metoder att använda vid kvalitativ ansats (Widerberg, 2002). Metoden som valdes till denna undersökning för datainsamling var semistrukturerad intervju. Denna metod var relevant att använda i förhållande till studiens syfte.

Vid kvalitativ intervju skapas ett möte mellan intervjuaren och respondenten och ett unikt samtal kan uppstå vid detta möte. Intervjuaren är det viktigaste redskapet för att få fram den specifika intervjupersonens uppgifter, berättelse och förståelse (Widerberg, 2002). En semistrukturerad intervju bygger på en utarbetad intervjuguide som är en påminnelse om vilken information intervjuaren vill ha ut av intervjun (Malterud, 2009). I en intervjuguide presenteras det ämne som kommer att tas upp i intervjun samt i vilken ordning det kommer tas upp. Intervjuguiden innehåller även förslag på intervjufrågor (Kvale & Brinkmann, 2009). En intervjuguide användes i denna undersökning, se bilaga 1. MOHO och bakgrundsinformation har verkat som inspiration för utformning av intervjuguidens frågor. Intervjufrågorna hade som syfte att ta reda på hur respondenterna definierade sociala aktiviteter, om de upplevde att de hade några sociala aktiviteter, om de sociala aktiviteterna hade förändrats och i så fall på vilket sätt, samt om de sociala aktiviteterna som utfördes hade någon betydelse. Under intervjun gavs respondenten tid för reflektion för att själv kunna bryta tystanden med relevant information.

## **Procedur**

Före den egentliga undersökningen kan en pilotintervju genomföras i ett tränings syfte för att öka förmågan att skapa ett tryggt samt stimulerande samspel (Kvale & Brinkmann, 2009). En pilotintervju genomfördes på en anhörig till en av författarna innan de faktiska intervjuerna ägde rum. Detta var för att författarna skulle få kunskap om frågorna behövdes konstrueras om och för att öka tryggheten i kommande intervjusituationer. För att finna respondenter till undersökningen kontaktades en organisation som arbetar med HIV. På organisationens anslagstavla hängdes en plansch upp som kortfattat beskrev undersökningen och under denna lades informationsbrev ut. Detta gjordes för att respondenterna själva skulle kunna göra ett fritt val om de ville delta i undersökningen eller inte. Personal på organisationen informerade besökare som motsvarade urvalskriterierna om att undersökningen pågick och att de kunde läsa mer om detta på planschen och i informationsbrevet. De som ville delta i undersökningen fick en vecka på sig att höra av sig till författarna för att avtala tid och plats för intervju. Undersökningspersonerna tog kontakt via telefon och tid och plats för intervju avtalades. Intervjuerna ägde rum i organisationens lokaler, vilket undersökningspersonerna önskade. Intervjuerna varade mellan femton minuter och upp till cirka en timme. Författarna sammanfattade respondenternas svar efter varje fråga för att se om svaren tolkats korrekt (Kvale & Brinkmann, 2009). Vid intervjuerna deltog båda författarna, en

stälde frågor och antecknade och en gjorde endast anteckningar. Vid intervjuerna skedde även ljudupptagning. Att både anteckna och föra ljudupptagning vid ett och samma tillfälle och att två personer är med vid datainsamlingen kan öka validiteten i en undersökning (DePoy & Gitlin, 1999).

### **Bearbetning av den insamlade informationen**

Det inspelade materialet delades upp lika mellan författarna för transkribering. Författarna kom överens om att skriva ner de inspelade intervjuerna ordagrant utan pauser och emotionella uttryck. Om det är flera intervjuare som ska skriva ut intervjuerna är det viktigt att de är överens om vad som ska skrivas ut, för att intervjuerna ska kunna jämföras med varandra (Kvale & Brinkmann, 2009). Vad som ska skrivas ut är beroende på vilket syfte man har med studien. Endast om det är relevant för undersökningen att skriva ut till exempel pauser, emotionella uttryck och suckar ska detta göras (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ansågs inte relevant att skriva ut detta i förhållande till studiens syfte.

Analysmetoden som valdes till undersökningen var en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) då syftet med analysen var att tolka utskriften av det bandinspelade materialet. Om materialet bearbetas av två oberoende forskare kan detta ge en högre tillförlitlighet än om det endast bearbetas av en person eller om det bearbetas av två personer tillsammans (DePoy & Gitlin, 1999). Författarna läste noggrant igenom utskriften var för sig vid flera tillfällen. Meningsbärande enheter som var relaterade till studiens syfte markerades. Efter detta kondenserades de meningsbärande enheterna till kortare meningar som sedan kodades. Författarna bildade enskilt kategorier och dessa jämfördes senare med varandra. Författarna kom tillsammans fram till slutgiltiga kategorierna genom diskussion.

I resultatdelen har samtliga respondenter beskrivits som han och vissa av citaten har justerats på grund av att inte röja respondenternas identitet.

## **Etiska överväganden**

Studien har diskuterats under etikseminarium med lärare och studenter och den har blivit etiskt godkänd vid detta tillfälle. Efter etikseminariet påbörjades datainsamlingen. Personal på HIV organisationen gav sitt samtycke till studien och till att intervjuerna kunde genomföras i deras lokaler. Respondenterna gav sitt samtycke muntligt och detta samtycke spelades in på ljudupptagningen i samband med intervjun. I informationsbrevet till undersökningspersonerna framgick det att deltagande i undersökningen var helt frivilligt, att deltagaren kunde avbryta när som helst utan att ange skäl för detta och att det inte gav några konsekvenser för en eventuell pågående behandling. Informationen gavs även muntligt innan intervjun påbörjades. Innan intervjuerna genomfördes hade det avtalats med organisationens psykolog att respondenterna fick vända sig till denna om de var i behov att prata med någon efter intervjun. Detta fick respondenterna muntlig information om innan intervjuerna påbörjades. Under bearbetningstiden fanns materialet endast tillgängligt för författarna och handledaren i denna undersökning. Efter godkännande av uppsatsen kommer allt material att förstöras.

## **Resultat**

Resultatet visar att respondenterna upplevde att det skett förändringar i de sociala aktiviteterna efter att de fått diagnosen HIV. Under intervjuerna framkom respondenternas egna uppfattningar om vad en social aktivitet är för dem. Exempel som framkom på sociala aktiviteter var att prata i telefon, att chatta via Internet, att utföra aktiviteter i grupp, att utföra aktiviteter i någon organisation, vara med vänner, vara med familjen, vara i kontakt med läkare, vara i kulturella sammanhang och utföra aktiviteter tillsammans med arbetskamrater på arbetet. I tabell 1 presenteras de kategorier som framkommit under analysen. Dessa kategorier beskriver på vilket sätt de sociala aktiviteterna förändrats.

Tabell 1. Översikt över kategorierna

---

Kategorier
Svårare att ta sexuella kontakter
Nya relationer och nya aktiviteter
Förändrad arbetssituation
Förlorade relationer
Samma vänner men andra aktiviteter
Tillfällig isolering
Ökad ensamhet

---

### **Svårare att ta sexuella kontakter**

Analysen av intervjumaterialet visar att personer som har HIV tycker att det är svårt att berätta om sin HIV diagnos när de ska inleda en ny sexuell relation. Efter att de fått HIV avstår ett par av respondenterna att skaffa nya sexuella relationer.

*”Det har blivit förändringar när det gäller om man ska ta sexuella kontakter, det har varit besvärliga. Det är en jobbig bit när man ska berätta, då vill man ofta träffa någon i samma sits.”*

### **Nya relationer och nya aktiviteter**

De flesta respondenter har fått nya sociala aktiviteter i samband med att de kommit i kontakt med olika föreningar och organisationer för HIV positiva. En organisation som alla respondenterna har kontakt med anordnar till exempel middagar och andra sociala aktiviteter. Organisationen har varit en hjälp för respondenterna att skaffa nya vänner och en del av dem umgås även privat och inte bara vid aktiviteter som organisationen ordnar.

En av respondenterna berättar att umgänget efter diagnosen mest består av människor som personen har träffat genom organisationen.

*”Det blir framförallt människor som jag har träffat genom dessa organisationer. Med hjälp av dessa människor har jag vuxit i min diagnos och vi känner varandra, vi har inte längre några hemligheter för varandra och kan prata om allt möjligt.”*

Samma respondent berättar att aktiviteten ”chatta”, att prata med andra på Internet, har tillkommit efter att personen fått HIV. Att spela en roll för en stund och inte behöva uppträda som HIV positiv har stor betydelse och får personen att känna sig mindre ensam. Personen kommunicerar både med människor han aldrig träffat i det verkliga livet och med vänner som inte bor i Sverige.

*”I samband med Internets utveckling så har man kunnat skaffa sig lite kontakter, kanske inte personliga kontakter alltså face to face men alla dessa chatsidor betyder ändå någonting,”*

### **Förändrad arbetssituation**

Alla respondenter har blivit helt eller delvis förtidspensionerade efter att de fått HIV. En av respondenterna beskrev att hans läkare ansåg att han skulle sluta arbeta på grund av att läkaren bedömde att personen endast hade ett antal år kvar att leva. En av respondenterna arbetar nu som volontär. Volontär arbetet har ersatt personens tidigare arbete. Två av respondenterna arbetar på en frivillig organisation och detta började de göra efter att de fått HIV.

*”Detta har man som ersättning för jobb då så att säga, att man går dit”.*

En av respondenterna upplevde att han blev utsatt för utfrysning på sin arbetsplats när han berättade om att han hade HIV. Personen stod inte ut att arbeta kvar och har inte haft något annat arbete efter det.

*”Kommer jag in i kafferummet eller personalrummet så reser sig alla och går ut.”*

En annan respondent tror att han blev uppsagd på grund av att hans HIV diagnos blev känd på arbetsplatsen. Efter uppsägningen sökte han många arbeten men blev inte anställd om hans HIV

diagnos blev känd för de som skulle anställa. Personen har nu två deltidsarbeten, varav ett av arbetena är inom en frivillig organisation.

*”Jag blev utslängd från mitt arbete när de fick reda på att jag hade HIV och sen var det ju svårt att få arbete om de fick reda på att jag hade HIV, då fick jag ingenting.”*

### **Förlorade relationer**

Analysen av intervjumaterialet visar att flera av respondenterna har fått ett mindre umgänge efter att de fått HIV. Vissa av dem har valt att berätta om sin HIV diagnos. När de berättade upplevde de att det var både vänner och familjemedlemmar som inte ville ha någon fortsatt kontakt med dem på grund av deras HIV diagnos. Det framkom även att ett flertal av respondenterna upplevde att när de valde att berätta om sin HIV diagnos upptäckte de vilka personer det var som accepterade dem trots diagnosen och ville behålla en vänskapsrelation med dem.

En av respondenterna berättade hur ett par av syskonen reagerade på att personen var HIV positiv. Vissa av syskonen tog avstånd och ville inte umgås som de hade gjort förut. Visste vissa av personens syskon att han skulle vara på någon familjesammankomst valde de att inte komma dit.

*”Så lillsyrran har jag inte pratat med på x år. Min äldre bror, det tog x år innan han tog kontakt igen. Sånt känns, sånt gör ont men samtidigt tänkte jag syskon det får man och vänner väljer man ju.”*

Personen hade tidigare nära kontakt med sina syskonbarn och lekte med dem när de träffades. Syskonen lät inte personen komma i närheten av sina syskonbarn efter att det blev känt att han hade HIV.

*”Men de fick inte komma i närheten av mig överhuvudtaget för att sitta i knäet det smittar ju”.*

Samma respondent umgicks med arbetskamraterna även utanför arbetet men när HIV diagnosen blev känd för dem ville de inte umgås med personen längre.



Efter att ha fått diagnosen var det två respondenter som valde att minska umgänget. En av respondenterna beskrev att vissa vänner hade tidigare reagerat negativt på att han hade HIV och han ville slippa möta andra människors reaktioner, därför valde han att minska sitt umgänge. Personens umgänge har blivit tätare och personen är öppen med sin HIV diagnos för de människor som finns i hans umgänge. Den andra respondenten upplevde sina vänner som fördömande och drog sig undan dessa. Personen ville endast ha vänner som han kunde vara öppen angående sin HIV diagnos mot.

*”Många kunde inte ta det här med HIV när man talade om att man hade det, då vågade de knappt sitta i samma rum som en annan därför begränsade man då det sociala till närmare umgänge”.*

### **Samma vänner men andra aktiviteter**

Under intervjun har det framkommit att vissa av respondenterna har kvar vänner som de umgicks med innan HIV diagnosen. En av dem har umgått med sina vänner sedan tidig ålder och berättade om att de inte gör samma saker nu som de gjorde tidigare. Personen beskrev att han upplevde detta som en naturlig utveckling.

*”En del av mina vänner har jag ju haft sedan 20- års ålder och det är klart att de har ändrat sig under åren.”*

En annan berättade om att han fortfarande umgås med en del gamla vänner men menade att de inte längre kan ha en sexuell relation på grund av hans HIV diagnos.

### **Tillfällig isolering**

Två av respondenterna berättade att de i början av sjukdomen valde att isolera sig. De isolerade sig i sina hem ifrån omgivningen under cirka sex år. Anledningen till att en av respondenterna isolerade sig var på grund av att personen var tvungen att acceptera sig själv som HIV positiv och personen ville inte ha så mycket kontakt med andra människor. Båda dessa respondenter menade att de idag har accepterat sin sjukdom och att de också har vänner som de umgås med.

*”Jag kan nog säga de första 6 åren av sjukdomen så isolerade jag mig och var knappt utanför dörrarna och man tyckte att det syntes på en”.*

### **Ökad ensamhet**

Trots att analysen av intervjumaterialet visar att många av respondenterna beskrev att deras umgänge har blivit mindre är det bara en av dem som beskrev att han upplever sig mer ensam nu än innan HIV diagnosen. Personen beskrev att han är mer ensam och att han är hemma mycket mer nu än innan han fick diagnosen. Personen sa att detta berodde på att han har förlorat många vänner efter att han fått HIV.

*”Jag har blivit väldigt mycket av en ensamvarg nu om man säger så, jag är mycket hemma”.*

## **Diskussion**

### **Resultatdiskussion**

Resultatet av studien visar att de sociala aktiviteterna har förändrats på något sätt för alla respondenterna. Kategorierna som framkommit genom analysen beskriver hur de sociala aktiviteterna har förändrats sedan respondenterna fick HIV.

Den förändring som är gemensam för samtliga respondenter är att de alla förlorat någon form av relation. De har förlorat relationer när det gäller vänner, familj och arbetskamrater efter att de fått HIV. Vissa av respondenterna har förlorat sociala relationer på grund av att de blivit avvisade av vänner, syskon och arbetskamrater. Andra respondenter har medvetet valt att avsluta vissa relationer för att endast ha relationer med människor som de kan vara ärliga mot och vara öppna med sin HIV diagnos mot. Att HIV endast smittas genom oskyddat samlag- vaginalt eller analt, genom oskyddat oralsex, blod, blodprodukter, transplanterade organ och genom bröstmjölk (Moberg, 2006) har troligen inte alla människor kunskap om. En anledning till att respondenternas omgivning har tagit avstånd ifrån dem kan vara att det inte finns tillräckligt med kunskap om hur HIV egentligen smittas. I en undersökning tror 41 % av deltagarna att HIV

smittas genom att dricka ur samma dricksglas eller att gå på en offentlig toalett (Donnelly & Vetter 2006). Om mer kunskap hade funnits i samhället om hur HIV smittas hade en del av respondenterna kanske inte blivit avvisade av andra människor och de hade troligtvis inte behövt avsluta relationer på grund av HIV.

Utan tillräckliga roller kan personer känna att delar av deras personlighet saknas och att de saknar syfte och struktur i det dagliga livet. Kielhofner (2008) menar att varje individ har specifika roller som exempelvis arbetare och varje individ ingår i ett socialt sammanhang. De respondenter som deltagit i denna studie har också olika roller och de ingår i olika sociala sammanhang. Ett funktionshinder kan inte bara begränsa människor från olika aktivitetsroller utan det kan istället bidra till att personen får en ny roll som sjuk (Kielhofner, 2008). Enligt International Classification of Functioning Disability and Health (WHO, 2001) kan HIV ge ett funktionshinder trots att den HIV positiva personen inte har några symtom. HIV kan bli ett funktionshinder då HIV positiva personer utsätts för diskriminering på grund av deras sjukdom. Den sociala miljön kan skapa ett funktionshinder för HIV positiva personer då de nekas vissa arbeten och utsätts för diskriminering eller stigmatisering på grund av sin sjukdom. Respondenterna har alla förlorat någon roll. De roller som respondenterna har förlorat är exempelvis som vän, som syskon, som arbetare och som partner. Dessa rollförluster kan möjligen ha gjort att respondenterna upplever att delar av deras personlighet saknas och att deras dagliga liv saknar syfte och struktur. Respondenternas rollförluster skedde efter att de fått HIV och detta visar på en tydlig förändring som skett efter diagnosen.

Alla respondenterna har blivit helt eller delvis förtidspensionerade efter att de fått HIV. På 1990-talet blev bromsmedicinerna tillgängliga (Ahlin et al., 2009) vilket innebär att respondenterna idag har andra förutsättningar att kunna arbeta än vad de hade innan de började ta bromsmedicinerna. Troligtvis har bromsmedicinerna inneburit att personer som drabbas av HIV idag får en kronisk sjukdom istället för en dödlig sjukdom som HIV var innan bromsmedicinerna fanns tillgängliga (Opacich, 2008). Detta har troligtvis förändrat individens förmåga att fortsätta arbeta efter en HIV diagnos. För vissa respondenter innebar förtidspensionen inte bara att de förlorat en ekonomisk inkomst utan de förlorade även den sociala kontakten med

arbetskamrater. Respondenternas definition av vad en social aktivitet kan vara var just ”att arbeta” men på grund av deras förtidspension har de gått miste om den sociala aktiviteten.

Enligt smittskyddslagen (SFS 2004:168) måste en individ som är HIV positiv berätta detta för alla personer som han eller hon ska utföra en sexuell aktivitet tillsammans med. För många av respondenterna i studien kan detta ha lett till att de avstår från att ta sexuella kontakter. World Health Organization (WHO) beskriver att sexualitet ingår som en del i varje människas personlighet och att det gäller män, kvinnor och även barn. Sexualiteten är ett grundbehov och sexualiteten påverkar människors tankar, känslor och handlingar därför påverkar det en individs psykiska och fysiska hälsa. Respondenterna i denna studie avstod från att ha sexuella kontakter och detta kan ha påverkat deras psykiska och fysiska hälsa. Det är också en del av deras personlighet som de inte kan uttrycka. Det är troligtvis lagen som hindrar dem från att ha sexuella kontakter. Enligt brottsbalken (SFS 1998:393) ska den som tillfogar en annan person sjukdom dömas för misshandel eller grov misshandel. Den som inte uppger sin HIV diagnos för sina sexpartners kan dömas till böter eller fängelse. En annan anledning till att de inte har några sexuella kontakter skulle också kunna vara att de är rädda för att sprida smittan vidare. Att respondenterna inte har några sexuella kontakter kan innebära att de förlorar en aktivitet. De kan också bli påverkade både psykiskt och fysiskt av att inte ha några sexuella aktiviteter.

Alla respondenter har kommit i kontakt med en organisation för HIV positiva. Genom organisationen har de både fått nya sociala aktiviteter och fått nya sociala kontakter. Det sociala nätverket kan ge ett ökat välbefinnande och förbättra hälsan enligt Allebeck et al. (1998). I kontakt med nya människor genom organisationen kan respondenterna ha fått ett ökat välbefinnande och en förbättrad hälsa.

Arbetsterapeutisk intervention kan vara relevant för individer som har HIV då HIV kan påverka människans dagliga liv. För vissa människor är diagnosen förödande men för vissa människor har diagnosen inneburit att aktiviteterna har blivit mer meningsfulla och att de har fått ett mer produktivt liv än innan diagnosen (Opacich, 2008). Opacich (2008) beskriver hur arbetsterapeuter i USA arbetar på tre olika stadier, bevarande -, återställande - och anpassnings stadiet med HIV positiva personer. I början av sjukdomen är det viktigt att personen behåller

eller etablerar roller, rutiner och vanor för att bibehålla sin hälsa. Om sjukdomen ger symtom kan personen uppleva svårigheter på arbetet, svårigheter att utföra sitt föräldraskap och svårigheter att utföra sin personliga vård. Strategier för att hjälpa personen med detta kan vara föräldrakurser, träning i dagliga aktiviteter och arbetsträning. När sjukdomen fortskrider är det vanligt att personer med HIV upplever störningar i deras dagliga rutiner. På detta stadium kan arbetsterapeutisk intervention vara att personens arbetsuppgifter förenklas. Roller, rutiner och vanor som är relaterade till arbete, personlig vård och fritid måste bli uppmärksammade och anpassas. När immunförsvaret blir ännu mer påverkat förlorar personen olika förmågor som till exempel känselnedsättning, svaghet, koordinations- och minnesvårigheter. Förlusten av dessa förmågor kan påverka människans roller och deras möjlighet till att bo själva. Även Pizzi (1990) har beskrivit att symtomen som HIV kan ge kan påverka människans aktivitetsutförande. På detta stadium, när symtomen har tilltagit ytterligare, har den arbetsterapeutiska intervention som uppgift att anpassa personens aktiviteter så att de kan vara så delaktiga som möjligt trots sjukdomen. Dessa arbetsterapeutiska interventioner kan till exempel vara miljöanpassningar och olika hjälpmedel (Opacich, 2008).

Vår uppfattning är att den arbetsterapeutiska intervention som Opacich (2008) beskriver skulle vara relevant även för svenska arbetsterapeuter som arbetar med HIV positiva personer, då HIV påverkar människans dagliga aktiviteter. Vi anser att HIV behandling inte bara ska innebära att individen får rätt medicin utan personer med HIV som uppvisar aktivitetsbegränsningar ska också få hjälp av arbetsterapeut att göra det möjligt att delta i meningsfulla dagliga aktiviteter.

### **Metoddiskussion**

Urvalsmetoden som användes i denna studie var lämplighetssampling och detta var den mest lämpliga metod i förhållande till studiens syfte och omfattning. På informationsplanschen stod ett sista datum som undersökningspersonerna senast skulle höra av sig till författarna om de ville delta i undersökningen. Endast en person hörde av sig inom den angivna tidsramen. Eftersom studiens tidsram var begränsad ombads personalen på organisationen att kontakta personer utifrån våra urvalskriterierna om att undersökningen pågick. Detta var för att författarna skulle komma i kontakt med fler respondenter. Detta har troligtvis påverkat urvalet. Om studiens tidsram hade varit längre hade fler personer kunnat ta kontakt med oss utan att vi behövt be om

hjälp av personalen. Vi anser att det inte hade varit lämpligt att själva informera om undersökningen på organisationens träffar på grund av ämnets känslighet och på grund av att organisationens lokaler är medlemmarnas fristad.

Undersökningsgruppens specifika ålder, kön och organisationstillhörighet innebär att de inte kan representera populationen. Som tidigare nämnts kan urvalet ha påverkats av personal på organisationen. Respondenterna kunde ta del av informationen via planschen, via informationsbrevet och via muntlig information från personal på organisationen. Det fanns inte möjlighet att kontrollera hur många som fick informationen via planschen eller via brevet. På grund av detta är det inte möjligt att ta reda på det externa bortfallet. Om respondenterna tillfrågats om hur de hade fått information om undersökningen hade det varit möjligt att utvärdera vilket sätt som kan vara mest lämpligt att sprida information på.

När undersökningspersonerna tog kontakt blev de inte tillfrågade hur gamla de var eller om de arbetade. Om de hade blivit tillfrågade om detta innan intervju tid avtalats hade kanske fler intervju personer kunnat inväntas för att få en bredare variation av kön, ålder och arbetsituation. Om yngre personer hade intervjuats hade resultatet möjligen blivit annorlunda. Yngre personer hade kanske utfört andra aktiviteter, om fler personer hade haft ett arbete hade de kanske haft en annan syn på sin sjukdom och på sina sociala aktiviteter.

Datansamlingsmetoden som användes var semistrukturerade intervjuer. Vid en kvalitativ ansats är denna datansamlingsmetod lämplig enligt Widerberg (2002). Denna metod valdes på grund av att författarna ville få ett personligt möte med respondenterna och få deras personliga berättelser om hur det är att leva med HIV. Om studien hade haft en kvantitativ ansats hade inte respondenternas personliga berättelse kommit fram (Trost, 1997) och då hade inte studiens syfte kunnat besvaras. Vi anser att en kvantitativ ansats inte hade varit relevant i förhållande till studiens syfte.

En narrativ metod hade kunnat användas för att respondenterna fritt skulle kunna berätta mer om sin livshistoria (Kvale & Brinkmann, 2009). Att använda en narrativ metod hade kanske kunnat ge ett rikare intervju material men det hade också kunnat ge mycket material som inte hade

kunnat användas för studiens syfte. Vissa intervjuer gav inte så mycket material och det hade kunnat ställas fler frågor vid dessa för att utöka material mängden. Under datainsamlingens gång blev författarna mer vana vid att intervjua och detta resulterade i att vid de sista intervjuerna ställdes det fler följdfrågor och dessa gav då ett rikare intervjumaterial.

Att intervjupersonen känner sig trygg vid intervjun och att intervjuerna ska äga rum i en ostörd miljö menar Trost (1997) är viktigt. Respondenterna valde själva plats för intervjun och samtliga intervjuer genomfördes i organisationens lokaler. Samtliga respondenter upplevdes trygga och lugna vid intervjutillfällena. En anledning till detta kan vara för att samtliga av respondenterna var bekanta med miljön sedan tidigare. Att intervjupersonerna upplevdes som trygga och att intervjuerna fått genomföras ostörda anser vi var något positivt i vår datainsamling.

När två intervjuare deltar vid en intervju kan detta ge ökad validitet (DePoy & Gitlin, 1999). Att en författare var huvudansvarig för intervjun och att en författare endast antecknade gjorde det möjligt för antecknaren att fånga upp viktig information som huvudintervjuaren annars kanske hade kunnat missa. Under intervjuerna skedde även ljudupptagning. Anteckningar som görs under intervjun kan komplettera ljudupptagningen. Det finns dock en risk att om intervjuerna koncentrerar sig för mycket på att anteckna kan intervjuaren tappa kontakt med respondenten (Malterud, 2009). Under de intervjuer som genomfördes var en av författarna huvudansvarig och ställde frågor till respondenten. Den andra författaren var närvarande och förde anteckningar. Risken var då mindre att författaren tappade kontakt med respondenten vid intervjutillfället samtidigt som kompletterande anteckningar gjordes. Om endast anteckningar hade gjorts under intervjuerna hade det funnits en risk att viktig information hade missats. De utskrifter som görs ska stämma överens med personernas uttalanden (Kvale & Brinkmann, 2009) och detta hade troligen inte varit möjligt om endast anteckningar hade valts att föra vid intervjuerna.

Om två intervjuare oberoende av varandra transkriberar intervjuer och jämför utskrifterna med varandra kan detta ge högre tillförlitlighet till utskrifterna enligt Kvale och Brinkmann (2009). På grund av tidsbrist fanns det inte möjlighet till att utföra detta och därför har utskrifterna kanske lägre tillförlitlighet än om författarna var och en transkriberat allt intervjumaterial. Bearbetning av det transkriberade materialet gjordes av respektive författare var för sig och dessa

jämfördes sedan med varandra. Enligt DePoy och Gitlin (1999) ger detta en högre tillförlitlighet än om man utför detta ensam eller om båda författarna hade gjort allt tillsammans. Om en gemensam bearbetning hade gjorts hade vi kunnat påverka varandra och kategorierna hade troligtvis blivit annorlunda. Därför anser vi att det var lämpligt att göra bearbetningar av materialet oberoende av varandra och materialet är på grund av detta väl genomarbetat.

## Konklusion

För samtliga respondenter har det skett någon form av förändring i de sociala aktiviteterna efter att de fått diagnosen HIV. Den förändring som alla respondenter har gemensamt är att de alla förlorat en eller flera sociala relationer. Studien hade kunnat fördjupas genom att fråga om respondenternas subjektiva uppfattning till varför de sociala aktiviteterna har förändrats. Det kan vara många olika anledningar till detta och det hade varit intressant att undersöka. Med studien har vi belyst en del av ett utforskat område inom svensk arbetsterapi och vi hoppas att detta kan inspirera till fortsatta studier inom området.



## Referenslista

Ahlin, P., Moberg, L., & Thourot, Å. (2009). *Behandla - HIVinfektion och dess behandling*. Stockholm: Läkare mot AIDS och Stiftelsen Noaks Ark

Allebeck, P., Diderichsen, F., & Theorell, T. (1998). *Socialmedicin och psykosocial medicin* (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi – En introduktion för sjuksköterskor, socialarbetare och övrig vårdpersonal*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Christiansen, C., & Baum, C. (1997). Understanding Occupation: Definitions and Concepts. I C. Christiansen & C. Baum (Red.), *Enabling Function and Well-Being* (s. 2-25). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.

DePoy, E., & Gitlin, L. (1994). *Forskning- en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Donnelly, J. P., & Vetter, C. J. (2006). Living long-term with HIV/AIDS: Exploring impact in psychosocial and vocational. *Work*, 27, (3), 277-287.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, (2), 105-115.

Heaney, C. A., & Israel, B. A. (1997). Social networks and social support. I K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Red.), *Health behavior and health education* (s. 179-205). San Francisco: Jossey-Bass.

HIV – Sverige. (2008). HIV – *Quality of live survey – omarbetad svensk version av delapport presenterad i samband med WAD 2007*. Hämtad 1 mars, 2010, från <http://www.hiv->

[sverige.se/rfhpwww/main.nsf/0/BA1C1C60B1C77CFAC12570A50030BC19/\\$File/quality%20of%20live%20svensk%20version%20for%20tryck%20nr2.pdf](http://sverige.se/rfhpwww/main.nsf/0/BA1C1C60B1C77CFAC12570A50030BC19/$File/quality%20of%20live%20svensk%20version%20for%20tryck%20nr2.pdf)

Kielhofner, G. (2008). *Model Of Human Occupation- Theory and application* ( 4 uppl.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

*Lag (2004:168) om smittskydd (SFS)*. Stockholm: Socialdepartementet.

*Lag (1998:393) om brott mot liv och hälsa (SFS)*. Stockholm: Justitiedepartementet.

Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, (1), 95-100.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Moberg, L. (2006). *Begripa - Att förstå HIVinfektion*. Stockholm: Läkare mot AIDS och Stiftelsen Noaks Ark.

Opacich, K. J. (2008). Human Immunodeficiency Virus. In Vinning-Radomski, M., & Trombly-Latham, C. (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (6<sup>th</sup> ed.). (pp.1345-1357). U.S: Lippincott Williams & Wilkins.

Perski, A. & Jeding, K. (2008). Att motverka kronisk stress och utbrändhet. I K. Orth-Gomér & A. Perski (Red.), *Preventiv Medicin – Teori och praktik* (s.93-114). Lund: Studentlitteratur.

Pizzi, M. (1990). The model of human occupation and adults with HIV infection and AIDS. *The American Journal of Occupational Therapy*, 44, (3), 257-263.

Policy Research Initiative. (2005). *Social capital as a public policy tool: Project Report*. Hämtad 25 februari, 2010, från

[http://www.policyresearch.gc.ca/doclib/PR\\_SC\\_SocialPolicy\\_200509\\_e.pdf](http://www.policyresearch.gc.ca/doclib/PR_SC_SocialPolicy_200509_e.pdf).

Smittskyddsinstitutet. (2010). *Statistik för hivinfektion*. Hämtad 15 april, 2010, från <http://www.smittskyddsinstitutet.se/statistik/hivinfektion/>

Sveen, U., Bautz-Holter, E., Soding, K. M., Wyller, T. B., & Laake, K. (1999). Association between impairments, self-care ability and social activities 1 year after stroke. *Disability and rehabilitation*, 21, (8), 372-377.

Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization. Hämtad 3 maj, 2010, från [http://www.handicapincifre.it/documenti/ICF\\_18.pdf](http://www.handicapincifre.it/documenti/ICF_18.pdf)

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

# Bilaga 1.

## Intervjuguide

Ger du ditt samtycke att delta i vår undersökning?

Ålder?

Ensamstående/sambo?

Barn?

Arbetar/studerar du?

Hur länge har du haft HIV?

- 1.Om jag säger social aktivitet, vad tänker du på då? Vad innebär sociala aktiviteter för dig?
- 2.Upplever du att du har några sociala aktiviteter? Kan du berätta mer om dina sociala aktiviteter?
- 3.Upplever du att dina sociala aktiviteter har förändrats sedan du fick HIV? På vilket sätt har de sociala aktiviteterna förändrats?
- 4.Vilken betydelse har de sociala aktiviteterna för dig?
- 5.Kan du berätta vilka människor som finns i din omgivning? Är dessa människor betydelsefulla för dig? Vet de om din diagnos? Fanns det andra människor i din omgivning innan du fick din diagnos?
- 6.När du träffar människor i din omgivning, vad gör ni då? Hur ofta gör ni det? Gjorde ni andra saker tillsammans innan du fick din diagnos? Var dessa saker betydelsefulla för dig?
- 7.Skulle du önska att ha någon förändring i dina sociala aktiviteter? Vad? – kan du berätta?
8. Har du något som du skulle vilja tillägga?

### **Stödfrågor**

1. Vänner? Familj? Medlem i förening?

2. Vad arbetar/studerar du med? Umgås du med dina vänner? Umgås du med din familj? Förening? Om inte, vad tror du att detta beror på?

3. MOHO- Miljö; fysisk, kulturell, ekonomisk och politisk. Vad tror du att detta beror på?

5. Om inte, varför? Vad tror du är anledningen till att de inte finns i din omgivning längre?

Är det okej att kontakta dig om det kommer fram frågor? Hur kan vi kontakta dig i så fall?